

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION ET DES EFFETS À COURT TERME
D'UN PROGRAMME DE GROUPE DE THÉRAPIE POUR
ADOLESCENTS ENDEUILLÉS PAR SUICIDE (13-18 ANS)

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
MAUDE LÉONARD

AVRIL 2016

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse 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.07-2011). 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

L'aventure doctorale aura été pour moi une expérience riche d'apprentissages, mais aussi une expérience humaine incroyable. C'est pourquoi je ne peux passer sous silence toutes ces personnes qui de près ou de loin, que ce soit avec un sourire ou des discussions enflammées, ont su me donner toute l'énergie nécessaire pour mener à bien cette longue traversée.

Premièrement, je me dois de souligner l'apport inestimable de mon directeur de thèse, Michel Tousignant. Son approche discrète, mais toujours juste à point m'a permis de développer toute la rigueur, la finesse et l'ouverture d'esprit nécessaire au métier de chercheur. Je suis aussi extrêmement reconnaissante à mon codirecteur, Marc Daigle, qui s'est joint au projet de thèse lorsque celui-ci prenait une tournure inattendue. Je suis privilégiée d'avoir pu profiter de vos expertises et manières de faire différentes, mais complémentaires.

Je souhaite également remercier l'auteure et les promoteurs du programme de m'avoir fait confiance et de m'avoir permis d'évaluer leur programme de thérapie. Un merci tout particulier aux adolescent(e)s qui ont participé à ce projet de recherche ainsi qu'à leurs parents. Chacune des précieuses rencontres avec vous restera à jamais gravée dans ma mémoire.

Aussi, je me permets de remercier au passage tous les intervenants professionnels ou bénévoles dévoués à la prévention du suicide chez Suicide Action Montréal avec qui j'ai eu la chance de travailler. Un merci tout spécial à Andrée Quiviger avec qui j'ai développé une amitié sincère et qui a été d'une aide indescriptible pour la révision linguistique de cette thèse.

Je ne peux pas non plus passer sous silence tout le soutien que j'ai reçu de la part de femmes fortes et inspirantes durant tout ce parcours. Arlene, « tante » Lucie, Michèle S.-D., vous êtes des modèles de persévérance et d'intégrité. Merci de croire en moi.

Vient maintenant le temps de remercier mes camarades de classe, particulièrement ceux de la cohorte de 2002, avec qui j'ai partagé toute une gamme d'émotions, de remises en question et de moments inoubliables de lâcher-prise. Je me rappelle nos séances de gambadage thérapeutique qui ne pouvaient faire autrement que de nous remettre d'aplomb. Surtout, je pense à Julie qui a le tour de dédramatiser les situations et de m'éclairer lorsque je fais face à une situation difficile. Je pense aussi à Francis, mon coloc de bureau, dont l'âme si généreuse m'a toujours accueillie dans mes moments de folies passagères.

Merci à mes fidèles amies de m'avoir soutenue en m'offrant des soupapes de bonheur, de folies et de détente. Ma gang de travailleuses sociales (Fabienne, Amélie et Marianne), Marie-Ève, Karyn et Geneviève, je vous suis reconnaissante.

J'aimerais enfin remercier mes proches qui m'offrent un soutien inconditionnel dans chacun des projets que j'entreprends. Merci à mes beaux-parents, Réjean et Denise, dont les encouragements ont toujours été constants. Denise, je sais que tu es fière de moi. Merci à mon frère Louis et à mes parents Martine et Pierre d'avoir fait de moi la femme sensible, forte et engagée que je suis. Les valeurs que vous m'avez transmises ne pouvaient faire autrement. Merci à mon amoureux Mathieu qui m'a tracé la voie. Merci de me suivre et de m'appuyer même lorsque mes projets te semblent déraisonnables. Ton amour, ta constance et ta fidélité me donnent toute la ténacité nécessaire pour accomplir mes ambitions.

Je termine en dédiant cette thèse à l'être qui n'était même pas encore une poussière d'étoiles lorsque j'ai amorcé l'aventure doctorale. Ce petit humain occupe maintenant chacune de mes pensées. Simon, je te souhaite de réaliser tes rêves!

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	iii
LISTE DES FIGURES	ix
LISTE DES TABLEAUX.....	xi
RÉSUMÉ	xiii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	
ÉTAT DES CONNAISSANCES.....	3
1.1 Problématique	3
1.2 Contexte théorique	7
1.2.1 Théories du deuil.....	8
1.2.2 Deuil et adolescence.....	17
1.2.3 Adolescents endeuillés par suicide	24
1.2.4 Types de soutien.....	36
1.2.5 Évaluation de programmes d'intervention de groupe	40
1.2.6 Théorie du problème	50
1.3 Programme Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide	53
1.3.1 Modalités d'intervention	54
1.3.2 But et objectifs du programme	58
1.3.3 Description détaillée du programme et des rencontres	58
1.3.4 Théorie du programme	64
1.4 Objectifs de recherche.....	70
CHAPITRE II	
MÉTHODOLOGIE.....	73
2.1 Modèle d'évaluation	73
2.1.1 Pertinence de l'évaluation	74
2.1.2 Approche évaluative	75
2.2 Approche méthodologique.....	80
2.3 Sujets.....	84
2.4 Instruments.....	88
2.4.1 Grille d'observation des rencontres de groupe.....	88
2.4.2 Journal de bord des intervenants.....	88

2.4.3	Inventaire de questionnaires pré-groupe destiné aux adolescents	89
2.4.4	Inventaire de questionnaires post-groupe destiné aux adolescents	94
2.4.5	Grille d'entrevue pré-groupe avec les adolescents.....	94
2.4.6	Grille d'entrevue post-groupe avec les adolescents	95
2.4.7	Grille d'entrevue avec les parents des adolescents.....	96
2.4.8	Grille d'entrevue pré-groupe avec les intervenants.....	97
2.4.9	Grille d'entrevue mi-groupe avec les intervenantes du groupe B	98
2.4.10	Grille d'entrevue post-groupe avec les intervenants	99
2.4.11	Grille d'analyse des dossiers cliniques des adolescents	99
2.4.12	Grille d'entrevue avec les informateurs clés	100
2.5	Stratégie générale et déroulement de la recherche	101
2.5.1	Procédures du recrutement et de la collecte des données.....	103
2.5.2	Aspects de confidentialité	106
2.6	Plan d'analyse	109
2.7	Validation de la démarche.....	113
CHAPITRE III		
RÉSULTATS		
3.1	Évaluation de l'implantation	117
3.1.1	Conformité au Guide d'animation du programme	118
3.1.2	Contexte d'implantation	123
3.1.3	Satisfaction des différents acteurs	148
3.2	Évaluation des effets à court terme	153
3.2.1	Homogénéité de l'échantillon	154
3.2.2	Différences entre sous-groupes au T1	155
3.2.3	Différences entre le T1 et le T2.....	159
3.2.4	Perception du niveau d'atteinte des objectifs individuels et collectifs.....	161
3.3	Processus d'adaptation à la perte.....	177
3.3.1	Implication de l'adolescent dans l'historique familial du suicide	177
3.3.2	Composantes du processus d'adaptation à la perte	185
3.3.3	Qualité du soutien offert.....	195

CHAPITRE IV	
DISCUSSION	201
4.1 État du processus d'implantation du programme	201
4.1.1 Phase de planification	202
4.1.2 Rôle de l'intervenant et processus de groupe.....	207
4.1.3 Contraintes d'implantation.....	209
4.2 État des effets à court terme du programme.....	216
4.2.1 Tristesse, désespoir et symptômes de dépression	217
4.2.2 Honte, isolement social ou problème d'intégration sociale	218
4.2.3 Colère, culpabilité et sentiment de responsabilité.....	220
4.2.4 Révision des connaissances et reconstruction du sens	220
4.2.5 Conduite générale et comportements suicidaires	221
4.2.6 Effets différenciés du programme selon le genre et le degré de symptômes dépressifs	222
4.3 Facteurs d'influence du processus d'adaptation à la perte.....	223
4.3.1 Caractéristiques du lien avec la personne décédée	223
4.3.2 Reconstruction du sens et attachement persistant	224
4.3.3 Soutien social formel et informel.....	227
4.4 Implications pour la pratique	229
4.5 Implications pour la recherche évaluative et le développement des connaissances.....	233
4.6 Limites de la recherche	235
CONCLUSION.....	239
ANNEXE A	
OUTILS D'ÉVALUATION ET INSTRUMENTS DE MESURE.....	241
A.1 Rapport d'évaluation des besoins	242
A.2 Beck Depression Inventory (BDI-II)	247
A.3 Beck Hopelessness Scale (BHS).....	251
A.4 Échelle des provisions sociales (EPS).....	252
A.5 Grief Experience Questionnaire (GEQ)	253
A.6 Grille d'observation des rencontre de groupe	255
A.7 Journal de bord des intervenants	259

A.8 Questions maison sur les réactions de deuil et le réseau social.....	263
A.9 Version abrégée de l’inventaire de résolution des problèmes sociaux.....	264
A.10 Coping inventory for stressful situations - Adolescent (CISS-A).....	267
A.11 Grille d’entrevue pré-groupe avec les adolescents.....	269
A.12 Grille d’entrevue post-groupe avec les adolescents.....	270
A.13 Grille d’entrevue avec les parents.....	271
A.14 Grille d’entrevue pré-groupe avec les intervenants.....	272
A.15 Grille d’entrevue mi-groupe avec les intervenants.....	273
A.16 Grille d’entrevue post-groupe avec les intervenants.....	274
A.17 Grille d’entrevue avec les informateurs clés.....	275
ANNEXE B	
FORMULAIRES DE CONSENTEMENT.....	277
B.1 Formulaire de consentement pour les adolescents de la RRS-CSSSL.....	278
B.2 Formulaire de consentement pour les adolescents du CPS-QC.....	283
B.3 Formulaire de consentement pour les parents.....	288
ANNEXE C	
PORTRAIT DES ADOLESCENTS ENDEUILLES.....	293
ANNEXE D	
DÉROULEMENT DU PROGRAMME SELON LES GROUPES.....	309
ANNEXE E	
CONTEXTE ORGANISATIONNEL ET TYPES DE SERVICES.....	313
LISTE DES REFERENCES.....	315

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
1.1 Modèle du double processus d'adaptation au décès d'un proche	13
1.2 Théorie du problème : Déterminants et conséquences du deuil par suicide chez les adolescents	52
1.3 Théorie du programme Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide	66
1.4 Types d'intervention	68
3.1 Différences au T1 entre le groupe à degré de symptômes dépressifs minimal et le groupe à degré de symptômes dépressifs élevé aux sous-échelles de l'EPS.....	157
3.2 Différences entre le T1 et le T2 sur le BDI-II avec et sans Chibi.....	160
3.3 Degré de proximité et qualité de la relation	178

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
1.1 Styles d'attachement, stratégies d'adaptation et réactions d'une personne en deuil.....	15
1.2 Défis et conflits adolescents selon la phase de développement	19
1.3 Composante de deuil.....	22
1.4 Composante de croissance personnelle.....	22
1.5 Conséquences pour l'enfant d'un scénario familial d'avant le suicide.....	28
1.6 Pertinence de l'intervention de groupe	55
1.7 Intervention de groupe de thérapie et intervention de groupe de soutien	56
1.8 Thèmes, exercices et outils du programme	61
2.1 Phases, activités et rôles de l'évaluateur dans le processus évaluatif.....	78
2.2 Caractéristiques des adolescents avant leur participation au programme	86
2.3 Caractéristiques des intervenants	87
2.4 Stratégie générale de la thèse	102
2.5 Calendrier du recrutement et de la collecte de données.....	105
2.6 Synthèse des principales catégories d'analyse.....	111
3.1 Participation au programme	124
3.2 Résultats test-t entre le groupe à degré de symptômes dépressifs minimal et le groupe à degré de symptômes dépressifs élevé aux sous-échelles de l'EPS.....	157
4.1 Liste des recommandations relatives au programme	231

RESUME

Le suicide d'un être cher est tenu pour l'un des événements tragiques les plus stressants. Durant l'adolescence, la perte par suicide d'un parent ou d'un membre de la famille proche perturbe la gestion des tâches développementales déterminantes qui incombent à cette période dite transitoire. Ce bouleversement entraîne des réactions et des comportements teintés de détresse et engendre même, parfois, toute une gamme de symptômes associés à divers troubles mentaux, sans compter que les sujets risquent de reproduire le geste suicidaire.

Cependant, les adolescents endeuillés par suicide demeurent les grands oubliés des services dévoués à la problématique du deuil par suicide puisque peu de programmes d'intervention s'adressent directement à eux pour amoindrir les conséquences d'une telle expérience. L'unique programme francophone d'intervention de groupe spécifiquement destiné aux adolescents endeuillés par suicide a été développé par Hamel (2008) : le *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* et il a fait l'objet de la présente étude.

Cette thèse vise deux buts distincts mais complémentaires concernant l'offre de service aux adolescents endeuillés par suicide. D'une part, évaluer l'implantation et les effets à court terme du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* et, d'autre part, approfondir la connaissance de cette problématique qui touche malheureusement un nombre non négligeable d'adolescents. Le premier but vise à garantir le bien-fondé du programme mentionné et à proposer à son auteure comme à ses promoteurs des pistes d'amélioration ; le second, motivé par un souci de validation empirique des modèles théoriques existants, vise à documenter le processus d'adaptation à la perte des adolescents endeuillés par suicide. Il permet aussi de mieux cibler les facteurs sur lesquels une intervention complète et efficace devrait miser.

L'évaluation d'une approche participative pratique est de nature descriptive et recourt à une méthodologie mixte. Dans le cas de notre étude, elle concerne 13 participants endeuillés par suicide au programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)*, répartis sur deux groupes et deux sites distincts. Neuf parents, quatre intervenants animateurs et deux informateurs clés ont également pris part à la démarche évaluative pour des fins de validation et de triangulation des informations. Les données ont été principalement recueillies avant et après la participation des adolescents au programme grâce à des entrevues semi-structurées et un inventaire de questionnaires standardisés incluant des mesures de dépression, de provisions sociales, d'habiletés en matière de résolution de problèmes, de mécanismes d'adaptation et de réactions de deuil. Une grille d'observation et des entrevues semi-structurées auprès des intervenants avaient pour but de vérifier la conformité de l'intervention au regard du Guide d'animation du programme.

La portion portant sur l'évaluation de l'implantation du programme montre principalement que l'expérience de groupe est perçue comme plus satisfaisante par les adolescents lorsque les intervenants adoptent le rôle de promoteur d'aide mutuelle qui stimule la participation. Une répartition équitable des tâches entre les coanimateurs semble aussi favoriser chez les participants l'établissement d'un lien plus significatif avec chacun d'eux. Quant aux exercices proposés, les adolescents préfèrent ceux qui font appel aux interactions dans le groupe. Par ailleurs, il semble que le Guide d'animation et la formulation des objectifs du programme gagneraient à être révisés pour favoriser une meilleure compréhension du contenu chez les intervenants et garantir une implantation du programme plus conforme à ce qui est prescrit dans le Guide d'animation. Le programme devrait également intensifier la phase de planification afin de prévenir entre autres le taux élevé des abandons observés.

Indépendamment des différences de mise en oeuvre du programme dans les deux sites, nos résultats montrent qu'il atteint plusieurs de ses objectifs. Principalement, suivant des degrés divers, il permet aux adolescents 1) de sortir de l'isolement, 2) de diminuer leur tristesse, leur désespoir et les symptômes de dépression, 3) d'amenuiser leur sentiment de honte, 4) d'atténuer leurs sentiments de colère et de culpabilité, 5) d'approfondir et de consolider leurs connaissances quant aux causes du suicide et quant aux réactions inhérentes au deuil et 6) de modifier une variété de comportements associés à des objectifs individuels. Ces résultats rendent compte de la pertinence actuelle du programme et laissent entrevoir l'amélioration de ses effets chez la clientèle ciblée une fois mis en oeuvre les ajustements proposés.

Pour ce qui est de l'approfondissement des connaissances acquises relativement à la problématique en jeu, la présente étude confirme et complète à la fois les modèles théoriques contemporains du deuil chez les adolescents. Nos résultats montrent l'importance de considérer l'influence des caractéristiques du lien établi par l'adolescent et la personne décédée sur ses réactions de deuil. Ils manifestent également combien un attachement persistant à la personne défunte favorise le rétablissement d'un sens à la vie et les progrès du processus d'adaptation à la perte par suicide. Enfin, notre étude révèle que l'avènement du suicide affecte la qualité des relations amicales des adolescents concernés qui, finalement, trouvent plus de réconfort dans le soutien informel de leur entourage que dans le soutien formel d'un professionnel de la santé. Ce qui incite d'autant plus à développer des programmes s'adressant à des groupes où l'aide mutuelle est encouragée et présente.

MOTS-CLÉS : deuil, suicide, adolescents, évaluation de programme, intervention de groupe

INTRODUCTION

La vie et la mort sont les ultimes invariants universels dont nul, objectivement parlant, ne peut douter. Toutefois, « la mort est déjà différente par l'idée qu'on s'en fait. Elle l'est encore par la manière dont on l'attend; elle l'est enfin par la nature de la personne qu'elle frappe et les circonstances dans lesquelles elle se manifeste » (Hanus, 2003, p. 19-20). Les circonstances entourant un décès, les croyances, les attitudes et les représentations qu'il éveille chez ceux qui restent marquent indubitablement leur expérience du deuil.

Qu'en est-il des effets d'une mort par suicide lorsque la personne endeuillée est un adolescent? Les interventions disponibles qui s'adressent aux adolescents leur conviennent-elles et sont-elles aussi efficaces dans un contexte post-traumatique que dans un contexte normal? Voilà le cadre de notre recherche qui, dans un premier temps, évalue l'implantation et les effets à court terme d'un programme d'intervention offert à cette population : le programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)*¹. Cette démarche permettra de vérifier dans quelle mesure le programme tel qu'il a été conçu et mis en œuvre produit les effets favorables attendus auprès des adolescents endeuillés par suicide. Dans un deuxième temps, nous décrirons l'expérience d'adolescents confrontés à la mort par suicide d'un proche et tenterons de mieux documenter les facteurs qui influencent le processus d'adaptation à la perte chez cette population. Cet éclairage empirique supplémentaire permettra entre autres de valider les modèles théoriques contemporains du deuil et de spécifier les facteurs importants à considérer dans la modélisation d'interventions prometteuses. Des recommandations relatives à l'amélioration du programme mentionné sont suggérées en tant qu'implications pour la pratique.

¹ Programme développé par Hamel (2008).

Plus précisément, les cinq sections du premier chapitre exposent l'état des connaissances relatives à notre sujet, dont la première circonscrit la problématique. La section suivante présente le contexte théorique où les différentes théories du deuil sont appliquées au vécu des adolescents endeuillés par suicide. Il y est aussi question des différents types de soutien offert à cette population et des évaluations de programmes d'intervention de groupe dans ce domaine. Suit en quatrième section une description du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* : les modalités d'intervention préconisées, son but et ses objectifs, la description détaillée du programme et des rencontres ainsi que la théorie sous-jacente au programme. Ce chapitre se termine par la formulation de trois objectifs de recherche.

Le deuxième chapitre porte sur la méthodologie et expose le protocole d'évaluation à méthodologie mixte. Il comprend le modèle d'évaluation, la justification de l'approche méthodologique, la présentation des sujets, les instruments de mesure, la stratégie générale et le déroulement de la recherche, le plan d'analyse et, finalement, la validation de la démarche scientifique de ce type d'étude. Le troisième chapitre fait état des résultats obtenus et des informations recueillies en fonction des trois objectifs de la thèse. Dans le quatrième chapitre, nous discutons de ces informations en lien avec la littérature sur le sujet. Il présente également la part d'implication des résultats pour la pratique. Sont alors proposées des recommandations destinées aux promoteurs du programme étudié. Vient ensuite l'implication des résultats pour la recherche évaluative et le développement des connaissances dans le domaine du deuil par suicide chez les adolescents. Nous terminons cette section par la présentation des limites de l'étude. La conclusion résume les retombées les plus importantes de cette thèse et ouvre d'autres pistes de recherches.

CHAPITRE I

ÉTAT DES CONNAISSANCES

Ce premier chapitre vise à établir l'état des connaissances relativement au deuil par suicide chez les adolescents et aux interventions disponibles pour leur venir en aide. À cet égard, le programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* fait l'objet d'une présentation.

Une fois formulée la problématique, nous présentons des théories du deuil, les applications qui en découlent spécifiquement auprès des adolescents et les particularités du deuil par suicide les concernant. Certaines conclusions tirées d'évaluations de programmes d'intervention proposés aux adultes, aux adolescents et aux enfants endeuillés par suicide sont examinées. Nous dressons ensuite une formulation schématique du problème compte tenu des connaissances relevées pour en venir à une compréhension la plus complète possible du deuil par suicide tel que vécu par des adolescents.

S'en suit la description du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)*. Nous expliciterons la théorie sous-jacente au programme étudié dans le but d'opérationnaliser ses composantes. Pour terminer, nous formulons les objectifs de recherche.

1.1 Problématique

En français, le terme *deuil* fait référence aux multiples réactions que suscite le décès d'un proche chez ceux qui lui survivent. En anglais, on utilise les termes *bereavement*, *mourning* et *grief*. *Bereavement* renvoie au fait d'être en deuil, c'est-à-dire à la perte de la personne décédée (Hanus, 2003). Le terme *mourning* traduit plutôt *porter le deuil*, ce qui inclut les

rituels associés à la mort, à savoir « [...] l'ensemble des comportements et conduites sociales, individuelles et collectives commandées par la mort d'une personne dès lors qu'elle a une quelconque importance sociale» (Hanus, 2003, p. 29-30). Le terme *grief* désigne les états subjectifs de souffrances physique et psychologique que suscite habituellement la perte d'un proche (Séguin, 1999). Il s'agit donc d'un fait universel considéré normal : le décès d'un être cher amorce chez ses proches un processus de deuil comportant des réactions de détresse. Le plus souvent de nature émotive, ces réactions se manifestent à la fois aux plans psychologique et physique (Stroebe, Hansson, Schut, & Stroebe, 2008; Zech, 2006).

Différentes variables individuelles et sociales touchant la mort ont un effet modérateur sur les réactions inhérentes au deuil. Par exemple, la mort d'un vieillard ne provoque pas la même réaction que la mort d'un enfant chez les proches. Dans les sociétés modernes, la mort d'un enfant peut être perçue comme révoltante, tandis que «la perte d'un ancêtre parvenu au terme de sa vie est plus facilement acceptée» (Hanus, 2003, p.20). Les réactions à la mort d'un conjoint, d'un fils, d'une fille, d'un père ou d'une mère dépendront de l'intensité du lien d'attachement à la personne décédée. Autrement dit, «toute mort n'entraîne pas *ipso facto* un deuil : il faut pour ce faire que l'être perdu ait de l'importance pour celui ou ceux qui le perdent et qu'ils aient les uns les autres des liens d'attachement serrés» (Hanus, 2003, p.15).

Les circonstances qui entourent la mort d'une personne influencent différemment les réactions de deuil comme il en est, par exemple, quand elle est annoncée par une maladie plus ou moins longue mais fatale ou quand elle est occasionnée subitement par un infarctus ou un accident cérébral vasculaire. Du point de vue des réactions suscitées, bien qu'elles aillent habituellement de pair, la mort subite n'est pas à confondre avec une mort violente (suicide, homicide, accident de la route). Seule la mort violente (subite ou non) prédit l'apparition de symptômes de stress post-traumatique chez l'entourage de la personne disparue (Kaltman & Bonnano, 2003).

Plusieurs auteurs tentent de différencier les réactions de deuil en fonction du type de décès (Feigelman, Jordan, & Gorman, 2008-2009 ; Kaltman & Bonanno, 2003 ; McIntosh, 1993 ; Murphy, Johnson, Wu, Fan, & Lohan, 2003 ; Ness & Pfeffer, 1990 ; Séguin, Lesage, & Kiely, 1995 ; Sveen & Walby, 2008). La première étude comparative menée au Québec par

Séguin, Lesage et Kiely (1995) a permis d'établir que les personnes endeuillées par suicide sont significativement plus déprimées au cours des premiers mois du deuil que les personnes endeuillées à la suite d'un accident de voiture. De plus, les personnes endeuillées par suicide ressentent davantage de honte devant la mort de leur proche et traversent 50 % plus d'événements significatifs que leur groupe de comparaison.

Lorsqu'il s'agit de comparer les enfants et les adolescents en deuil selon le type de décès, la littérature présente des résultats similaires entre les groupes (Brent, Melhem, Donohoe, & Walker, 2009 ; Brent, Melhem, Masten, Porta, & Payne, 2012 ; Cain & Fast, 1966 ; Cerel, Fristad, Weller, & Weller, 1999; Pfeffer, Karus, Siegel, & Jiang, 2000 ; Pfeffer et al., 1997 ; Sheperd & Barraclough, 1976). Le suicide d'un père ou d'une mère se produit habituellement dans des familles plus vulnérables où les jeunes² ont déjà été confrontés à un nombre important d'événements significatifs comparativement aux jeunes qui ont perdu un père ou une mère en raison d'une cause naturelle (Cerel et al., 1999). Aussi les adolescents endeuillés par suicide éprouvent-ils plus de difficultés à s'adapter au décès que leurs pairs des groupes témoins. Les résultats de recherche rapportent en effet des taux significativement plus élevés de symptômes internalisés et de symptômes externalisés (Brent et al., 2009 ; Cerel et al., 1999 ; Pfeffer et al., 2000 ; Pfeffer et al., 1997). On note également un taux supérieur de sentiments de honte et de culpabilité (Cain & Fast, 1966 ; Cerel et al., 1999). Qui plus est, les jeunes endeuillés par suicide risquent d'entretenir des pensées suicidaires et, à la limite, de reproduire les comportements suicidaires de leur proche décédé (Agerbo, Nordentoft, & Mortenson, 2002 ; De Leo & Heller, 2008 ; Pfeffer et al., 1997 ; Roy, 1983).

Malgré ces données, les résultats disponibles sur le sujet demeurent modestes et inconsistants (Kuramoto, Brent, Holly, & Wilcox, 2009). D'autant plus que ces résultats sont issus d'un corpus de recherche marqué de défis méthodologiques (Maple, Cerel, Jordan, & McKay, 2014). Plus généralement de nature quantitative, plusieurs recherches ne concluent pas à des différences significatives selon le type de décès, malgré des témoignages de personnes

² Le terme « jeune » est utilisé lorsque les études ne différencient pas leurs résultats selon les groupes d'âge, soit « enfants » et « adolescents ». Ces deux termes sont utilisés en priorité dans le texte lorsque les distinctions apparaissent dans les rapports de recherche.

endeuillées par suicide et les observations de leurs intervenants (Jordan, 2001). De plus, le nombre limité de sujets disponibles (accessibles et consentants) restreint la probabilité de déceler des différences significatives entre les groupes d'adolescents endeuillés à la suite d'un suicide, d'un homicide, d'un accident ou d'une mort naturelle (Brown, Sandler, Tein, Liu, & Haine, 2007). Le recours à des méthodes mixtes rigoureuses, à des échantillons non biaisés et la prise en compte de variables tant individuelles que familiales apparaissent nécessaires pour pallier les failles de la phénoménologie du deuil par suicide (Cerel, Jordan, & Duberstein, 2008). Ellenbogen et Gratton (2001) ainsi que Jordan (2001) proposent de mener des recherches de nature qualitative auprès des personnes endeuillées par suicide afin de mieux comprendre les processus qui particularisent leur expérience de deuil.

Malheureusement, le manque de recherches rigoureuses et les résultats discordants compliquent l'élaboration de programmes d'intervention destinés aux personnes endeuillées à la suite d'une mort violente (Vessier-Batchen & Douglas, 2006), et une investigation plus en profondeur serait souhaitable pour mieux guider les interventions auprès des jeunes endeuillés par suicide (Kuramoto et al., 2009). Toutefois, l'absence de consensus scientifique n'ébranle pas celui du consensus clinique à propos de la pertinence de l'application de programmes spécialisés auprès de cette clientèle dont le deuil comporte des perturbations spécifiques et d'importants enjeux tels que mentionnés précédemment (Brown et al., 2007 ; Rosner, Kruse, & Hagl, 2010).

Les exemples de programme d'intervention individuelle ou de groupe auprès des enfants et des adolescents endeuillés par suicide sont nombreux (Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006; Hoffmann, 2006; Lehman, Jimerson, & Gaasch, 2000 ; Mitchell et al., 2007; Siegel, Mersagno, & Chriat, 1990 ; Stewart & Sharp, 2007). Pourtant, très peu ont été soumis à des processus d'évaluation rigoureux. D'autant plus que les deux méta-analyses répertorient les effets des programmes d'intervention offerts aux jeunes endeuillés n'arrivent pas aux mêmes conclusions. Alors que l'une ne rapporte qu'une faible taille d'effet non significative (Currier, Holland, & Neimeyer, 2007), l'autre montre une taille d'effet significative particulièrement chez les jeunes qui présentent des symptômes associés au deuil, à la dépression et au stress post-traumatique (Rosner et al., 2010). Les programmes d'intervention répertoriés sont par ailleurs peu documentés et considérablement diversifiés en termes de modalités

d'intervention. Certains programmes s'adressent à la fois aux parents et aux adolescents, tandis que d'autres réunissent des jeunes ayant subi des traumatismes variés.

Ce double constat vaut également pour les régions francophones (Bacqué & Hanus, 1997 ; Bessette & Foch, 2003 ; Daigle, Hanus, Labelle, & Lake, 2010 ; Deuil Jeunesse, 2011 ; Lake & Murray, 2002). À notre connaissance, l'unique programme d'intervention de groupe spécifiquement destiné aux adolescents endeuillés par suicide a été développé par Hamel (2008). Ce programme intitulé *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* fait l'objet de la présente étude à titre de thèse de doctorat. À ce jour, aucune évaluation d'un tel type de programme n'a encore été réalisée et il apparaît essentiel, vu sa particularité, qu'il soit soumis à une évaluation afin de déterminer ses effets sur la clientèle visée compte tenu de la variété des programmes d'intervention de groupe disponibles (Cerel, Padgett, Conwell, & Reed, 2009). Quand on travaille à l'élaboration d'un programme, par exemple, on peut se demander entre autres si l'on doit favoriser les interventions en fonction du type de décès ou de l'âge des sujets ; si les interventions actuelles sont efficaces ; si elles risquent de causer plus de dommages que de bienfaits. Ce sont les réponses à de telles questions qui garantissent le bien-fondé des programmes actuellement offerts.

1.2 Contexte théorique

Avant de répondre aux questions formulées ci-haut, il importe de bien cerner le phénomène du deuil, les réactions qui lui sont associées, ses enjeux potentiels quand il touche des personnes adolescentes et les particularités de sa trajectoire chez celles-ci. Suivant cette logique, sont présentées les théories classiques et contemporaines du deuil suivies des théories propres au deuil à l'adolescence. Le portrait plus précis du processus de deuil vécu par les adolescents endeuillés par suicide est alors tracé. Vient ensuite un compte-rendu des types de soutien que souhaiteraient recevoir ces adolescents et la présentation de résultats issus d'évaluation de programmes d'intervention de groupe qui leur sont offerts. Pour conclure et résumer de manière cohérente l'ensemble des résultats, nous formulerons schématiquement une théorie du problème des déterminants et des conséquences du deuil par suicide vécu par les adolescents. Cet exercice permet de cibler les facteurs prédominants du

processus d'adaptation à la perte par suicide vécu par les adolescents et de déterminer les cibles d'intervention prioritaires pour en prévenir ses effets.

1.2.1 Théories du deuil

L'avancement des connaissances dans le domaine du deuil a fait un bond considérable depuis les douze dernières années. La conception traditionnelle et statique du deuil a fait place à des théories contemporaines plus nuancées (Wortman & Boerner, 2007). Afin de mieux saisir ce changement de perspective, voici d'abord comment les approches théoriques classiques conçoivent le processus du deuil.

1.2.1.1 Théories classiques et bref portrait historique

Freud, dans son essai *Deuil et Mélancolie* (1915/1986), conçoit le deuil comme un travail intrapsychique de désinvestissement, d'intériorisation et d'identification à l'objet d'amour disparu. La personne accomplit son travail de deuil en confrontant continuellement les souvenirs et les pensées qui la lient encore à la personne décédée, ce qui lui permet d'en venir à l'acceptation de sa perte (Archer, 2008; Hanus, 2003). Ce *travail* représente un combat intrapsychique particulièrement douloureux. Sans cette lutte éprouvante, la personne endeuillée ne pourrait regagner l'énergie émotionnelle nécessaire afin de s'investir dans de nouvelles relations.

Dans la théorie de l'attachement de Bowlby (1969, 1973, 1980), l'étude du deuil s'articule autour de l'expérience de la séparation ou de la perte de la figure d'attachement. Les réactions associées prennent une intensité variable selon la qualité du lien d'attachement en cause. Bowlby et Parkes (1970) délimitent trois phases du deuil : la protestation, la désorganisation et la réorganisation. Il s'agit d'un processus dynamique au cours duquel la personne endeuillée fait des allers-retours entre ces phases. Précédée du choc initial provoqué par la perte, la *phase de protestation* est marquée par le déni. Ensuite, la personne endeuillée se résigne au caractère permanent de la perte : il s'agit de la *phase de désorganisation*. Celle-ci se manifeste par des symptômes apparentés à un épisode dépressif majeur (ÉDM) marqué

par la tristesse, le désespoir, la fatigue et une perte d'intérêt. Selon Bowlby (1980), l'absence prolongée de cette détresse psychologique intense aussi bien que sa chronicisation sont associées à des psychopathologies du deuil. Lorsque la personne endeuillée s'adapte progressivement à de nouveaux rôles et qu'elle apprend à vivre sans la personne aimée, elle entre dans la *phase de réorganisation* au cours de laquelle elle regagnera de l'intérêt pour son environnement et s'apprêtera à développer de nouveaux liens d'attachement (Parkes, 1972/2003).

L'hypothèse de base de ces traditionnelles approches théoriques et cliniques du deuil réside dans le nécessaire passage par la détresse et la souffrance pour le résoudre. Puisque jugée nécessaire, cette détresse est perçue comme étant saine et normale. Conséquemment, malgré la durée et l'intensité des réactions qu'il provoque, le deuil n'est pas considéré comme pathologique. La troisième version du *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM) paru en 1980 prévoyait d'ailleurs que la situation de deuil soit un critère d'exclusion pour le diagnostic des troubles dépressifs. Ce critère d'exclusion a par la suite été révisé dans le cadre du DSM-IV et IV-TR, limitant son application seulement aux deux premiers mois du deuil. Si les symptômes de l'ÉDM persistent au-delà, le diagnostic peut s'appliquer.

Dès avant la parution de la nouvelle édition du DSM-5 en mai 2013, on s'interroge sur la validité et la pertinence de ce critère d'exclusion. Ceux qui appuient son retrait allèguent qu'en raison de la forte ressemblance entre les symptômes de dépression liés au deuil et les symptômes de dépression *standard*, le maintien du critère d'exclusion prive certaines personnes de recevoir un diagnostic et d'obtenir les traitements psychologiques et pharmacologiques appropriés (Pies & Zisook, 2010 ; Zisook & Kendler, 2007). Ceux qui prônent le maintien du critère craignent la médicalisation du deuil, l'augmentation de faux positifs et les effets pervers associés à l'étiquetage diagnostique (Frances, 2010 ; Wakefield & First, 2012).

Plusieurs suggèrent plutôt de créer une catégorie diagnostique distincte de « deuil compliqué » (Prigerson et al., 2009 ; Prigerson & Maciejewski, 2005 ; Shear et al., 2011) quand les symptômes associés à la perte durent au moins six mois : des sentiments persistants de manque, de vide et de solitude, l'impression récurrente d'une injustice, la perte d'un sens à

la vie, la rumination fréquente des circonstances et des conséquences de la mort de l'être cher, la difficulté de faire confiance, une colère durable contre la perte, et la persistance de l'état de choc ou d'un engourdissement émotionnel. Les idées et les comportements suicidaires ne sont pas mentionnés dans la liste des symptômes, mais leur présence est évoquée comme probable et fréquente. Est aussi soulevée la nécessité de veiller à limiter les risques de comorbidité avec ceux de l'ÉDM ou du trouble de stress post-traumatique selon le contexte du décès (Prigerson & Maciejewski, 2005). Devant l'absence de consensus du comité de révision du DSM-5, ce nouveau diagnostic n'a pas été ajouté au nouveau manuel tandis que la situation de deuil a été retirée des critères d'exclusion de l'ÉDM.

Sur quoi s'appuie ce changement de paradigme en ce qui concerne le rôle indispensable de la souffrance, du désespoir et de la détresse dans le processus du deuil ? Pourquoi ces réactions ne sont-elles plus considérées comme saines et équilibrées ? En fait, le milieu scientifique remet en question la nécessité de s'adapter à la perte en *travaillant son deuil* à l'aide d'émotions négatives (Bonnano, 2004, 2005 ; Bonnano & Kaltman, 1999; Wortman & Boerner, 2007; Wortman & Silver, 1989). Contrairement à leurs prédécesseurs, les chercheurs actuels observent que la majorité des personnes endeuillées s'adaptent bien à la perte subie et font preuve de résilience. Autrement dit, les réactions normales de deuil n'altèrent pas significativement le fonctionnement de la personne concernée. Ces réactions surviennent sporadiquement, n'éclipsent pas les émotions positives, sont généralement d'intensité modérée et ne durent pas longtemps. Seule une minorité de personnes endeuillées atteignent les seuils cliniques de l'ÉDM (Bonnano, 2004, 2005 ; Bonnano & Kaltman, 1999; Wortman & Boerner, 2007). Sans révoquer l'importance d'intervenir auprès de clientèles spécifiques chez qui les besoins sont présents, ces constats mettent tout de même en doute la nécessité d'offrir immanquablement des services professionnels pour quiconque traverse un deuil. Riche de cette mise au point, les perspectives théoriques contemporaines intègrent les concepts de reconstruction du sens et d'attachement persistant pour expliquer dorénavant l'adaptation à la perte chez les personnes endeuillées.

1.2.1.2 Théories contemporaines

Dans le courant des théories cognitives, la reconstruction du sens à la suite d'une perte significative ou d'un événement traumatique relève d'une vision constructiviste du processus de deuil. Celui-ci ne se définit plus selon des étapes ou des phases à franchir. Cette perspective explore les moyens par lesquels l'individu cherche un sens à cette perte (Neimeyer, 2001). La littérature foisonnante des dernières années sur le processus de reconstruction du sens propose un large éventail de terminologies et de typologies relativement convergentes qui ne trouvent toutefois pas encore d'assises empiriques (Park, 2010). Considérées dans leur ensemble, les définitions représentent la reconstruction du sens pour la personne endeuillée comme la négociation des défis imposés par l'événement de la mort de l'être cher sur sa façon de comprendre et de fonctionner dans le monde (Gillies, Neimeyer, & Milman, 2014). Dit autrement, la recherche de sens prend la forme d'une quête philosophique en vue de comprendre les raisons de la perte survenue dans sa vie et d'évaluer ses impacts sur ses propres croyances, ses valeurs et ses priorités (Geninet & Marchand, 2007), ce qui n'est pas à confondre avec le désir de comprendre les causes exactes de la mort ou de la disparition de l'être cher.

Le procédé par lequel la personne endeuillée trouvera un sens à la perte dérive de ses représentations ou de ses croyances à propos de l'avènement et du fonctionnement de l'univers, conceptions qu'elle partage habituellement avec les individus de sa culture. Dans la culture nord-américaine, selon Janoff-Bulman et Berger (2000), trois croyances fondamentales fortement répandues influencent le processus de reconstruction du sens. La première consiste à croire que nous vivons dans un monde bienveillant où les individus sont bons et dignes de confiance. La deuxième croyance renvoie à l'impression que le monde a un sens et prend en considération la relation causale entre nos comportements et leurs conséquences (par exemple : faire une bonne action entraîne nécessairement d'heureux aboutissants). La troisième croyance concerne la confiance en notre valeur personnelle en tant qu'individu moralement bon, donc protégé de l'adversité. Or, confrontée à un événement traumatique ou une perte significative, la personne endeuillée remet en question ces représentations et ces croyances (Vickio, 2000). Par exemple, elle perçoit le monde plus complexe et changeant; elle intègre de vieilles croyances aux nouvelles et reconnaît qu'il

existe des effets bénéfiques à surmonter l'adversité. On parlera ici de croissance post-traumatique, c'est-à-dire l'atteinte d'un équilibre supérieur à celui qui précédait l'épreuve grâce aux efforts d'adaptation suscités par une crise majeure et douloureuse. Cette plus-value se manifeste de diverses façons dont une appréciation accrue de la vie en général, des choix de relations interpersonnelles plus enrichissantes et la perception d'être plus fort face à l'adversité (Tedeschi & Calhoun, 2004).

D'après une revue de la littérature réalisée par Davis, Wortman, Lehman, & Silver (2000), la reconstruction du sens aura l'effet adaptatif précédemment décrit dans la mesure où il se produit dans les six mois suivant la perte. Cependant, les personnes endeuillées qui n'arrivent pas à trouver une signification aux événements pendant ce laps de temps risquent de moins réussir leur adaptation. Il arrive aussi que des personnes s'adaptent à la perte sans nécessairement chercher de sens à l'événement en cause, par exemple celles qui ressentent un soulagement après avoir soutenu un proche atteint d'une longue et douloureuse maladie. Par ailleurs, certaines variables telles que la nature violente du décès (suicide ou meurtre), un deuil précoce et la proximité ou l'importance pour soi de la personne décédée représentent certes des facteurs de risque associés à une plus intense détresse, mais dont les effets prédictifs sont modérés si l'individu parvient à donner une signification à la perte (Neimeyer, Baldwin, & Gillies, 2006).

Pour schématiser les stratégies favorables au processus d'adaptation à la perte, Stroebe et Schut (2001) proposent le *Dual Process Model of Coping with Bereavement* (DPM) (Figure 1.1). Selon ce modèle d'organisation des mécanismes d'adaptation, la personne endeuillée est soumise à deux types de tâches suivant la perte : 1) des *tâches orientées sur la perte*, c'est-à-dire déterminées par les réactions liées à la perte elle-même (tristesse, manque); 2) des *tâches orientées vers la restauration*, c'est-à-dire vers la réorganisation des rôles sociaux, de la représentation de soi-même et de son identité (quête de sens).

Ces deux types de tâches sont reliés et agissent en alternance (principe d'oscillation). La personne endeuillée les réalise en recourant à des mécanismes d'adaptation, d'évitement et de confrontation à la perte. Le modèle postule donc qu'il est essentiel de se confronter volontairement à la perte tout en demeurant capable de s'en distraire quand la confrontation

devient trop difficile (Zech, 2006). Autrement dit, bien que la douloureuse confrontation à la perte soit nécessaire pour en venir à l'accepter, il est tout aussi important de s'accorder des interruptions pour faire d'autres expériences et de découvrir, d'autre part, les bénéfices d'une existence modifiée par l'absence du défunt. Par exemple, se confronter au deuil par le rappel de souvenirs significatifs en écoutant de la musique mélancolique ou en regardant des photos, mais se permettre aussi bien de faire des projets de voyage ou d'entreprendre un apprentissage dont on a toujours rêvé. Les auteurs soulignent que se confiner à un seul type de tâches nuit au processus d'adaptation. Cette perspective s'éloigne donc des hypothèses théoriques classiques voulant que le processus de deuil soit uniquement orienté sur la perte et exclusivement empreint d'émotions négatives.

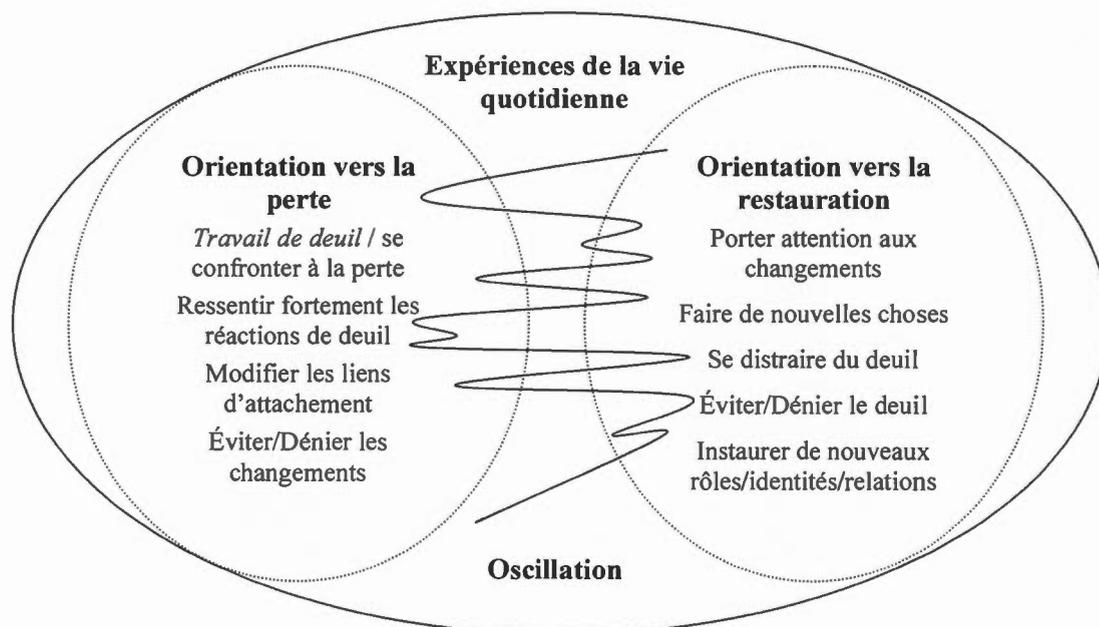


Figure 1.1 Modèle du double processus d'adaptation au décès d'un proche (d'après Stroebe et Schut, 2001)

Une révision du DPM (Stroebe, Schut, & Stroebe, 2005) remet également en question le critère de la nécessité de briser le lien d'attachement à l'être cher pour s'adapter à sa perte. Comme plusieurs autres chercheurs (Boerner & Heckhausen, 2003; Neimeyer et al., 2006 ; Wortman & Boerner, 2007), Stroebe et Schut (2001) considèrent que le maintien de ce lien d'attachement augmente la capacité d'adaptation au deuil. Cette persistance de l'attachement s'opère par une transformation de la relation : la personne endeuillée reconnaît l'absence physique de la personne décédée, mais préserve un lien symbolique et spirituel avec elle. Sentir la présence de la personne décédée, lui parler et lui octroyer un rôle de protection et d'assistance sont des manifestations de l'attachement persistant³ généralement observées chez les personnes endeuillées (Klass & Walter, 2001). Ces manifestations prennent une forme différente selon le style d'attachement vécu, la nature du lien (conjoint, parent, enfant, fratrie), l'âge de la personne endeuillée (enfant, adolescent ou adulte) et le type de décès (mort naturelle, accident, meurtre ou suicide). Autant de caractéristiques qui marquent les stratégies d'adaptation inhérentes aux processus du deuil.

Le Tableau 1.1 intègre les styles d'attachement et les stratégies d'adaptation d'après la révision du DPM concernant une population d'adultes en deuil d'un conjoint. Une personne endeuillée dont l'attachement au défunt était sécurisant éprouvera des réactions émotionnelles modérées et pourra mieux établir un équilibre entre ses mécanismes de confrontation et d'évitement. En revanche, une personne endeuillée dont l'attachement était empreint de résistance et d'ambivalence ne réussit pas l'oscillation des deux types de tâches précédemment mentionnées : ou elle se limite aux tâches déterminées par les réactions à la perte ou aux tâches orientées vers la restauration, ce qui ne favorise guère le processus d'adaptation à la perte. Par exemple, une veuve de nature jalouse et anxieuse qui entretenait une relation fusionnelle avec son mari (style d'attachement insécurisant marqué par la résistance et l'ambivalence) pourrait continuer à mettre deux couverts sur la table durant plusieurs semaines, sinon plusieurs mois, ce qui aurait pour effet d'entretenir le sentiment de perte. Semblablement, un veuf qui passait peu de temps à la maison (style d'attachement

³ Traduction libre de ongoing attachment et de continuing bond.

insécurisant marqué par l'évitement) pourrait précipiter un remariage, ce qui encouragerait l'éclipse des réactions à la perte au profit d'une recherche accélérée de restauration.

Tableau 1.1 Styles d'attachement, stratégies d'adaptation et réactions d'une personne en deuil

Styles d'attachement	Caractéristiques	Image de soi	Image des autres	Stratégies d'ajustement
I. Sécurisant	Capacité de proximité relationnelle.	Positive	Positive	Se permettre l'accès aux souvenirs et en discuter de manière cohérente. S'adonner aux deux types de tâches de manière équilibrée.
II. Insécurisant				
Résistant - ambivalent	Désir excessif de proximité.	Négative	Positive	Ne pas s'adapter de manière constructive en raison d'une centration sur la perte.
Porté à l'évitement	Inconfort dans la proximité et refus de celle-ci.	Positive	Négative	Oblitérer les souvenirs, éviter les rappels et chercher exclusivement la restauration.
Désorganisé	Inconfort dans la proximité tout en la désirant, peur du rejet.	Négative	Négative	Déployer une pensée perturbée dont la cohérence verbale est affectée par le traumatisme. Manifester un déséquilibre entre les deux types de tâches.

Adapté de Zech, E. (2006). *La psychologie du deuil: Impact et processus d'adaptation au décès d'un proche*. Belgique : Editions Pierre Mardaga, Collection Emotion ; p. 177.

Bien que conceptualisé par le DPM, les effets des caractéristiques de l'attachement persistant et des caractéristiques de la reconstruction du sens sur le degré d'adaptation au décès restent peu explorés (Park, 2010 ; Root & Exline, 2014). À ce jour, l'étude de Neimeyer et al. (2006) demeure la plus pertinente pour comprendre les interactions entre ces concepts. Menée auprès de 506 jeunes adultes endeuillés depuis moins de deux ans, les résultats de cette étude révèlent que le fait de reconstruire le sens de sa vie à la suite du décès d'une personne chère en préservant un lien symbolique avec cette dernière présage une meilleure adaptation à la perte chez les personnes endeuillées. Au contraire, lorsque la quête de sens reste vaine, la persistance d'un lien d'attachement fort à la personne décédée se révèle associée à des réactions de deuil plus intenses et moins favorables à l'adaptation. D'après ce dernier résultat, l'attachement persistant peut représenter un facteur tantôt favorable et tantôt défavorable dans le processus d'adaptation et ce, en fonction du style d'attachement concerné.

En somme, accorder des vertus bénéfiques à la reconstruction du sens et à la persistance de l'attachement ouvre aux chercheurs une conception complexe et plus nuancée du deuil. Cette perspective a l'avantage d'accorder une importance aux contextes dans lesquels le deuil est vécu, d'établir une complémentarité des émotions positives et des émotions négatives et d'admettre qu'on puisse préserver un lien d'attachement avec la personne décédée sans mettre sa santé mentale en péril. Toutefois, la nature, le fonctionnement et la séquence des mécanismes précis propices au processus d'adaptation à la perte restent encore méconnus. À cet égard, d'un point de vue clinique, il demeure difficile d'identifier avec précision les circonstances qui nécessitent ou non une intervention. D'autant plus que la majorité des études portent exclusivement sur une population adulte en deuil d'un conjoint et que, selon l'observation courante, les choses semblent se passer différemment quand un enfant ou un adolescent entreprend le deuil d'une personne significative.

Reconnue comme une période marquée par l'instabilité, l'étape dite transitoire de l'adolescence représente un moment décisif dans le développement individuel. Dans ce contexte, la perte d'une figure clé d'attachement perturbe la gestion des différentes tâches développementales qui incombent à l'adolescence (Balk & Corr, 1996). Les risques sont multiples et nous les explorons dans la section suivante.

1.2.2 Deuil et adolescence

Selon une perspective développementale, l'adolescence est un moment dans le cycle de la vie humaine où l'individu traverse, dans un court laps de temps, une multitude de changements importants tant sur les plans physique, psychologique, cognitif que social. Cette traversée réclame de l'adolescent qu'il accomplisse certaines tâches psychosociales afin de résoudre les conflits ou les tensions qui caractérisent le passage entre l'enfance et l'âge adulte. Aussi la trajectoire du processus de deuil chez les adolescents est-elle intermittente selon la phase développementale dans laquelle ils se trouvent. Le deuil peut s'étendre sur une longue période, soit jusqu'à la réussite de tous les défis liés à son développement physique, cognitif et émotif (Balk & Corr, 1996).

S'il est évident que le processus du deuil chez les adultes diffère de celui des enfants en raison de l'immaturation de leur représentation de la mort (Hanus, 2003), le deuil chez les adolescents à la charnière des deux âges revêt des singularités pour d'autres raisons (Balk & Corr, 1996, 2001; Fleming & Adolph, 1986; Hogan & DeSantis, 1996a, 1996b). Bien que leurs capacités cognitives soient suffisantes pour reconnaître les caractères d'universalité, de non-fonctionnalité et d'irréversibilité de la mort, le bouleversement psychosocial où ils se trouvent a pour effet d'altérer leur compréhension de la mort et les façons d'y faire face (Noppe & Noppe, 1996, 2004). Une étude comparant l'expérience de deuil entre des adultes et des adolescents rapporte que les réactions de deuil sont plus intenses chez les adolescents. Ces derniers manifestent plus de difficultés à communiquer leurs émotions, ressentent une inadéquation interpersonnelle et entretiennent un sentiment d'infériorité vis-à-vis de leurs pairs (Servaty-Seib & Hayslip, 2003).

Lorsque comparés à un échantillon de jeunes non endeuillés, les jeunes endeuillés (7-25 ans) d'un parent montrent des taux significativement plus élevés de dépression, d'abus de substances, de troubles du comportement et d'anxiété. L'occurrence d'un épisode dépressif préalable au décès du parent constitue la plus sûre variable prédictive du maintien ou du développement d'un épisode dépressif entre le 9^e et le 21^e mois du deuil (Brent et al., 2009). Mais malgré l'intensité de leurs réactions au décès, les adolescents endeuillés manifestent significativement moins de symptômes dépressifs et d'anxiété que les adolescents d'un

groupe témoin clinique souffrant de dépression. Plus précisément, leurs symptômes dépressifs commencent à se résorber vers le 6^e mois et continuent à décliner au 13^e et au 25^e mois (Cerel, Fristad, Verducci, Weller, & Weller, 2006). Ces résultats sont similaires à ceux des populations d'adultes en deuil. Ils concordent avec l'hypothèse de base des théories contemporaines selon lesquelles la majorité des personnes endeuillées s'adaptent à la perte d'un être cher et font preuve de résilience.

Fleming et Adolph (1986) ont été les premiers à formuler un modèle de processus du deuil chez les adolescents en fonction des différents niveaux de leur développement. Ce modèle s'applique dans un contexte où l'adolescent se trouve en deuil d'un proche et plus particulièrement d'un parent. Les auteurs distinguent et situent dans le temps trois phases déterminantes de l'adolescence. Chacune est caractérisée par des défis et des conflits dont la résolution risque d'être ralentie, sinon compromise lorsque meurt un proche (Tableau 1.2). (Fleming & Adolph, 1986; Fleming & Balmer, 1996).

Dans la Phase I, l'adolescent est heureux de participer à des activités avec ses pairs et de tisser de nouveaux liens significatifs en dehors du noyau familial tout en hésitant à quitter l'aspect sécuritaire et prévisible de la maison. Durant la Phase II, l'adolescent perçoit sa dépendance résiduelle à la famille comme une menace à son désir croissant d'autonomie. Grâce à l'augmentation de ses compétences entre autres motrices, musculaires, sexuelles et intellectuelles, il se convainc d'être assez compétent pour agir de façon autonome et il commence à développer un sentiment d'identité personnelle. La Phase III coïncide avec une réelle distanciation émotionnelle et physique de ses parents, une consolidation de son sentiment d'identité, l'expérimentation puis la priorisation de valeurs. Elle est marquée par l'enjeu de la proximité interpersonnelle. Une relation trop possessive risque de reproduire l'état fusionnel d'antan, tandis qu'une relation trop distante risque de créer un sentiment d'isolement et d'abandon.

Tableau 1.2 Défis et conflits adolescents selon la phase de développement

PHASE I	Âge	11 à 14 ans
	Tâche	Désinvestissement émotif des parents
	Conflit	Éloignement VS Proximité (Abandon) VS (Sécurité)
PHASE II	Âge	14 à 17 ans
	Tâche	Compétence/Maîtrise personnelle/Contrôle sur sur son environnement
	Conflit	Indépendance VS Dépendance
PHASE III	Âge	17 à 21 ans
	Tâche	Intimité VS Engagement
	Conflit	Fusion VS Isolement

Tiré et traduit de Fleming et Adolph (1986)

Tel que déjà mentionné, quand un adolescent doit faire face à la mort d'un proche, il montre des réactions de nature cognitive, comportementale et affective qui diffèrent en fonction de la phase de développement où il se trouve. L'adolescent endeuillé tente tout de même de résoudre les conflits caractéristiques de ses stades de développement, lesquels comportent cinq enjeux fondamentaux : 1) conserver l'idée d'un monde relativement prévisible, 2) le développement d'une image de soi cohérente, 3) l'établissement de relations d'appartenance, 4) la croyance en un monde juste et équitable et 5) l'élaboration d'un sentiment de maîtrise personnelle et d'un certain contrôle sur l'environnement (Fleming & Adolph, 1986). Ces enjeux rappellent les croyances remises en question dans le processus de reconstruction du sens de Janoff-Bulman et Berger (2000). Par exemple, à l'âge de 15 ans (Phase II – Indépendance vs Dépendance), un adolescent endeuillé verra perturbée sa croyance en un monde sécuritaire et prévisible puisque la mort lui révèle la vulnérabilité de celui-ci et son impuissance à contrôler son environnement. Il pourrait éventuellement réagir à cette vulnérabilité en pratiquant un sport extrême où l'on essaie de tromper la mort ou en développant une forte rigidité dans l'application des règles. Du point de vue affectif, il pourrait développer une peur démesurée de mourir ou de perdre encore un être cher.

Ce modèle théorique a l'avantage d'intégrer le processus de reconstruction du sens aux phases développementales des adolescents endeuillés. Toutefois, faute de validation empirique, il ne précise pas la manière avec laquelle les adolescents concernés géreront les cinq enjeux associés à chacun des stades de leur développement au cours du processus d'adaptation à la perte. Ce modèle n'a pas non plus été mis à l'épreuve auprès d'adolescents en deuil d'un frère, d'une sœur, d'un(e) cousin(e), d'un grand parent ou d'un(e) ami(e). Considérant que la proximité relationnelle constitue un meilleur prédicteur de l'intensité des réactions des adolescents en deuil que la filiation (Servaty-Seib & Pistole, 2006), il importerait d'explorer aussi les contextes où l'adolescent est en deuil d'une personne significative qui n'est pas son parent.

Le modèle théorique de Hogan et DeSantis (1996a, 1996b) permet d'élargir le spectre des connaissances sur le deuil des adolescents en fonction de la nature du lien à la personne décédée. Élaborée à partir des réponses à un questionnaire soumis à 157 adolescents en deuil d'un frère ou d'une sœur, leur théorie tient compte de la triple interaction entre les composantes de deuil, de croissance personnelle et d'attachement persistant. Les caractéristiques de cette interaction déterminent comment le deuil sera vécu par l'adolescent et varient en fonction de plusieurs autres facteurs dont la culture, la cause du décès, les circonstances l'entourant, les caractéristiques de la personne décédée, la qualité du lien d'attachement et la croyance ou non en l'existence d'une vie après la mort.

Hogan et DeSantis (1996a, 1996b) ont circonscrit des catégories propres à chacun des trois grandes composantes théoriques de leur modèle. Les Tableaux 1.3 et 1.4 résument la composante de deuil et la composante de croissance personnelle. Plus particulièrement, le deuil représente à la fois la réalité physique de la perte (une famille de trois enfants devient une famille de deux enfants) et les réactions physiques, émotionnelles, cognitives et comportementales d'une personne adolescente qui perd son frère ou sa sœur.

La croissance personnelle renvoie aux résultats positifs de la reconstruction du sens chez l'adolescent endeuillé. Par exemple, en prenant conscience de la finitude humaine et du caractère précieux de la vie, il pourrait décider de s'investir plus intensément dans des

relations. Également, dans la mesure où il a profité d'une aide, il pourrait s'en prévaloir encore le cas échéant et, d'autre part, en offrir.

L'attachement persistant est considéré comme une condition vitale de la reconstruction du sens et de la préservation d'une image positive de soi. Il se manifeste par 1) du regret relativement à l'attention portée à la personne défunte pendant qu'elle était encore vivante, 2) le besoin de comprendre les circonstances de son décès, 3) l'établissement d'un contact spirituel avec elle, 4) le besoin de réaffirmer son amour pour elle et la profondeur de leur relation, 5) le désir de la prendre pour guide et de la tenir pour une référence et 6) le caractère éternel de leur relation. Selon Silverman et Nickman (1996), les jeunes⁴ posent certaines actions pour garantir en quelque sorte la persistance de leur lien avec la personne défunte. Par exemple, ils cherchent à ressentir la présence du défunt en allant au cimetière, ou en s'adressant à lui directement, ou en faisant régulièrement l'inventaire des bons et des moins bons souvenirs, ou en conservant précieusement un objet lui ayant appartenu. A priori, le jeune doit être en mesure de localiser le défunt que ce soit dans son propre esprit, dans sa mémoire, dans son cœur, au paradis, dans les nuages, au cimetière ou dans n'importe quel autre endroit (Normand, Silverman, & Nickman, 1996). Bien que la majorité des jeunes perçoivent leur relation à la personne défunte comme une source de réconfort, notons ici que près de 60 % déclarent avoir peur d'être, ici ou là, désapprouvés par elle (Silverman & Nickman, 1996).

⁴ Dans leur échantillon, les jeunes sont âgés de 6 à 17 ans.

Tableau 1.3 Composante de deuil

CATÉGORIES	DÉFINITIONS
Changement permanent de la réalité personnelle et familiale	Diminution quantitative et qualitative du système familial.
Conséquences physiques	Affaiblissement du système immunitaire et impression de ne pas être en forme physiquement.
Accroissement de la vulnérabilité : a) peurs, b) culpabilité, c) dépression, d) isolement.	a) Conscience de la possibilité que la mort frappe encore. b) Inconfort dans le plaisir. c) Tristesse, insomnie, cauchemars, difficulté de maîtriser ses émotions. d) Sentiment que personne n'est en mesure de comprendre la complexité et la gravité de leur deuil.
Interférence cognitive	Un surplus d'effort est requis pour contrôler les pensées envahissantes qui font obstacle à la concentration.
Désir de retrouvailles	Désir de mort pour retrouver l'être cher.
Mécanisme d'adaptation	Augmentation des conduites à risque.

Tiré et traduit de Hogan et DeSantis (1996a, 1996b)

Tableau 1.4 Composante de croissance personnelle

CATÉGORIES	DÉFINITIONS
Changement permanent de la perception de la réalité	Conscience de la finitude humaine qui rend la vie plus précieuse et fragile.
Ouverture aux autres : a) attachement, b) sensibilité.	a) Relations plus profondes et durables. b) Comportements prosociaux et sens accru de la responsabilité envers le bien-être des autres (ultracentrisme).
Résilience : a) optimisme, b) maturité, c) identité.	Croyance que l'expérience du deuil rendra plus fort et augmentera la capacité à faire face à l'adversité, d'où l'accroissement de la confiance et de l'estime de soi.
Révision des croyances	Réexamen et réévaluation des valeurs et des croyances concernant soi-même et le monde (<i>faith consciousness</i>).
Capacité de demander, recevoir et offrir de l'aide	Capacité de demander de l'aide, d'en recevoir et d'en offrir en retour.

Tiré et traduit de Hogan et DeSantis (1996a, 1996b)

L'attachement persistant représente un ajout théorique complémentaire au modèle de Fleming et Adolph (1986). Quoi qu'il en soit, les deux modèles théoriques du deuil chez les adolescents ne proposent pas de construits théoriques significativement différents pour prétendre que le deuil d'un parent se déroule autrement que le deuil d'un membre de la fratrie. En revanche, contrairement aux théories précédentes, celles-ci révèlent la concomitance d'effets négatifs et d'effets positifs du deuil tout en soulignant l'importance du processus de reconstruction du sens. Toutefois, les mécanismes menant vers une adaptation optimale à la perte d'un être cher restent méconnus : aucun de ces auteurs n'a spécifié quels types d'interaction entre les composantes mentionnés et en fonction de différentes variables (dont les phases de maturation) favoriseraient l'adaptation à la perte chez les adolescents endeuillés.

Pourtant, plusieurs variables individuelles et familiales jouent fortement sur la capacité d'adaptation à la perte chez les adolescents en deuil. Au niveau des variables individuelles, Lin, Sandler, Ayers, Wolchik et Luecken (2004) remarquent que, comparativement aux adolescents en deuil qui développent des problèmes de santé mentale, les jeunes endeuillés résilients (8-16 ans) perçoivent les péripéties de la vie comme menaçant significativement moins leur bien-être et ils sentent qu'ils s'y adaptent efficacement dans une plus grande mesure. En ce qui concerne les variables familiales, ces auteurs observent que la santé mentale du parent survivant est un prédicteur de l'adaptation de l'adolescent en deuil de l'autre parent. Leurs résultats montrent en effet que la résilience des adolescents est associée à la chaleur humaine et à la discipline dont témoigne le parent survivant comme elle se trouve compromise quand ce dernier présente des problèmes de santé mentale. À cet égard, le parent survivant qui permet à son enfant de s'identifier sainement au défunt valide ses besoins plus que toute autre personne de l'entourage. Quand ce parent se montre capable de nommer et de recadrer les difficultés de son jeune en deuil, il maintient pour ainsi dire l'influence positive (plutôt que négative) du défunt (Silverman, Baker, Cait, & Boerner, 2003). À l'opposé, les symptômes dépressifs du parent survivant, la présence de stressors additionnels précédant ou suivant le décès ainsi qu'un niveau socio-économique inférieur sont des variables familiales associées à une moindre adaptation à la perte (Cerel et al., 2006).

D'après les modèles théoriques et les résultats de recherche évoqués, les adolescents traversent donc un deuil d'une manière qui diffère de celle des adultes et des enfants. Selon la phase de développement dans laquelle il se trouve, en pleine découverte de son identité et du monde où il évolue, l'adolescent cherche à établir une distance confortable entre lui et ses parents. Le décès d'un proche met alors en péril la réussite des défis cognitifs et psychosociaux qui incombent à son âge et bouleverse ses perceptions et ses croyances initiales concernant lui-même, les autres et le monde. Plusieurs pierres d'achoppement se posent sur la trajectoire de son développement, qui peuvent aussi bien accélérer ses progrès que stopper sa marche vers l'autonomie. Sans toutefois atteindre des niveaux pathologiques cliniques, l'adolescent endeuillé subit de sérieux soubresauts de nature physique, psychologique et sociale. Tel que déjà mentionné, si des mécanismes d'adaptation reliés à la perte et d'autres orientés vers la restauration se mettent en place de manière équilibrée, si le jeune reçoit un soutien social approprié, s'il parvient à une transformation spirituelle de sa relation avec le défunt, il s'adaptera progressivement à la perte tout en restant marqué par cette expérience bouleversante. Dans ces cas-ci, un soutien clinique minimal pour assurer la présence de ces facteurs serait probablement suffisant pour permettre au processus d'adaptation à la perte de suivre son cours sans altérer significativement le fonctionnement de l'adolescent. Néanmoins certains facteurs entourant la mort compliquent le deuil des adolescents et réclament peut-être un soutien accru de l'adolescent.

1.2.3 Adolescents endeuillés par suicide

Plusieurs chercheurs tentent de déterminer les effets singuliers du décès par suicide d'un proche sur le processus d'adaptation à la perte chez les adolescents. Chez certains jeunes, le suicide de l'être cher entraîne des réactions de deuil plus intenses et spécifiques du fait que la mort ne soit pas survenue naturellement (Brent et al., 2009 ; Cain & Fast, 1966 ; Pfeffer et al., 1997 ; Sheperd & Barraclough, 1976). Pour Tousignant et Ehrensaft (2001),

Le décès d'un parent par suicide est probablement l'un des pires traumatismes qui puissent se produire dans le monde d'un enfant ou d'un adolescent. L'enfant perd non seulement un personnage éminemment important pour son identité et son soutien, mais il le perd dans un contexte de trahison. [...] Tristesse, trahison

suprême, impuissance, doute quant à l'avenir, héritage lourd à porter, voilà la situation quasi insurmontable dans laquelle ces enfants se débattent (p. 207-208).

Après avoir fait l'estimation du nombre d'adolescents endeuillés par suicide, nous ferons état des facteurs de risque et des conséquences de ce type de mort chez l'adolescent et sa famille.

1.2.3.1 Nombre d'adolescents endeuillés par suicide

L'*American Association of Suicidology* (AAS, 2009) estime qu'au moins six personnes sont touchées significativement par le suicide d'un proche : un ami, un membre de la fratrie, un parent, un membre de la famille immédiate (cousin, grand-père/grand-mère) ou son propre enfant. Entre 1980 et 2004, au moins un Américain sur 65 a été touché par le suicide d'un proche, ce qui donne 4,5 millions d'endeuillés par suicide (McIntosh, 2009). Toutefois, cette approximation demeure probablement conservatrice et sous-représentative (Cerel et al., 2009). D'après un sondage téléphonique d'envergure nationale effectué aux États-Unis en 2002, un Américain d'âge adulte sur 14 connaissait une personne qui s'était enlevé la vie au cours des 12 derniers mois (soit 7 % de la population adulte). En ne considérant que le suicide d'un membre de la famille, ce pourcentage diminue à 3,2 % (Crosby & Sacks, 2002). En ce qui concerne les enfants et les adolescents, Small et Small (1984) estiment que, chaque année, entre 7 000 et 12 000 jeunes Américains sont en deuil d'un parent suicidé. Cette estimation est également mise en doute et réévaluée à la hausse puisqu'elle ne compte qu'un seul jeune endeuillé par famille et ne considère que le suicide d'un parent. Comme il n'existe pas de données statistiques fiables et systématiques selon l'âge sur l'incidence du deuil par suicide, il apparaît opportun de mener des études épidémiologiques sur le sujet (Cerel et al., 2009).

Il est possible de tenter une estimation du nombre de personnes endeuillées par suicide par année au Québec en se basant sur le nombre de suicides multiplié par le nombre moyen de gens touchés, soit 6 tel qu'estimé par l'AAS. Selon les données statistiques les plus récentes, le nombre de suicides au Québec s'élevait à 1105 en 2011⁵ (Légaré, Gagné, & St-Laurent,

⁵ Selon des données provisoires provenant des fichiers du Coroner.

2014). En multipliant ce nombre par six, le nombre de personnes nouvellement endeuillées par suicide en 2011 peut être estimé à 6 630. Bien que l'âge des endeuillés demeure inconnu, on peut extrapoler à partir de la population générale d'adolescents âgés de 13 à 18 ans. Puisqu'en 2011 les adolescents âgés de 13 à 18 ans inclusivement comptaient pour 7 % de la population générale, soit 559 272 en nombre absolu (Institut de la statistique du Québec, 2013), on peut estimer qu'environ 464 adolescents ont pu se trouver en deuil par suicide cette année-là ($7\% \times 6\,630 = 464,1$). Ce nombre non négligeable s'additionne chaque année dans des proportions semblables. Et, tel qu'il en est question dans les sections suivantes, cette situation risque d'engendrer des coûts sociaux importants : problèmes scolaires et de santé mentale, délinquance, etc. Afin de mieux cerner la problématique, examinons les facteurs de risque et les impacts individuels, interpersonnels et sociaux du deuil par suicide vécu par les adolescents.

1.2.3.2 Facteurs de risque précédant le suicide

Plusieurs études révèlent que certains événements significatifs dans la vie des adolescents endeuillés par suicide avaient cours avant que celui-ci ne survienne, lesquelles auront subséquemment des effets délétères sur leur processus d'adaptation à la perte (Brent et al., 1995 ; Cerel, Fristad, Weller, & Weller, 2000 ; Grossman, Clark, Gross, Halstead, & Pennington, 1995 ; Sheperd & Barraclough, 1976 ; Tousignant & Séguin, 2008). Préalablement au décès d'un des parents, l'on remarque que les familles confrontées au suicide montrent déjà plus de perturbations familiales que les familles confrontées à une mort naturelle (Cerel et al., 2000). Chez les jeunes âgés de 5 à 17 ans, on observe entre autres, à titre de facteurs défavorables à l'adaptation à la perte, des événements tels que la séparation ou le divorce des parents, les traitements psychiatriques du parent suicidaire, des problèmes judiciaires et plus de deux changements d'école pendant l'année précédant le suicide (Cerel et al., 2000 ; Sheperd & Barraclough, 1976).

Un diagnostic ou des symptômes sévères en termes de santé mentale chez les parents suicidés sont significativement plus nombreux que chez les parents décédés en raison d'une autre cause. Cerel et al. (2000) observent que 85 % des parents suicidés ($n=15$) comparativement à

35 % des parents décédés en raison d'une autre cause (n=201) avaient présenté des symptômes ou reçu un diagnostic d'un ou de plusieurs troubles de l'humeur (dépression majeure, trouble bipolaire) et de troubles de comportements (abus d'alcool, abus de drogue, personnalité antisociale). Bien qu'il en crée d'autres, le décès par suicide du parent diminue les perturbations familiales et les soubresauts de la vie quotidienne habituellement associés à ces troubles (Cerel et al., 2000). Ces observations confortent celles du modèle de la vulnérabilité proposé par Brown et Harris (1978), lequel met en lumière le lien entre, d'une part, le nombre et la nature des événements de vie graves et, d'autre part, le risque de souffrir de dépression. Qu'en est-il lorsque la personne qui se suicide n'est pas un parent, mais un ami ?

En examinant les facteurs antérieurs au suicide pour 26 cas de suicide touchant au total 146 adolescents endeuillés d'un ami, Brent et al. (1995) remarquent que, comparativement à leurs pairs endeuillés, les adolescents qui développent un trouble de stress post-traumatique (n=8, évalués en moyenne sept mois après le suicide) proviennent de milieux familiaux perturbés, ont eu significativement plus de conflits avec les personnes significatives de leur entourage (fratrie, petit(e) ami(e), mère) et ont plus souvent subi le décès d'un membre de la famille élargie au cours de l'année précédente. De plus, un historique d'abus de substance, d'agoraphobie et de tentatives de suicide antérieures chez la personne décédée est associé significativement à un trouble de stress post-traumatique chez les adolescents endeuillés. On note finalement que ces jeunes endeuillés, comparativement à leurs pairs, entretenaient une relation plus étroite, sinon intime avec leur ami décédé par suicide (Brent et al., 1995 ; Melhem et al., 2004a).

Tousignant et Séguin (2008) ont étudié l'impact de la qualité du lien d'attachement avec la personne suicidée sur l'adaptation à la perte et les événements significatifs antérieurs au suicide. À la suite d'autopsies psychologiques de pères suicidés, leur analyse situe « la perte du père dans le prolongement d'une histoire familiale intergénérationnelle dont les péripéties ont conduit à une implosion et au suicide d'un membre » (p. 54). La majorité des pères concernés déployaient un type d'attachement désorganisé qui se répercute ensuite sur le processus de reconstruction du sens et sur la qualité du lien d'attachement que le jeune tente

de maintenir avec son père. Selon la typologie des scénarios élaborée par les auteurs, chacun des deux parents participe à sa manière à compliquer le deuil de leur enfant (Tableau 1.5).

Tableau 1.5 Conséquences pour l'enfant d'un scénario familial d'avant le suicide

TYPOLOGIE DES SCÉNARIOS	CONSÉQUENCES POUR L'ENFANT
La mère rejette le père	Parce que la mère ne peut pas produire un récit représentatif de la situation délicate dans laquelle elle a trahi le père avant le suicide de ce dernier, le climat de secret ou de demi-vérité dans la famille peut compromettre l'instauration par l'enfant d'un lien persistant avec son père décédé (filiation symbolique).
L'enfant rejette le père	L'enfant ressent un fort sentiment de culpabilité : il a l'impression d'avoir directement provoqué le suicide. L'intensité de ses réactions variera en fonction de sa capacité de comprendre que ses agissements étaient nécessaires à sa propre survie vu la situation adverse engendrée par le père.
Le père et la mère en conflit	Il est devenu impossible d'espérer une réparation réelle ou symbolique. La mère est incapable de restaurer une image positive du père dans l'esprit de son enfant en raison de sa colère et de sa frustration (elle perçoit le suicide du père comme une vengeance). L'enfant pourrait retenir que la résolution du conflit nécessitait la fuite d'une des parties.
L'enfant est impliqué dans le conflit qui oppose les parents <ol style="list-style-type: none"> 1. L'enfant est pris en otage 2. L'enfant représente un poids intolérable 	L'enfant se convainc d'être impliqué indirectement dans le suicide du père, d'où un vif sentiment de culpabilité.

Inspiré de Tousignant et Séguin (2008)

En somme, les suicides se produisent habituellement au sein de familles déjà vulnérables (Séguin et al., 1995). Avant le suicide, ces familles avaient déjà traversé une quantité significativement plus élevée d'événements sévères que les familles où survient un décès suivant d'autres circonstances. La nature de ces événements significatifs, le contexte et l'historique familial qui entourent le suicide joueront sur le processus d'adaptation à la perte par suicide chez les adolescents concernés, c'est-à-dire sur leur capacité de reconstruire un sens à la vie, notamment à la leur, et de maintenir un lien spirituel avec le parent décédé. Selon les études, dans le cas du suicide d'un ami, les adolescents les plus marqués sont ceux qui entretenaient une relation plus étroite, sinon intime avec lui et, d'autre part, qui avaient cumulé dans leur propre expérience un nombre important d'événements sévères.

1.2.3.3 Conséquences du suicide

De nombreuses études répertorient chez les enfants et les adolescents endeuillés par suicide toute une gamme de symptômes psychiatriques, de réactions et de comportements associés à cet événement (Avrami, 2005 ; Cain & Fast, 1966 ; Cerel & Roberts, 2005 ; DeLeo & Heller, 2008 ; Pfeffer et al., 1997 ; Pfeffer et al., 2000 ; Roy, 1983 ; Tsuchiya, Agerbo, & Mortenson, 2005) dont la majorité a vérifié la présence de symptômes antérieurs au décès (Agerbo et al., 2002 ; Brent et al., 1995 ; Brent et al., 2009 ; Brown et al., 2007 ; Cerel et al., 1999 ; Grossman et al., 1995 ; Melhem et al., 2004a ; Melhem et al., 2004b ; Melhem, Moritz, Walker, Shear, & Brent, 2007 ; Sheperd & Barraclough, 1976). De manière générale, ces études montrent que les jeunes endeuillés par suicide manifestent une symptomatologie psychopathologique plus sévère que des échantillons normatifs d'adolescents et indiquent, d'autre part, que leur processus du deuil se distingue de celui des échantillons de jeunes endeuillés en raison d'une autre cause.

La différence observée entre les réactions de deuil vécues par les adolescents endeuillés en général et les adolescents endeuillés par suicide se remarque par leur degré d'intensité variable et leur persistance dans le temps. Bien que les sentiments de tristesse, de colère, et de soulagement soient le fait de tous les jeunes endeuillés, ceux qui subissent une perte par suicide (n=26) montrent significativement plus de colère et de honte lorsqu'ils sont sondés

après six mois et même un an après le suicide qu'un échantillon de 332 jeunes endeuillés d'un proche décédé de cause naturelle (Cerel et al., 1999). De plus, ces derniers témoignent dans une proportion significativement moindre d'un sentiment de soulagement immédiatement après le décès et ne parviennent toujours pas à accepter le décès par suicide de leur parent entre une à deux années plus tard (Cerel et al., 1999). En étudiant les dossiers cliniques de 45 jeunes suivis et traités par des professionnels de la santé mentale, cela dans un délai allant de quelques jours à dix ans après le suicide de leur parent, Cain et Fast (1966) rapportent également que les jeunes ressentent une forte colère envers le parent suicidé qui les a délaissés, sinon rejetés. Cette rage dirigée vers le parent décédé risque de faire échec au processus d'idéalisation de ce parent, qui fait partie de la reconstruction du sens et concourt au maintien de la relation d'attachement au-delà de la mort. Par ailleurs, la colère risque de se transformer en sentiment de culpabilité ou d'augmenter la culpabilité déjà en place à la faveur des réflexions du jeune sur les raisons du suicide. Le sentiment de culpabilité revêt un caractère central et qualitativement propre au deuil par suicide chez les jeunes endeuillés concernés, notamment les adolescents qui se sentent plus ou moins responsables du contexte général et des problèmes qui ont conduit leur proche au suicide (Cain & Fast, 1966). Ils s'en veulent et portent comme un fardeau l'idée qu'une action de leur part eût peut-être évité le drame (Cain & Fast, 1966 ; Melhem et al., 2004a).

Les résultats de recherche ont aussi maintes fois montré que les jeunes endeuillés par suicide présentent des taux significativement plus élevés de symptômes internalisés associés à l'anxiété et à la dépression que n'en présentent des échantillons normatifs ($n=22$, Pfeffer et al., 1997), des groupes témoins non endeuillés (53 adolescents endeuillés par suicide comparés à 168 adolescents non endeuillés neuf mois après le décès, Brent et al., 2009) et des groupes témoins en deuil d'une personne non suicidaire (Cerel et al., 1999 ; 16 enfants endeuillés d'un parent suicidé comparés à 64 enfants endeuillés suite au cancer de deux à 18 mois après le décès, Pfeffer et al., 2000 ; 36 jeunes endeuillés par suicide comparés à 150 jeunes endeuillés par mort naturelle quelques semaines après le décès et de 5 à 7 ans plus tard, Sheperd & Barraclough, 1976). Plus précisément, les jeunes âgés de 6 à 13 ans endeuillés par suicide d'un parent ($n=16$, interrogés de 2 à 18 mois après le suicide) montrent une symptomatologie de dépression significativement plus élevée (humeur négative,

problèmes interpersonnels, inefficacité, anhédonie) que le groupe témoin composé de 64 jeunes endeuillés d'un parent cancéreux (Pfeffer et al., 2000). Cain et Fast (1966) rapportent aussi une forte présence de symptômes dépressifs. Pour leur part, à partir d'un échantillon populationnel danois de 947 sujets cliniques souffrant de trouble bipolaire apparié à 47 350 sujets témoins, Tsuchiya et al. (2005) établissent un lien entre la perte par suicide d'un parent avant l'âge de vingt ans et le risque de recevoir un diagnostic de trouble bipolaire. Ce risque est accru dans le cas où c'est la mère qui se suicide. Il est aussi sept fois plus élevé si le suicide a lieu lorsque l'enfant a moins de neuf ans.

Les enfants et les adolescents endeuillés par suicide risquent d'éprouver des symptômes de légers à modérés associés au stress post-traumatique. Ces symptômes sont plus fréquents et plus sévères chez les jeunes exposés plus directement au suicide, c'est-à-dire qui ont été témoins de la scène du suicide ou qui ont parlé à la personne décédée peu de temps avant son suicide et qui gardent le sentiment qu'ils auraient pu l'empêcher (Brent et al., 1995 ; Grossman et al., 1995 ; Melhem et al., 2004a ; Melhem et al., 2007). D'après leur échantillon interrogé de quelques semaines à trois ans suivant le décès (n=22), Pfeffer et al. (1997) évaluent à 93 le pourcentage des jeunes endeuillés par suicide âgés de 5 à 14 ans qui présentent des symptômes de stress post-traumatique. Parmi ces derniers, les 25 % qui montrent des symptômes de modérés à sévères sont les seuls à atteindre un niveau clinique de dépression. L'observation d'un stress post-traumatique permettrait donc de prédire une dépression clinique chez cette population.

Tel que mentionné précédemment, plusieurs auteurs tentent d'établir une catégorie diagnostique pour indiquer le caractère compliqué d'un deuil à partir des critères spécifiques d'un stress post-traumatique et de l'ÉDM. Les symptômes du deuil compliqué ont été étudiés auprès d'adolescents en deuil d'un proche décédé d'une manière soudaine (suicide, accident ou mort naturelle soudaine) (Melhem et al., 2004a; Melhem et al., 2004b ; Melhem et al., 2007). Malgré la comorbidité des catégories diagnostiques, les résultats montrent que le deuil compliqué est indépendant du stress post-traumatique et de l'ÉDM. On le distingue du stress post-traumatique par les observations suivantes : 1) l'affect principal prend le trait de la tristesse plutôt que celui de la peur, 2) les comportements d'hyper vigilance sont associés aux tâches relatives à l'attachement persistant plutôt qu'à la crainte de voir l'événement

traumatique se reproduire et 3) il n'inclut pas les difficultés de sommeil (Melhem et al., 2004b). Le sentiment de ne pas avoir été en mesure de prévenir le suicide reste le seul facteur de risque commun aux trois catégories diagnostiques, ce qui fait du sentiment de culpabilité la réaction spécifique et centrale du deuil par suicide chez les adolescents. Les analyses indiquent également que le deuil compliqué prédit le développement ou le maintien de symptômes associés stress post-traumatique et à l'ÉDM (Melhem et al., 2004a; Melhem et al., 2004b ; Melhem et al., 2007).

Le deuil par suicide chez les enfants et les adolescents est aussi associé au risque de développer des troubles externalisés relatifs à l'attention et aux comportements dont les comportements délinquants (Cain & Fast, 1966 ; Sheperd & Barraclough, 1976). La capacité de concentration des adolescents peut être brouillée par l'envahissement de questionnements personnels sur les causes du suicide, ce qui joue défavorablement sur leurs résultats scolaires et risque d'entraîner un retard académique (Dyregrov, 2009a). Le type de décès ne discrimine toutefois pas les adolescents plus vulnérables sur le fait de s'adonner à des comportements à risque (Muniz-Cohen, Melhem, & Brent, 2010). Dans leur échantillon composé de 176 adolescents endeuillés d'un parent dont 53 sont endeuillés par suicide, Brent et al. (2009) établissent que le risque d'abus de substances est un facteur discriminant du deuil par suicide d'un parent chez les adolescents comparativement au deuil à la suite d'un accident. D'autre part, à partir d'un échantillon populationnel (n=5 918), les adolescents exposés à une tentative de suicide ou au décès par suicide d'un membre de la famille, comparativement à leurs pairs non exposés, risquent de présenter des troubles de comportements tels que consommer de la marijuana, faire des excès d'alcool, agir avec violence, nourrir des pensées suicidaires et tenter de s'enlever la vie (Cerel & Roberts, 2005).

Les chercheurs attachés à la prévention du suicide s'intéressent particulièrement au risque de reproduire le geste suicidaire chez les adolescents endeuillés par suicide. Sur une population de patients psychiatriques ayant un historique familial de suicide (n=243), Roy (1983) observe que 75 % des patients ayant perdu un parent par suicide avant l'âge de 11 ans (12/16) ont fait une tentative de suicide subséquentement. Ce pourcentage est significativement plus élevé que chez les patients ayant perdu un parent par suicide après l'âge de vingt ans (46,8 %, 22/47). Plus de la moitié (53,8 %) des patients âgés de 12 à 20 ans au moment du suicide

(26/42) ont quant à eux fait une tentative de suicide par la suite. Semblablement, Agerbo et al. (2002) constatent qu'un historique parental de suicide augmente significativement le risque de décès par suicide chez les adolescents âgés de 10 à 21 ans comparativement à un groupe témoin issu de la population générale. Selon des données populationnelles australiennes, les adolescents exposés⁶ à une tentative de suicide ou au suicide d'une personne de leur entourage (famille ou ami) montrent une tendance significativement supérieure à nourrir des pensées suicidaires et à faire des tentatives de suicide. Toutefois, la population des jeunes exposés seulement au suicide, sans avoir été exposés à une tentative de suicide, ne montre que des idéations suicidaires à un degré significatif comparativement à la population des jeunes exposés à la fois à une tentative et à un suicide qui, en plus d'entretenir des idées suicidaires, pose des comportements d'automutilation (DeLeo & Heller, 2008). L'étude de Pfeffer et al., (1997) reproduit ce résultat : 31% des 16 familles affligées par un suicide incluaient au moins un jeune âgé de 5 à 14 ans ayant des pensées suicidaires, tandis qu'aucune ne rapportait des tentatives de suicide. Les idéations suicidaires sont quant à elles fortement corrélées avec le deuil compliqué (Melhem et al., 2007).

Dans le cas où le parent suicidé était perçu comme un guide ou un modèle, le risque de reproduction du geste suicidaire est accru. Selon Silverman, Baker, Cait et Boerner (2003), les jeunes les plus à risque de développer des troubles affectifs et des troubles de comportement sont ceux qui portent l'héritage négatif de leur parent décédé auquel ils se sont identifiés. Par exemple, un jeune dont le parent alcoolique s'est suicidé pourrait craindre de développer à son tour un problème de consommation abusive d'alcool, croire que ce problème est d'ordre génétique et que lui-même est destiné à se suicider. Les effets néfastes d'un lien d'attachement à ce point biaisé qui perdure au-delà du suicide et d'une reconstruction fataliste du sens de la vie peuvent cependant s'amoinrir sous l'influence favorable de l'entourage. L'un des facteurs de protection les plus déterminants pour préserver l'héritage positif du parent décédé réside dans la capacité de l'autre parent à nommer et à

⁶ Ici, les adolescents exposés à une tentative de suicide ou à un suicide sont ceux qui connaissent une personne de leur entourage qui a fait une tentative de suicide ou qui est décédée par suicide; qu'ils aient été témoins ou non de l'événement.

reconnaître la difficulté pour son jeune de se voir constamment comparé ou associé à son parent décédé (Silverman et al., 2003).

Par contre, le décès par suicide d'un être cher joue sur la capacité des autres personnes de l'entourage (la plupart du temps elles-mêmes endeuillées) de prendre soin de l'adolescent, de communiquer avec lui et de lui fournir un climat familial chaleureux. Aussi, tel que déjà mentionné, la santé mentale du parent survivant présage-t-elle l'adaptation de l'adolescent en deuil. À cet égard, Pfeffer et al. (1997) observent que les parents de jeunes endeuillés par suicide montrent des scores de symptomatologie psychiatrique significativement supérieurs aux scores moyens d'un échantillon normatif (non endeuillé) mais significativement inférieurs aux scores moyens d'un échantillon clinique. Toutefois, en ce qui concerne le diagnostic psychiatrique, Cerel et al. (2000) n'observent pas de différence entre les parents de jeunes endeuillés par suicide (n=26) et leur groupe témoin de parents de jeunes endeuillés à la suite d'une autre cause (n=332). Autrement dit, tout type de décès dans une famille trouble l'adaptation psychologique des parents sans toutefois que le tourment n'atteigne nécessairement des seuils cliniques.

Les types d'interactions et le degré de communication au sein de la famille endeuillée par suicide peuvent également jouer favorablement ou non sur le processus d'adaptation des adolescents. En tant qu'objet d'un tabou, le suicide devient rapidement un secret difficile à partager aussi bien dans la famille élargie qu'à l'extérieur. Ce climat de non-dit isole le jeune endeuillé qui aurait un urgent besoin de vérifier qu'il n'est pas le seul à traverser une telle épreuve (Avrami, 2005). Cain et Fast (1966) avaient déjà observé l'effet néfaste du manque de communication entre le parent survivant et les jeunes endeuillés, occasionné par le mensonge, le tabou et les secrets entourant le décès. Pendant que le parent souhaite protéger l'adolescent en lui cachant certaines informations, celui-ci tait sa souffrance pour protéger son parent. La communication familiale risque également d'être brouillée si l'adolescent se sent coupable d'avoir omis de mentionner les confidences suicidaires reçues de son frère ou de sa sœur avant son suicide (Dyregrov & Dyregrov, 2005). Nelson et Frantz (1996) observent que les familles capables de partager ouvertement leurs émotions se sentent beaucoup plus proches et en sécurité comparativement aux familles conflictuelles où les

membres restent éloignés les uns des autres, ne s'offrent pas de soutien et ressentent de la colère.

Somme toute, les recherches sur la question rapportent généralement que le suicide d'un proche engendre des réactions et une symptomatologie psychopathologique modérément plus élevées chez les adolescents endeuillés par le suicide d'un proche que chez les adolescents endeuillés d'un proche suite à un autre type de mortalité. Par contre, malgré la reconnaissance quasi unanime de l'aspect qualitativement singulier du deuil par suicide chez les adolescents, certains chercheurs peinent à trouver des différences significatives entre les groupes (Cerel et al., 1999 ; Melhem et al., 2007 ; Muniz-Cohen et al., 2010 ; Pfeffer et al., 2000). De plus, les facteurs de risque et de protection habituellement associés à l'adaptation à la perte tels que l'utilisation efficace de mécanismes d'adaptation et le soutien de l'entourage agissent sans égard au type de décès (Brown et al., 2007).

Dans leur revue de littérature, Kuramoto et al. (2009) concluent que le peu d'études disponibles portant sur les impacts du deuil chez les adolescents qui ont perdu un parent par suicide ne fournissent que des résultats modestes et contradictoires. Plusieurs raisons d'ordre méthodologique sont en cause dont le faible volume et l'hétérogénéité des échantillons étudiés. En effet, comme la plupart des études comptent moins de trente sujets dans leurs échantillons de jeunes endeuillés par suicide, la probabilité de déceler des différences significatives avec les groupes témoins est plus faible. Ce qui ne signifie pas pour autant que ces différences n'existent pas. Aussi, la diversité des méthodes de recherche utilisées risque de limiter l'observation de différences significatives entre les groupes. Sachant que la symptomatologie psychopathologique associée aux réactions de deuil est significativement moins élevée que la symptomatologie observée chez des échantillons cliniques composés de jeunes non endeuillés, il serait préférable d'utiliser d'autres critères que ceux des seuils cliniques pour distinguer les groupes plus à risque. Le fait d'avoir établi la catégorie diagnostique du deuil compliqué représente une avenue pertinente pour résoudre ce problème de mesure. Il reste que, pour certaines études, le temps écoulé entre le suicide du proche et la cueillette de données est suffisamment espacé pour mettre en doute l'attribution des différents symptômes psychiatriques, réactions et comportements comme conséquences directes de la survenue du suicide du proche.

Malgré tout, les résultats disponibles fournissent des informations sur la singularité du deuil par suicide vécu par des adolescents. En plus des réactions classiques inhérentes au deuil, s'ajoutent des caractéristiques spécifiques (Jordan & McIntosh, 2011) dont un contexte préalable au décès souvent chargé d'un nombre élevé d'événements significatifs, une symptomatologie de troubles internalisés et externalisés intensifiés et prolongés, et un risque de reproduire les comportements suicidaires. Les aspects intentionnel et violent du décès par suicide complexifient également le processus de reconstruction d'un sens à la vie et le maintien d'un lien d'attachement sécurisant au-delà de la mort. Similairement au deuil par suicide vécu par les adultes, le processus d'adaptation à la perte chez les adolescents est quant à lui amplifié par les défis développementaux associés à cette période transitoire de la vie. Aux prises avec un fort sentiment de culpabilité et le tabou associé au suicide, l'adolescent endeuillé doit pouvoir trouver un soutien suffisant pour parvenir à communiquer sa détresse et que celle-ci soit reconnue et validée.

Mais de quels types de soutien ces jeunes ont-ils le plus besoin ? Doit-il nécessairement être de nature formelle (professionnel de la santé mentale, intervenant social) ou peut-il suffire qu'il soit de nature informelle (famille proche, entourage, amis)? Est-ce que tous ont les mêmes besoins d'intervention indépendamment de leur historique et du contexte du suicide ? Quels sont selon le cas les types d'intervention efficaces ?

1.2.4 Types de soutien

En tant qu'éventuels utilisateurs de services psychosociaux, les adolescents endeuillés sont dans une position privilégiée pour déterminer le type et la forme de soutien dont ils ont besoin. Leur point de vue est essentiel et doit influencer l'élaboration des programmes. De fait, lors d'entretiens, les adolescents endeuillés par suicide mentionnent à la fois des besoins généraux habituellement reconnus chez les personnes confrontées à toute forme de perte en plus de nommer des besoins spécifiques associés notamment aux aspects traumatique et intentionnel du décès (Dyregrov, 2009a, 2009b). Dans les pages suivantes, nous faisons état des types de soutien que souhaiteraient recevoir les adolescents endeuillés en général et les adolescents endeuillés par suicide plus spécifiquement.

De manière générale, les adolescents endeuillés disent éprouver un grand besoin de partager leur expérience. À partir des témoignages de 32 adolescents âgés de 14 à 18 ans ayant perdu un ami à la suite d'un accident ou d'une maladie, Filion, Bégin et Saucier (2003, p. 93) ont dégagé sept catégories de besoins : 1) expression des émotions, 2) reconnaissance/validation de soi, de la relation et de la perte, 3) besoins reliés aux rites, 4) reliés à l'isolement, 5) à la communication, 6) à l'information et à la compréhension, 7) besoin d'apaisement physique. Notoirement, plusieurs des adolescents participant à l'étude parlaient du décès pour la première fois, faute d'occasions, de temps ou de désir pour le faire.

Selon Rask, Kaunonen et Paunonen-Ilmonen (2002), à défaut de soutien social disponible, les adolescents endeuillés écoutent de la musique, pleurent, poursuivent leurs activités et rédigent un journal pour passer à travers l'épreuve. Le fait d'entretenir des croyances spirituelles positives à propos du sort du défunt les aide (par exemple : mon proche est maintenant en paix là où il est). Avoir peur de la mort, se sentir déprimé, être envahi par des pensées morbides et se sentir seul entravent le processus d'adaptation à la perte. Dans le cas où ils peuvent se prévaloir d'un soutien social, ces mêmes adolescents rapportent que ce sont les membres de l'entourage (famille et amis) qui leur offrent le meilleur appui. Un seul des 89 répondants mentionne avoir recours à des services professionnels. Rarement suffisants, les moyens personnels pour s'adapter à la perte devraient être jumelés à un soutien extérieur, c'est-à-dire issu de l'entourage.

Pour ce qui est des adolescents endeuillés par suicide, l'étude de Dyregrov (2009b) rapporte que la majorité de son échantillon composé de 32 adolescents norvégiens âgés de 13 à 24 ans reconnaît le besoin de recourir à une forme de soutien formel, de préférence un psychologue (Dyregrov, 2009b). Toutefois, ces adolescents endeuillés par suicide se déclarent souvent insatisfaits de leur relation avec leur psychologue. Ils se plaignent de l'inadéquation des services vu la vulnérabilité dans laquelle ils se trouvent. Ils ne savent pas comment entrer en contact avec un psychologue ; ils n'ont pas l'énergie ni la force de demander de l'aide ; si on leur en offre, ils ne sont pas toujours prêts à en recevoir et si le service reçu ne répond pas à leur besoin, ils ont tendance à laisser tomber. Ils souhaiteraient que les services psychologiques soient plus accessibles et davantage proactifs, c'est-à-dire offerts sporadiquement jusqu'à ce que l'adolescent se sente prêt à les recevoir. Pour favoriser

l'établissement d'un lien de confiance et diminuer les risques d'attrition thérapeutique, les adolescents soulignent l'importance de sentir que le psychologue dispose d'une expérience d'intervention auprès des adolescents endeuillés par suicide. À leurs yeux, il s'agit de mettre l'accent sur leur vécu actuel plutôt que sur la description de la personne suicidée et des circonstances passées. De plus, ils réclament du psychologue qu'il fasse preuve d'empathie, de compassion, d'authenticité et de souplesse tout en démontrant une certaine maturité. On retrouve des témoignages similaires chez un échantillon de 18 personnes endeuillées par suicide âgés de 15 à 38 ans ayant perdu un membre de la fratrie interrogé sur leur perception de l'accessibilité et de l'efficacité des services de santé (Pettersson, Omerov, Steineck, Dyregrov, Titelman, Dyregrov, & Nyberg, 2015).

Le milieu scolaire est également un endroit privilégié où recevoir du soutien puisque les adolescents concernés y passent la majorité de leur temps. De manière générale, les adolescents endeuillés par suicide issus du même échantillon que l'étude précédente (Dyregrov, 2009b) admettent que leurs besoins reçoivent une réponse adéquate de la part du personnel scolaire (Dyregrov, 2009a). Il reste qu'en raison de leurs difficultés de concentration, ils proposent une série d'améliorations susceptibles de faciliter leur intégration scolaire. Principalement, ils souhaitent un retour progressif en classe et la possibilité de la quitter un moment ou de s'absenter une journée le cas échéant. De plus, ils mentionnent l'importance de respecter leur rythme, de reconnaître les effets de leur détresse sur leur rendement scolaire et de diminuer la pression exercée par les attentes de performance. Finalement, comme il en est des psychologues, les adolescents souhaitent que le personnel scolaire persiste à leur offrir du soutien jusqu'à ce qu'ils soient prêts à le recevoir, ce que Dyregrov (2009a, 2009b) appelle le *traction point*, soit le moment d'adhésion optimal.

On a souvent dit de l'adolescent endeuillé par suicide qu'il était l'oublié de la recherche et des cliniciens (Dyregrov & Dyregrov, 2005 ; McIntosh & Wroblewski, 1988). La plupart des services offerts mettent sur les épaules des parents la responsabilité de prendre soin de leur adolescent malgré leur propre détresse. Aussi les adolescents se tournent-ils le plus souvent vers leur réseau d'amis qui, évidemment, peinent à comprendre leurs réactions de deuil. Puisque le suicide de l'être cher a provoqué des changements au niveau de leurs représentations du monde, de leurs croyances, de leur identité et de leurs rôles sociaux,

certains adolescents finissent par se mettre à distance de leurs amis et tombent dans la solitude (Dyregrov & Dyregrov, 2005). Cain et Lafreniere (2015) rapportent d'ailleurs que sept jeunes endeuillés de leur échantillon (sur 35) témoignent avoir vécu de l'intimidation portant explicitement sur le fait qu'ils aient perdu un parent.

Bien que de plus amples études soient nécessaires pour tirer des conclusions, le fait de savoir que les adolescents en deuil ne recourent pas naturellement à quelque type de soutien formel (intervenant scolaire, personnel médical, psychothérapeute) soulève des questions quant à l'offre de services professionnels aux adolescents endeuillés en général. Existe-t-il des situations où ces services sont nécessaires en raison de certaines complications du deuil? Dans l'affirmative, répondent-ils aux besoins des jeunes (format, disponibilité)? Comment les adolescents perçoivent-ils ce type de soutien (aidant, stigmatisant)?

Toutes ces données renvoient à l'importance pour les adolescents endeuillés de bénéficier d'un certain type de soutien social pour s'adapter à une perte. Dans le cas où il s'agit d'une perte par suicide, un soutien social de nature formel peut être perçu comme nécessaire selon certaines situations et sous certaines conditions. Les adolescents endeuillés par suicide rapportent des écueils relativement à l'adéquation entre leurs besoins de soutien et les services professionnels offerts dans un cadre d'intervention individuelle. Ces services thérapeutiques peinent à répondre aux besoins d'appartenance, d'identification et de normalisation d'autant plus saillants au temps de l'adolescence. Le recours à une intervention de groupe animé par un intervenant professionnel et qui réunit plusieurs adolescents endeuillés par suicide risque alors de mieux correspondre à leurs attentes et besoins.

L'intervention de groupe auprès des personnes endeuillées par suicide représente en effet la modalité thérapeutique la plus recommandée par les chercheurs et les cliniciens (Jordan, 2011 ; Rice, 2015). Pour Rice (2015), sa pertinence tient entre autres du fait que le groupe sollicite des facteurs thérapeutiques qui contribuent d'eux-mêmes, sans égard à l'approche d'intervention, à l'adaptation à la perte. En s'appuyant sur les facteurs thérapeutiques de groupe proposés par Yalom et Leszcz (2005), elle se représente l'intervention de groupe à la fois comme une source de soutien social marqué par l'universalité (sentiment de ne plus être seul dans son malheur), l'altruisme (opportunité d'offrir son soutien à d'autres) et la cohésion

(sentiment d'appartenance et de relation au groupe), comme lieu d'apprentissage interpersonnel où sont pratiqués de nouveaux patrons d'attachement, et comme environnement sécuritaire pour traiter de questions existentielles inhérentes au processus de reconstruction du sens. Bien que forts pertinents, ces facteurs peinent à être considérés dans la modélisation d'intervention de groupe pour personnes endeuillées et, par le fait même, leurs apports restent encore peu connus. Il n'en demeure pas moins que la diversité des programmes d'intervention de groupe présentement offerts tout comme leur efficacité méritent d'être étudiées et discutées.

1.2.5 Évaluation de programmes d'intervention de groupe

Bien peu de programmes d'intervention de groupe s'adressent spécifiquement aux adolescents endeuillés par suicide et encore bien moins ont été soumis à un processus évaluatif rigoureux. Notre recension des écrits scientifiques dans les bases de données PubMed et PsycINFO n'a généré que cinq références (de 1992 à 2015) quant aux interventions efficaces offertes aux adolescents endeuillés par suicide⁷ dont deux sont des méta-analyses présentant des résultats quelque peu divergents. En fait, la littérature disponible sur le sujet consiste surtout en descriptions cliniques des modèles d'interventions de groupe plutôt qu'en démonstration de leurs effets sur les adolescents (Jordan, 2011). Aussi, afin de dresser un portrait plus substantiel des pratiques prometteuses, sommes-nous tenue d'inclure dans notre inventaire les programmes offerts aux adolescents endeuillés en général ainsi que d'autres programmes offerts aux adultes et aux enfants endeuillés par suicide. Nous présentons succinctement un résumé de chaque programme retenu et faisons état des résultats issus de leur évaluation respective.

Farberow (1992, 1994) a été l'un des premiers à publier des résultats concernant l'efficacité d'un programme d'intervention de groupe destiné spécifiquement aux adultes endeuillés par

⁷ Descripteurs utilisés: (suicide) AND (mourning or grief or bereavement or survivors) AND (adolescen* or teen* or youth or minors or "adolescent psychology") AND ("best practice analysis" or "benchmarking" or "quality of health care" or "program evaluation" or "Treatment Outcome" or "Outcome and Process Assessment" or "Treatment Effectiveness" or "Treatment Efficacy" or "Outcome Assessment" or "Process Assessment").

suicide : le *Los Angeles Survivors After Suicide Program*. Cette intervention de groupe d'une durée de huit semaines (une rencontre par semaine) est coanimée par un professionnel de la santé mentale et une personne endeuillée par suicide. Les activités proposées consistent principalement à discuter de certains thèmes appuyés sur des lectures suggérées. Les chercheurs ne donnent pas d'informations spécifiques sur le contenu de ces thèmes ni ne précisent les objectifs poursuivis.

Le *Los Angeles Survivors After Suicide Program* a été évalué auprès de 60 participants (groupe expérimental (GE)) dont la trajectoire a été comparée à 22 personnes endeuillées par suicide admises au programme, mais qui se sont désistées avant de l'entreprendre (groupe témoin (GT)). Les éléments évalués sur trois temps de mesure sont les idéations suicidaires, la colère envers la personne suicidée, la colère envers soi, la honte ou la stigmatisation, le sentiment de culpabilité, la confusion, l'anxiété, les réactions de deuil et la dépression. Quatre mois avant l'application du programme, il n'existe aucune différence significative entre le GT et le GE. Tout juste avant le début du programme, on observe chez le GT une diminution significative de tous les éléments évalués, ce qui ne s'est pas produit chez le GE en ce qui concerne deux éléments : la colère envers la personne suicidée et les idéations suicidaires. Aussi, les scores évaluant la honte et le sentiment de culpabilité sont significativement plus élevés chez le GE que chez le GT. Ne ressentant plus aussi intensément les réactions de deuil, ce résultat peut expliquer pourquoi les personnes du GT se sont désistées du programme. À l'issue des huit semaines d'application du programme, les scores de tous les éléments évalués ont diminué significativement chez le GE. Chez le GT, seul le score de l'anxiété a significativement diminué. Notons toutefois que le GT montrait déjà des scores peu élevés. En comparant les deux groupes, on remarque que les scores de dépression et de confusion sont significativement plus élevés chez le GE que chez le GT. Selon les auteurs, ces derniers résultats s'expliquent par l'effet des discussions intensives qui raniment la tristesse et réactivent la réflexion autour du *pourquoi*. Malgré tout, Farberow (1992, 1994) fait la démonstration que le *Los Angeles Survivors After Suicide Program* contribue à diminuer les réactions de deuil telles que les sentiments de honte et de culpabilité chez les personnes endeuillées par suicide qui présentent des réactions de deuil intenses sur une période prolongée. Ces bénéfices surpassent alors ses effets iatrogènes qui, probablement,

diminueront puis disparaîtront quand les discussions intensives prendront fin. Il est peu probable que les personnes dont les réactions de deuil diminuent graduellement avec le temps et qui ne ressentent plus le besoin de participer à une intervention de groupe puissent profiter de l'effet du programme. Afin d'optimiser la rentabilité de celui-ci, il importe donc de l'offrir plus spécifiquement aux personnes endeuillées par suicide qui montrent une détresse élevée et continue.

Murphy et al. (1996, 1998) ont, quant à eux, mené l'évaluation rigoureuse d'un programme d'intervention de groupe destiné aux parents (biologiques, adoptifs ou par alliance) endeuillés d'un enfant frappé par une mort violente (accident, suicide ou homicide). Ce programme comporte dix rencontres⁸ de groupe structurées d'une durée de deux heures. Il vise à diminuer les conséquences néfastes d'une telle épreuve. La première heure de chacune des rencontres comprend des activités d'information et de développement des compétences, tandis que la deuxième heure comporte des activités centrées sur le partage des émotions. Les rencontres sont coanimées par deux professionnels de la santé mentale (psychologues, infirmiers, thérapeutes familiaux). Le groupe est composé de cinq à dix parents pour faciliter les discussions et la participation de tous.

À partir des 204 familles endeuillées recrutées (261 parents), 153 parents ont été aléatoirement assignés à participer au programme (GE) et 108 parents au GT. Pour qu'un parent soit admis comme sujet de recherche, l'enfant devait être décédé des suites de l'incident fatal en moins de 72 heures, devait être décédé depuis deux à sept mois et devait être âgé de 12 à 28 ans sans être marié. Le parent devait aussi accepter d'être affecté aléatoirement à l'un ou l'autre des groupes et résider suffisamment près du lieu des rencontres pour faciliter la présence aux rencontres. Trois temps de mesure (avant / après / six mois plus tard) ont permis d'évaluer la variation du niveau de détresse psychologique, des symptômes de stress post-traumatique, des réactions de deuil et de la condition physique de chacun des 261 parents. Les parents du GE ont également rempli un questionnaire de

⁸ Dans les faits, il s'agit de 12 rencontres puisque les participants se sont rencontrés en groupe une fois avant le début du programme et une dernière fois à sa terminaison pour les besoins de l'évaluation et la passation de questionnaires.

satisfaction de l'intervention à la fin de chacune des rencontres de groupe. Au premier temps de mesure, il n'existe pas de différences significatives entre les deux groupes. En considérant à la fois le GE et le GT, 80 % des mères et 60 % des pères ont des scores de trois à quatre fois plus élevés qu'un échantillon normatif non endeuillé. Aux trois temps de mesure, les mères des deux groupes ont cependant des scores plus élevés que les pères. À la fin du traitement (T2) et six mois plus tard (T3), on n'observe que des différences mineures entre les scores du GE et du GT. En créant des sous-groupes de parents selon le genre (mère / père) et l'intensité de leur détresse (élevée / faible), les mères du groupe expérimental présentant une détresse élevée avant le début du programme (T1) ont des scores significativement moindres que les mères du GT au T2 et au T3. Toutefois, les mères du GE présentant un faible niveau de détresse au T1 vont significativement moins bien que les mères du GT au T2 et au T3, sauf en ce qui concerne la condition physique. Pour les pères, ces différences n'ont pas été reproduites. De manière générale, autant les pères que les mères évaluent très positivement l'intervention proposée. En résumé, les résultats de l'étude démontrent que ce programme de groupe est efficace pour les mères endeuillées présentant de hauts niveaux de détresse. Toutefois, l'intervention n'arrive pas aux mêmes aboutissants chez les mères présentant au départ un faible degré de détresse ni chez les pères en général. Encore une fois, ces résultats mettent en lumière l'importance de délimiter l'offre des interventions de groupe aux personnes présentant des degrés élevés de détresse. Offrir unilatéralement ce programme risque de produire des effets indésirables chez les mères qui présentent un faible degré de détresse. De plus, comme ce programme n'a pas contribué à diminuer l'intensité de la détresse des pères, Jordan et McMenamy (2004) soulignent la pertinence d'ajuster les interventions en fonction du genre.

Le *Family Bereavement Program* a été élaboré et évalué par Sandler et al. (2003 ; Brown et al., 2007) et s'adresse de manière générale à des groupes d'enfants et d'adolescents endeuillés âgés de 8 à 16 ans et cela sans égard au type de décès. Ce programme propose aux parents et aux jeunes de participer séparément à huit rencontres de deux heures, à participer conjointement à quatre rencontres parents/jeunes et à deux rencontres du noyau familial. Considérant que le soutien du parent est un facteur de protection déterminant pour favoriser l'adaptation des jeunes à la perte d'un être cher, le programme a pour but d'améliorer la

qualité de la relation entre le jeune endeuillé et son parent. Plus précisément, les rencontres de groupe offertes aux parents visent à promouvoir leurs compétences parentales, à réduire le cas échéant leurs problèmes de santé mentale et l'exposition des jeunes aux événements stressants. Les rencontres offertes aux groupes d'enfants (6 à 12 ans) et aux adolescents (12 à 16 ans) visent à promouvoir le recours à des mécanismes d'adaptation positifs, à réduire les pensées négatives à propos d'événements stressants, à encourager l'expression des émotions associées au deuil, à favoriser la compréhension de la notion de contrôle sur les événements de la vie et à augmenter l'estime de soi. Les interventions s'appuient sur des techniques d'apprentissage actif et collaboratif, sur les techniques du *modeling* et des jeux de rôles. Les rencontres sont coanimées par deux professionnels de la santé mentale. Tous les groupes sont composés de cinq à neuf participants.

Aux fins de l'évaluation du *Family Bereavement Program*, 156 familles endeuillées ont été réparties aléatoirement pour participer au programme (GE : 90 familles, 135 jeunes) ou pour constituer un GT qui bénéficie exclusivement des lectures suggérées (66 familles, 109 jeunes). Pour participer à l'étude, le jeune ne devait pas avoir d'idées suicidaires ni d'historique de dépression ou de troubles de comportement et son parent devait être décédé depuis quatre à 30 mois. Les membres de la fratrie sont admis au sein d'un même groupe. Les parents, les jeunes ainsi que des enseignants ont été interrogés avant (T1), tout de suite après l'intervention (T2) et 11 mois plus tard (T3). Les variables évaluées concernent les pratiques parentales favorables, les problèmes de santé mentale des parents, les mécanismes d'adaptation des jeunes, les événements de vie, les pensées négatives des jeunes à propos des événements stressants, l'inhibition active des jeunes, leur perception d'un pouvoir de contrôler les événements, leur estime de soi, les troubles internalisés et externalisés des jeunes et la qualité du lien d'attachement parent/jeune. Les résultats issus de l'analyse de ces variables au T1 démontrent que le GE et le GT sont homogènes. Au T2, on remarque que, comparativement aux sujets assignés au GT, la participation au programme produit des changements significatifs chez les personnes du GE: augmentation des pratiques parentales positives, augmentation du recours aux mécanismes d'adaptation favorables, augmentation de l'inhibition active, amélioration de la santé mentale des parents et diminution des événements stressants. Au T3, seule la différence significative concernant les pratiques parentales

positives se maintient entre le GE et le GT. Toujours au T3, les jeunes du GE ont des scores significativement plus élevés à l'élément de perception du pouvoir de contrôle que leurs pairs du GT. Encore ici, lorsqu'on sépare les groupes en sous-groupes selon le genre et le niveau de détresse initial, ce sont les filles présentant des scores plus élevés de troubles internalisés et externalisés qui bénéficient significativement plus de l'intervention de groupe comparativement aux filles du GT. Pour les garçons, aucune différence significative n'apparaît entre ceux du GE et du GT ni en fonction du niveau initial de détresse. Ces derniers résultats rapportant des différences d'effet selon le genre concordent avec les précédents issus des évaluations de programme de groupe destinés aux adultes endeuillés.

Le *Bereavement Group Intervention* est un programme d'intervention de groupe offert spécifiquement aux enfants et aux adolescents (de 6 à 15 ans) endeuillés par suicide d'un parent ou d'un membre de la fratrie. Ce programme est celui qui se rapproche le plus en termes de clientèle visée et d'objectifs poursuivis du programme évalué dans cette thèse. Son efficacité à répondre aux besoins de jeunes endeuillés par suicide a été évaluée par Pfeffer, Jiang, Kakuma, Hwang et Metsch (2002). Ce programme d'intervention de groupe comporte dix séances d'une heure et demie, offertes chaque semaine à des groupes composés de deux à cinq jeunes selon leur tranche d'âge (6 à 9 ans, 10 à 12 ans, et 13 à 15 ans). Une intervention de groupe est offerte simultanément aux parents dans une autre salle. Le programme vise principalement l'adaptation des jeunes à la perte par suicide et la réduction des conséquences morbides de celui-ci. Les composantes psychoéducatives⁹ des séances pour les enfants s'articulent autour de leur compréhension de la mort et de sa permanence, l'identification des réactions de deuil, la définition du suicide et ses causes, la prévention des comportements suicidaires et l'amélioration des habiletés de résolution de problèmes. Pour les parents, le contenu des rencontres porte sur des sujets exclusivement liés aux réactions de deuil de leur jeune et aux façons de mieux les accompagner. Toutes les rencontres de groupe sont animées par un psychologue.

⁹ Nous remarquons, dans les programmes consultés et celui faisant l'objet de notre évaluation, qu'on appelle à tort « activités psychoéducatives » des modes d'intervention se rapportant plutôt à des domaines d'informations psychologiques relatives aux problématiques du deuil par suicide ou du phénomène du suicide qui ne reflètent pas précisément l'approche psychoéducatrice exercée par les psychoéducateurs en milieu clinique.

Le devis d'évaluation du *Bereavement Group Intervention* s'appuie sur un échantillon composé de 24 familles (32 jeunes) participantes (GE) et cinq familles (neuf jeunes) à titre de GT. Les jeunes sont exclus de la recherche s'ils présentent un retard mental, ne savent pas que la cause du décès est le suicide et s'ils présentent un trouble psychiatrique. Les variables évaluées couvrent les symptômes de dépression chez le parent et le jeune, les symptômes de stress post-traumatique du jeune, les symptômes d'anxiété du jeune et le degré d'adaptation sociale chez ce dernier. Ces variables ont été mesurées à douze semaines d'intervalle, soit avant le début du programme (T1) et à sa clôture (T2). Suite aux analyses, Pfeffer et al. (2002) observent que les scores évaluant les symptômes de dépression et d'anxiété ont significativement diminué chez les jeunes du GE comparativement aux scores des jeunes du GT. Cependant, aucune différence n'est constatée quant aux symptômes de stress post-traumatique et de l'adaptation sociale. Parallèlement, aucune différence n'apparaît entre les scores ayant trait aux symptômes de dépression obtenus par les parents des T1 et T2 ; mentionnons que cette intervention de groupe ne poursuit pas directement cet objectif. De tous les jeunes de l'étude, sans distinction des groupes ni des temps de mesure, les plus jeunes enfants (6-10 ans) et les adolescents (14-15 ans) ont un score de dépression plus élevé que leurs pairs pré-adolescents (11-13 ans) du GT. Ce résultat suggère une relation curvilinéaire entre l'âge et la dépression juvénile dans le contexte du deuil par suicide et que les enfants et les adolescents marqués par cette épreuve sont plus à risque de dépression que les jeunes prépubères. Une intervention ciblée selon l'âge représente donc une avenue intéressante pour répondre aux besoins spécifiques des uns et des autres.

Braiden, McCann, Barry et Lindsay (2009) ont procédé à l'évaluation de leur propre programme d'intervention de groupe destiné aux familles endeuillées par suicide avec enfants (âgés de 5 à 16 ans). Ce programme consiste plus précisément en une retraite de deux jours avec hébergement ; les interventions sont assurées par quatre intervenants professionnels et six bénévoles d'expérience du *Barnardo's Child Bereavement Service* situé en Norvège. Cette retraite vise principalement à développer chez les jeunes les mécanismes d'adaptation nécessaires à une meilleure adaptation à la perte afin de diminuer les risques de reproduire le geste suicidaire. Plus spécifiquement, en plus de poursuivre une augmentation de l'estime personnelle, elle vise à favoriser chez les jeunes et leurs parents une meilleure connaissance

de leurs réactions respectives, l'expression des émotions et la communication à propos du suicide. À différents moments durant la retraite, les jeunes et les parents sont conviés à des rencontres de groupe séparées et conjointes.

Sur les sept adultes et les huit jeunes participants au *Barnardo's Child Bereavement Service*, six adultes et six enfants ont consenti à être interrogés par les chercheurs. Pour participer au programme et à la recherche, les personnes doivent être endeuillées par suicide d'un membre de la famille immédiate et doivent savoir que le suicide est la cause de décès. Le temps écoulé depuis le suicide doit être d'au moins six mois (sans mention d'un temps maximum). Braiden et al. (2009) ont opté pour un devis d'évaluation de type qualitatif et ils ont procédé à des entrevues semi-structurées avant et après la retraite avec des jeunes et des parents séparément. L'entrevue avant la retraite concernait les attentes, les craintes et les objectifs de chacun des participants. L'entrevue après la retraite mesurait le degré de satisfaction relativement à l'atteinte des objectifs et relativement au programme en général. Selon les informations recueillies au départ, les jeunes espéraient que la retraite leur permette de mieux comprendre le suicide et de rencontrer d'autres jeunes qui traversent la même épreuve. Les attentes des parents sont similaires ; ils n'entretiennent pas d'appréhension et souhaitent que la retraite leur permette d'améliorer la communication dans la famille. À la suite de la retraite, les jeunes se disent contents de s'en être prévalus et rapportent avoir tout à fait atteint leurs objectifs. Ils perçoivent qu'ils en savent davantage sur les causes du suicide et se sentent moins seuls, plus confiants et plus heureux. Les parents donnent, quant à eux, un score de satisfaction générale unanime de neuf sur dix. Ces derniers se sont dits heureux de rencontrer d'autres personnes qui partagent une expérience semblable. Bien qu'ils aient trouvé certaines activités plus éprouvantes sur le plan émotif, ils rapportent avoir atteint la majorité de leurs objectifs, posséder une meilleure compréhension du suicide et qu'ils repartent munis de nouveaux outils pour accompagner leurs jeunes. Ils croient que leur famille sera plus en mesure de parler du suicide et de communiquer entre eux sur ce thème. De plus, ils disent avoir développé de nouvelles amitiés qu'ils perçoivent maintenant comme un réseau de soutien privilégié. Du point de vue des animateurs, les familles ont progressé au cours de la retraite qui leur a donné le droit d'avoir du plaisir et de traverser des moments de bonheur. Les auteurs mentionnent que ce type de retraite peu conventionnel offre une alternative

pertinente pour ce qui est du traitement des familles endeuillées par le suicide d'un proche, d'autant plus si ce programme est intégré dans une gamme de services cohérents.

Au Canada, et plus spécifiquement au Québec, le *Programme de thérapie de groupe pour enfants endeuillés par suicide* développé par Lake et Murray (2002) est le seul à s'adresser exclusivement aux enfants endeuillés par suicide et à bénéficier d'une évaluation. Ce programme s'adresse aux enfants de 6 à 12 ans et à leurs parents dans le but de les aider à faire face aux difficultés associées au deuil par suicide et à leur transmettre l'espoir de surmonter cette épreuve. Plus spécifiquement, il s'agit de valider les émotions ressenties et de faciliter leur expression, d'exclure le suicide à titre de solution à leur souffrance, de faire appel à leurs ressources personnelles, de faciliter la communication en famille sur le thème du suicide et de favoriser l'intégration de la perte. Les 12 rencontres du programme durent deux heures chacune et réunissent de six à neuf enfants. Les parents se joignent au groupe pour la dernière demi-heure de chaque rencontre. Lors d'une séance typique, en plus d'offrir des moments plus ludiques, les enfants sont invités à jouer au jeu questionnaire sur table *Capitaine moi-même* qui fournit alternativement des occasions d'exprimer l'expérience personnelle y compris les émotions inhérentes. Ensuite, ils écoutent l'enregistrement d'une histoire accompagnée de musique qui permet aux intervenants d'établir des liens entre les objectifs de la soirée et de susciter l'expression des sentiments de solitude et de honte, de même que les tabous autour du suicide. Suit une séance de dessins thématiques durant laquelle les enfants sont invités à déposer des questions dans une boîte. Lorsque les parents rejoignent le groupe, les intervenants et les enfants présentent un résumé de la soirée. Les rencontres sont coanimées par deux intervenants sociaux de formation universitaire.

Daigle et Labelle (2006) ont évalué le *Programme de thérapie de groupe pour enfants endeuillés par suicide* appliqué à un seul groupe de huit enfants dont sept se sont prêtés à l'étude évaluative. Pour être admis au programme, les enfants ne devaient pas présenter d'état de stress post-traumatique. Les informations nécessaires ont été obtenues à l'aide de questionnaires s'adressant aux enfants avant et après leur participation au programme. Les variables évaluées couvrent le degré d'intelligence émotionnelle, les troubles émotionnels et sociaux, les réactions de deuil et le degré d'espoir. Malgré la petite taille de l'échantillon, les résultats suggèrent de manière générale que les interventions ont créé des changements

positifs tels que la réduction des réactions de deuil et l'augmentation de la capacité d'espérer. Après leur participation au programme, la majorité des enfants présentent aussi une meilleure estime d'eux-mêmes, moins de symptômes d'anxiété, moins de symptômes de dépression, moins de comportements perturbateurs et de meilleures capacités émotionnelles. Par contre, on remarque que les interventions accroissent légèrement l'intensité du sentiment de colère. Selon Daigle et Labelle (2006), ce résultat tient à deux facteurs : 1) le rythme rapide de l'enchaînement des activités provoque des frustrations et un surplus d'affects et 2) le sentiment de colère dont l'expression a été encouragée durant les rencontres est plus difficile à gérer et prend plus de temps à s'intégrer. Finalement, les parents et les enfants ont unanimement exprimé leur satisfaction à l'égard du programme qui a répondu en grande partie à leurs attentes.

Somme toute, les programmes d'intervention de groupe offerts aux personnes endeuillés partagent plusieurs effets favorables. Ils parviennent à briser l'isolement entre autres en normalisant les réactions de deuil, à favoriser l'expression des émotions, à développer diverses compétences et à améliorer la communication intrafamiliale. D'autre part, ils se distinguent par la spécificité de la population à laquelle ils s'adressent (l'âge, le lien avec la personne décédée ou le type de décès), les particularités de leur format (retraite, composition du groupe, nombre de rencontres) et les activités proposées. Les participants de tous les programmes affichent des degrés de satisfaction très élevés. Toutefois, les études qui évaluent l'efficacité de ces programmes offrent des résultats mitigés. Ils réussissent généralement à atteindre leurs objectifs auprès des femmes et des filles endeuillées qui présentent des degrés élevés de détresse, mais réussissent moins à les atteindre auprès de celles qui présentent des degrés de détresse moins élevés, auprès des hommes et des garçons (quel que soit leur degré de détresse). Currier et al. (2007) attribuent principalement la portée modérée de ces résultats à des considérations méthodologiques telles que l'intervalle souvent trop long entre le décès et le début du programme, l'inclusion de jeunes présentant peu de détresse dans la condition expérimentale ainsi que l'utilisation d'instruments de mesures presque exclusivement basées sur des symptômes psychiatriques. En effet, ces instruments ne permettent pas de rendre compte des facteurs de croissance personnelle généralement aussi visés par ces programmes.

Nous ajoutons à cela la petite taille des échantillons et l'absence de GT qui limitent la possibilité d'observer des différences significatives entre les groupes et les temps de mesure.

Selon les deux méta-analyses répertoriées, le degré de sévérité des symptômes psychopathologiques ainsi que le temps écoulé entre le décès et l'intervention représentent des effets modérateurs de l'efficacité des interventions qu'ils restent encore à vérifier. Certes, l'étude de Currier et al. (2007) ne trouve pas d'effet significatif en fonction de la sévérité des symptômes, alors que celle de Rosner et al. (2010) trouve que les interventions s'adressant à des jeunes présentant des symptômes psychopathologiques plus élevés démontrent une taille d'effet significative. Considérant le temps écoulé entre le décès et l'intervention, Currier et al. (2007) montrent une tendance selon laquelle la taille de l'effet des interventions est inversement proportionnelle au temps écoulé depuis le décès, tandis que Rosner et al. (2010) observent quant à eux que ce sont les études proposant de plus longs intervalles de temps entre le décès et l'intervention qui présentent de meilleurs effets. Bref, devant l'inconsistance des résultats et défis méthodologiques rencontrés, nous croyons que l'efficacité des interventions formelles offertes aux personnes endeuillées reste à prouver scientifiquement.

1.2.6 Théorie du problème

La formulation schématique d'une théorie du problème sert à récapituler l'ensemble des résultats issus de la littérature concernant l'expérience du deuil par suicide vécue par les adolescents. En un seul coup d'œil, elle permet de saisir les déterminants et les conséquences d'une telle expérience. Ce travail de synthèse nous est apparu nécessaire pour évaluer l'implantation et les effets à court terme du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* puisqu'il procure à l'évaluateur et aux promoteurs du programme une compréhension commune de la problématique. Bien que le programme n'ait pas été conçu précisément à partir de cette théorie du problème, celle-ci peut tout de même servir d'assise pour évaluer la pertinence des objectifs et des activités proposés. En effet, quoique les connaissances méritent d'être approfondies, les différents éléments inclus dans la théorie du problème suggèrent des priorités d'interventions. Cela permet notamment aux

concepteurs du programme de se recentrer sur les éléments les plus importants et susceptibles d'évoluer positivement.

Nous avons conçu la théorie du problème (Figure 1.2) à partir des fondements du modèle écologique de Bronfenbrenner (1986) qui met l'accent sur la notion d'interaction et d'interdépendance entre les systèmes. Dans un premier temps, il s'agit de situer l'environnement socioculturel (macro système) dans lequel évoluent l'adolescent et sa famille et le mettre en relation avec les problèmes de santé mentale et de suicide (chrono système) relevés dans l'historique familial. Dans un deuxième temps, il s'agit de relever les caractéristiques de l'environnement familial (microsystème), les caractéristiques individuelles de l'adolescent (onto système), les caractéristiques de la personne suicidaire ainsi que les caractéristiques de la relation de l'adolescent avec la personne décédée même au-delà du décès, autant de facteurs qui jouent sur la sélection des mécanismes d'adaptation orientés d'une part sur la perte et d'autre part sur la restauration, lesquels influencent l'intensité et la nature des réactions de deuil chez l'adolescent. Affectant aussi les autres membres de la famille, ces réactions ont un impact réciproque sur l'ensemble de la famille. Cela agit ensuite sur la quantité et la qualité de la provision de soutien social disponible au sein de la famille. Plusieurs adolescents recevront aussi un soutien formel ou informel qui sera perçu positivement ou non. Selon la nature et l'interdépendance de ces caractéristiques, nous pourrions départager les adolescents qui s'adaptent de manière générale à la perte de ceux qui restent mésadaptés (deuil compliqué) ou qui, à l'inverse, font preuve de résilience (croissance personnelle). Alors que certains nécessiteraient une intervention thérapeutique, d'autres n'en auraient pas besoin pour s'adapter à la perte par suicide de leur proche. De là découle l'intérêt de développer des interventions ciblées et distinctives selon les facteurs qui influencent le processus d'adaptation à la perte de l'adolescent.

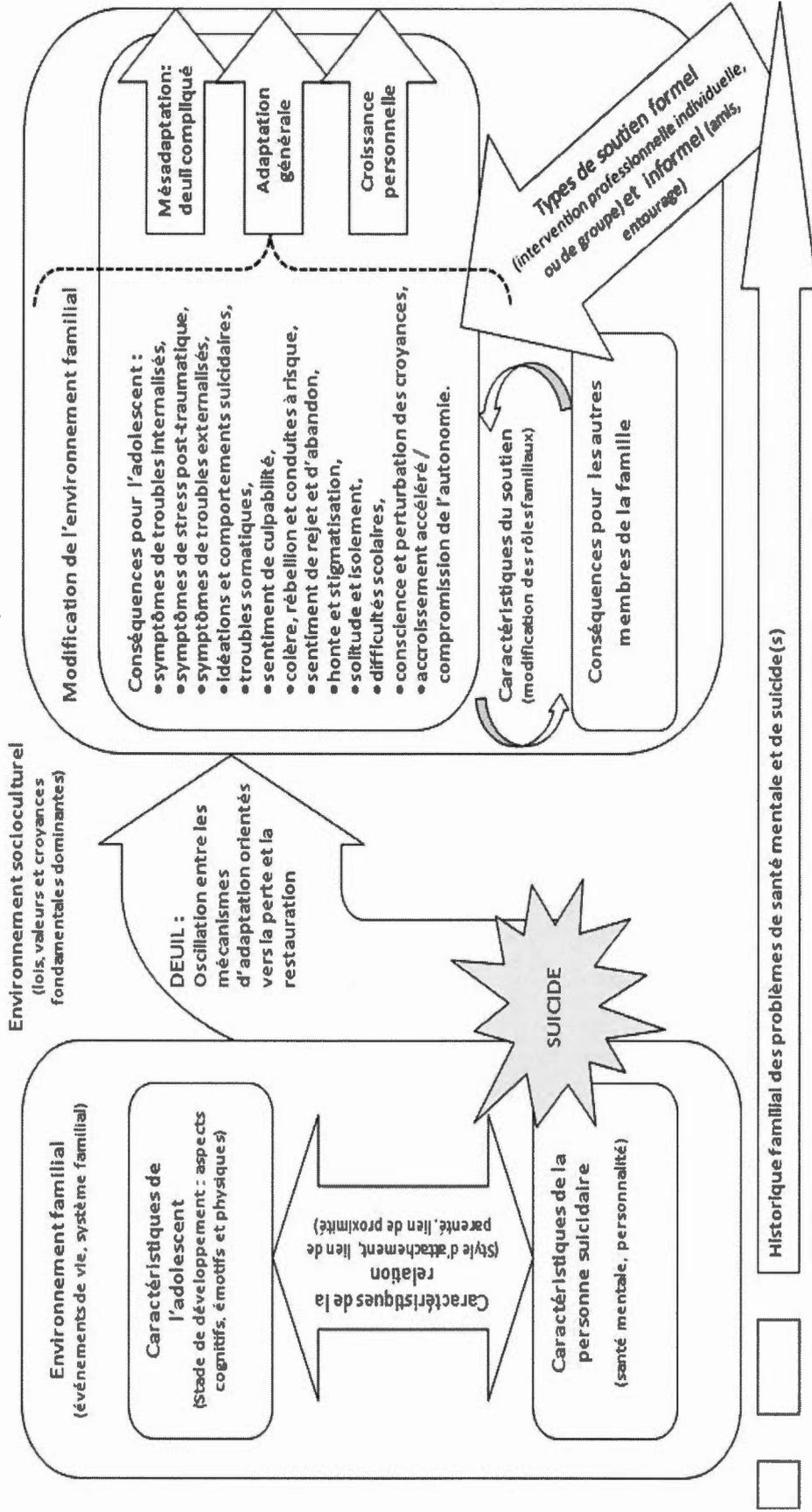


Figure 1.2 Théorie du problème : Déterminants et conséquences du deuil par suicide chez les adolescents

Néanmoins, le peu de résultats concernant l'efficacité des interventions auprès des jeunes endeuillés par suicide ne doit pas empêcher l'offre d'interventions prometteuses et spécifiques à leur âge, surtout quand les programmes s'appuient sur des données issues de la recherche et qu'ils sont soumis à un processus d'évaluation rigoureux. Alors que les effets à plus long terme des interventions de groupe évaluées auprès des personnes endeuillées n'apparaissent pas tant plus efficaces que le passage du temps, il reste qu'elles permettent, à court terme, pour certains groupes spécifiques de diminuer plus rapidement leur degré de souffrance initial (Rice, 2015). C'est dans cette optique qu'a été développé le programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* qui fait l'objet de l'étude évaluative de cette thèse et que nous décrivons en détail dans la prochaine section.

1.3 Programme Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide

Le programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* développé par Hamel (2008) s'adresse exclusivement à des adolescents de 13 à 18 ans endeuillés par suicide¹⁰. Les rencontres d'intervention de groupe rassemblent un maximum de six à sept adolescents endeuillés par le suicide soit d'un parent, soit d'un membre de la fratrie ou de la famille proche (cousin(e), grand-parent). Les adolescents présentant un trouble de stress post-traumatique sont dirigés vers d'autres services spécialisés. Le groupe est dit semi-ouvert : de nouveaux membres peuvent s'ajouter jusqu'à la quatrième rencontre. Les coanimateurs sont des professionnels spécialisés dans le domaine psychosocial. Voici plus en détail les modalités d'intervention privilégiées, le but et les objectifs poursuivis ainsi que la description détaillée du programme et des rencontres tels que présentés dans le document intitulé *Guide d'animation du programme groupe de thérapie pour adolescents*

¹⁰ Plusieurs exercices proposés sont adaptés et inspirés du programme *Teens together grief support group curriculum : Adolescence Edition Grades 7-12*, développé par Lehmann, Jimerson et Gaasch (2000), lequel s'adresse à des adolescents endeuillés sans égard au type de décès.

*endeuillés par suicide (13-18 ans)*¹¹. Ces différentes composantes du programme sont ensuite intégrées schématiquement dans ce que nous appelons la théorie du programme.

1.3.1 Modalités d'intervention

Comme son nom l'indique, le programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* écarte l'intervention individuelle. Dans le Guide d'animation du programme, Hamel (2008) justifie le choix du travail en groupe par les résultats des recherches qui ont vérifié l'efficacité des programmes d'intervention de groupe destinés aux adolescents en général et aux jeunes endeuillés par suicide. Elle s'appuie également sur son interprétation des observations de Jordan et McMenemy (2004) pour conclure qu'« un groupe pour une population spécifique (les adolescents), pour une problématique spécifique (le deuil par suicide) permet une réponse plus optimale aux besoins ». Dans l'article original, les auteurs soulignent effectivement l'importance de ne pas avoir une approche « one size fits all » (p.345). Toutefois, ils mentionnent surtout que l'efficacité des interventions formelles offertes aux personnes endeuillées par suicide demeure anecdotique et que la modalité d'intervention, le moment d'intervenir et les caractéristiques des personnes endeuillées auprès desquels on intervient restent à faire l'objet de recherches plus approfondies et valides scientifiquement (Jordan & McMenemy, 2004).

Le Guide d'animation soutient la pertinence de l'intervention de groupe pour ce qui est des aspects cognitif, émotif et comportemental des changements que visent les objectifs du programme (Tableau 1.6). L'auteure prend appui sur ce tableau présenté dans Turcotte et Lindsay (2008) pour préciser les apports attendus de l'intervention de groupe.

¹¹ Une appréciation plus approfondie du Guide d'animation, de son contenu et de sa présentation paraît dans les chapitres 3 et 4 consacrés aux résultats et à la discussion. À cette étape-ci, nous nous contentons de décrire les composantes du programme telles que présentées dans le guide d'animation.

Tableau 1.6 Pertinence de l'intervention de groupe

DIMENSIONS TOUCHÉES	APPORTS DU GROUPE
<p>PLAN COGNITIF :</p> <p>Modification de la perception de la réalité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Normalisation de sa propre situation. • Réflexion sur soi-même à travers l'image reflétée par les autres. • Exposition à une diversité de façons de voir et d'agir. • Identification à des pairs et interdépendance.
<p>PLAN EMOTIF :</p> <p>Mobilisation de sentiments appropriés</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Expression de sentiments fortement réprimés puisque jugés inacceptables culturellement ; permet de libérer et de légitimer des sentiments parfois tenus secrets jusque-là. • Apaise le sentiment de solitude par le regroupement de personnes éprouvant des difficultés du même ordre. • Permet de se sentir moins responsable du problème. • Contribue à briser l'isolement. • Occasion d'avoir un certain statut, ce qui permet d'améliorer l'estime de soi.
<p>PLAN COMPORTEMENTAL :</p> <p>Établissement réaliste des décisions à prendre et d'un soutien à l'égard des comportements à modifier</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Facilite l'apprentissage d'habiletés sociales. • Contexte propice à la résolution de conflits nés de la rivalité fraternelle, de la dépendance, des désaccords. • Effet régulateur ou normatif sur le comportement par les critiques ou les encouragements issus des autres membres. • Facilite la mise en œuvre des décisions vu la force collective et la solidarité qui émanent du groupe.

D'après Turcotte, D., & Lindsay, J. (2008). *L'intervention sociale auprès des groupes*, 2e édition. Montréal, QC : Les Éditions de la Chenelière Inc., p.78.

Ce Tableau se trouve dans le Guide d'animation du programme.

Dans le Guide d'animation, l'intervention de groupe auprès des adolescents endeuillés par suicide proposée par le programme est tenue pour thérapeutique. On insiste sur cette caractéristique en distinguant cette intervention de celles qui prennent le nom *groupe de soutien* (Tableau 1.7). Le groupe de thérapie est interprété ici maladroitement par l'auteure du programme comme une modalité englobante du groupe de soutien auquel sont ajoutés des éléments jugés thérapeutiques et dirigés vers des objectifs individuels.

Tableau 1.7 Intervention de groupe de thérapie et intervention de groupe de soutien

	THÉRAPIE	SOUTIEN
But	<ul style="list-style-type: none"> • Aider les membres à modifier des comportements. • Aider les membres à se réadapter. • Aider les membres à résoudre des problèmes personnels. 	Aider les membres à faire face à un événement stressant et à utiliser leurs capacités d'adaptation.
Rôle de l'intervenant	Expert, figure d'autorité, promoteur d'aide mutuelle.	Promoteur d'aide mutuelle.
Cibles d'intervention	Problèmes individuels, préoccupations ou objectifs des membres.	<ul style="list-style-type: none"> • Capacité d'adaptation des membres. • Communication et aide mutuelle.
Lien entre les membres	But commun et objectifs spécifiques pour chaque membre.	Partage entre les membres d'une expérience commune.
Critères de composition	Problèmes ou préoccupations semblables.	Expériences de vie semblables.
Communication	Révélation de soi de modérée à importante.	<ul style="list-style-type: none"> • Partage d'émotions et d'expériences • Révélation de soi importante.

D'après Toseland et Rivas (2009)

Ce Tableau se trouve dans le Guide d'animation du programme.

Bien que l'aide mutuelle soit encouragée à des degrés divers dans les deux modalités d'intervention, l'intervenant n'y occupe pas le même rôle au sein du groupe (Toseland & Rivas, 2009). Puisque le programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* présente l'intervention inhérente comme *thérapeutique*, les intervenants-thérapeutes jouent principalement le rôle d'expert du deuil et revêtent une figure d'autorité formelle. L'auteure du programme se représente les coanimateurs comme des agents de changements en plus d'être des facilitateurs de la démarche du groupe. En souscrivant aux recommandations de Hanus (2004), ce type de travail exige des animateurs qu'ils soient des professionnels de la relation d'aide, qu'ils adhèrent aux activités du programme, qu'ils détiennent une connaissance approfondie du processus de deuil et du suicide ainsi qu'une expérience en animation de groupe et en intervention auprès de jeunes en souffrance. On

encourage fortement, par ailleurs, que les intervenants soient suivis par un superviseur expérimenté.

Le programme préconise également que les thérapeutes interviennent de manière à favoriser l'autonomie (*empowerment*) des adolescents endeuillés par suicide. Pour ce faire, ils doivent être en mesure : 1) de reconnaître les compétences et les habiletés des membres du groupe quand ils évoquent leur motivation et montrent leur ténacité, ou de mettre en évidence leurs réalisations dans les activités du programme ou à l'extérieur ; 2) d'identifier les obstacles et les embûches sur le parcours des jeunes tout en soulignant leurs efforts pour les surmonter ; 3) de susciter chez les participants la prise de conscience de leur pouvoir sur le contenu des rencontres et l'orientation du groupe ; 4) de favoriser la cohésion du groupe en soulignant les efforts de chacun à l'égard de l'aide mutuelle ; 5) d'encourager les participants à déployer de nouveaux comportements ou de nouvelles façons de faire tout en identifiant les résultats afférents (Toseland & Rivas, 2005, cités et traduits par Turcotte & Lindsay, 2008, p 140).

Selon le Guide d'animation, le programme intègre plusieurs stratégies d'intervention prometteuses suggérées par Jordan et McMenemy (2004) telles que l'écriture, l'information psychologique (ce que l'auteure appelle « psychoéducation »), le *skills building*, le soutien informel entre endeuillés conjugué à la structuration et à l'animation du groupe par des professionnels, la thérapie cognitive et l'approche systémique (Hamel, 2008). Le texte ne fournit pas d'informations spécifiques sur l'application de cet amalgame de stratégies d'intervention au programme lui-même ni sur les éléments dont il s'inspire plus précisément. De manière générale, chaque rencontre d'une durée de deux heures se déroule à peu près selon le même enchaînement. Les adolescents sont accueillis par les intervenants qui demandent à chacun de préciser leur état d'esprit. On traite ensuite du thème de la rencontre par le biais de tours de parole, d'exercices écrits individuels, d'exercices en groupe ou en sous-groupe ou individuels. Le Guide d'animation prescrit que les intervenants doivent se placer dans le local de manière à se faire face pour ne pas créer l'impression d'être en classe. Cela sous-entend que les membres du groupe sont positionnés de sorte à former un cercle. Tandis que la majorité des exercices consistent principalement à discuter sur un thème, quelques rares exercices proposent aux participants de se déplacer dans la pièce ou hors de celle-ci.

1.3.2 But et objectifs du programme

Selon le texte du Guide d'animation, le but du programme est de « regrouper des adolescents endeuillés par suicide » (Hamel, 2008, p. 25). Plus spécifiquement, les objectifs visent à 1) normaliser les réactions inhérentes au deuil par suicide, 2) briser l'isolement de l'adolescent endeuillé par suicide, 3) accroître son réseau de soutien et diversifier ses outils, 4) favoriser la prise de conscience de son pouvoir, 4) permettre l'expression de sa souffrance, 6) grâce aux activités et aux interventions du groupe, comprendre ses réactions de deuil et la souffrance spécifique d'un deuil par suicide, 7) exclure le suicide à titre de solution à la souffrance. Après les 12 rencontres de groupe, les adolescents devraient être en mesure de bien comprendre les réactions de deuil associées au suicide d'un proche, d'exprimer leurs émotions en groupe et d'utiliser leurs ressources personnelles et sociales le cas échéant.

1.3.3 Description détaillée du programme et des rencontres

Préalablement à l'intégration des sujets dans un groupe, les adolescents sont rencontrés individuellement par l'un des thérapeutes pour vérifier leur admissibilité au programme et évaluer leurs besoins plus particuliers. L'information recueillie concerne l'adolescent lui-même, la personne suicidée, leur relation, les réactions actuelles à la perte et l'occurrence de symptômes associés à la dépression ou au stress post-traumatique. Le thérapeute note aussi les attentes et les motivations de l'adolescent et s'assure qu'elles sont compatibles avec les objectifs du programme. Lors de cette entrevue, le thérapeute vérifie que son interlocuteur présente les habiletés nécessaires à l'intégration dans un groupe. Ne serait pas retenue la candidature d'un jeune qui abuserait de drogue ou d'alcool, dont les comportements seraient susceptibles de nuire au fonctionnement du groupe, qui n'aurait pas la maturité requise ou qui présenterait plusieurs symptômes de stress post-traumatique. Il serait alors dirigé vers des services mieux adaptés à ses besoins. Tous les détails de cette rencontre sont colligés dans un rapport d'évaluation (Annexe A.1).

À la fin de l'entrevue individuelle et à la fin des rencontres, l'adolescent répond à quatre questionnaires standardisés, une démarche qui sera répétée un mois suivant la fin programme afin que soient évalués ses progrès. Ces questionnaires sont les suivants : 1) le *Beck*

Depression Inventory (BDI-II) (Annexe A.2) permettant de détecter les symptômes de dépression, 2) le *Beck Hopelessness Scale (BHS)* (Annexe A.3) permettant de mesurer le désespoir, 3) l'*Échelle des provisions sociales (EPS)* (Annexe A.4) permettant d'évaluer la quantité et la qualité du réseau social, et la perception qu'en a l'adolescent ; et 4) le *Grief Experience Questionnaire (GEQ)* (Annexe A.5) qui permet d'identifier les diverses réactions inhérentes au deuil. Ces instruments de mesure, utilisés dans le cadre habituel du programme, serviront à la présente recherche et feront partie de ce que nous appellerons l'Inventaire de questionnaires pré ou post-groupe. À l'exception de l'*EPS*, ces questionnaires ne mesurent toutefois pas directement les effets attendus du programme. Nous avons choisi de les inclure dans la recherche parce que leur utilisation est prescrite par le Guide d'animation, mais aussi parce que ces instruments mesurent des variables sous-jacentes au but et aux objectifs poursuivis par le programme et qu'ils sont utilisés dans le cadre d'évaluations de programme similaires¹².

Une fois que l'adolescent a manifesté son intérêt pour le programme et démontré son admissibilité, il se verra intégré à un groupe le plus rapidement possible. Si la démarche a déjà débuté, le groupe pourrait accueillir le nouveau candidat si moins de quatre rencontres ont eu lieu. Autrement, l'adolescent devra attendre qu'un autre groupe se mette en place, mais, compte tenu de ses besoins ou du délai imposé, le thérapeute maintiendra des contacts téléphoniques ou face-à-face avec lui dans le but d'entretenir sa motivation.

Les 12 rencontres de groupe d'une durée de deux heures ont lieu toutes les deux semaines¹³. Chaque rencontre se déroule à peu près selon le même enchaînement. À leur arrivée, les adolescents prennent place autour d'une table et les thérapeutes se font face en s'installant à chaque extrémité. Les adolescents reçoivent une pochette qu'ils peuvent décorer à leur

¹² Les qualités psychométriques de ces instruments sont discutées au chapitre suivant traitant de la méthodologie.

¹³ À l'exception de l'intervalle d'un mois qui sépare la 11^e et la 12^e (dernière) rencontre. Le Guide d'animation ne donne pas d'explication sur les raisons qui motivent cet intervalle de temps plus long. Selon les propos recueillis auprès de l'auteure du programme, ce plus long intervalle permet aux adolescents de consolider leurs acquis et de les préparer à la séparation du groupe.

façon ; elle renfermera les documents remis au long des activités. Chaque rencontre débute par l'accueil des participants : les thérapeutes remettent à chacun une mention écrite qui fait état d'une qualité observée chez l'adolescent au cours de la dernière rencontre puis on s'enquiert des événements qui se sont produits dans l'intervalle des deux dernières semaines. Chaque adolescent est appelé à préciser l'état dans lequel il se trouve en cochant un chiffre sur une échelle de bien-être : « 1 » signifie qu'il ne va pas bien du tout et « 10 », qu'il ne pourrait pas aller mieux. Ce petit exercice est un indicateur concret des fluctuations de l'humeur chez chacun des participants. Par la suite, on traite du thème de la rencontre par le biais de tours de parole, d'exercices individuels, d'exercices en groupe ou en sous-groupe. Le Tableau 2.4 présente un résumé des thèmes, des exercices et des outils utilisés à chaque rencontre.

Les quatre premières rencontres favorisent la cohésion du groupe et l'adhésion à un but commun. Les rencontres #1 et #2 visent particulièrement la prise de contact des membres du groupe. On nomme les circonstances qui unissent les participants (la perte d'un proche par suicide) ; les exercices favorisent leur adhésion à un but commun et on les accompagne dans la formulation de règles de fonctionnement (code de vie). Les rencontres #2¹⁴, #3 et #4 visent la compréhension du processus de deuil et la validation des réactions inhérentes. Les thérapeutes font une présentation théorique du processus de deuil et demandent aux adolescents de nommer puis de partager leurs réactions de deuil.

¹⁴ La rencontre #2 poursuit les deux objectifs.

Tableau 1.8 Thèmes, exercices et outils du programme

	THEMES	EXERCICES	OUTILS
#1	« Faire connaissance »	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation des participants ; • élaboration du code de vie ; • activité brise-glace ; • récit des faits relatifs au suicide - 1 (qui, quand, comment ils l'ont appris) ; • lecture de la lettre d'encouragement laissée par le groupe précédent. 	<ul style="list-style-type: none"> • Code de vie ; • clé du deuil*.
#2	« Le processus de deuil par suicide »	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation théorique du processus de deuil ; • raconter les faits du suicide - 2 (moyen du suicide, circonstances). 	<ul style="list-style-type: none"> • Échelle de bien-être; • les vagues du deuil ; • la boucle de Parkes ; • les papillons.
#3	« Les réactions inhérentes au deuil par suicide »	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation de la personne décédée ; • identification des réactions de deuil. 	<ul style="list-style-type: none"> • Échelle de bien-être; • liste des réactions de deuil.
#4	« Les réactions inhérentes au deuil par suicide (suite) »	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des réactions de deuil ; • échange de coordonnées. 	<ul style="list-style-type: none"> • Échelle de bien-être; • liste des réactions de deuil.
#5	« Les changements depuis le suicide »	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des changements positifs et négatifs ; • devoir : apporter une photo qui représente la personne suicidée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Échelle de bien-être; • réflexion écrite sur les changements ; • clé du deuil.
#6	« L'activité de la photo »	<ul style="list-style-type: none"> • Exercice de la photo (décrire la personne suicidée, qualités/défauts, legs, souvenirs, intérêts communs). 	<ul style="list-style-type: none"> • Échelle de bien-être; • clé du deuil.
#7	« Les émotions reliées à un deuil par suicide »	<ul style="list-style-type: none"> • Expression des émotions. 	<ul style="list-style-type: none"> • Échelle de bien-être; • dessins représentant diverses émotions ; • réflexion écrite sur les émotions ; • phrases à compléter ; • liste de moyens pour gérer la colère.
#8	« La résolution de problèmes »	<ul style="list-style-type: none"> • Démonstration d'une technique de résolution de problème (mise en situation) ; • devoir : mettre la technique en pratique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Échelle de bien-être; • étapes de la résolution de problèmes.
#9	« Les histoires non terminées »	<ul style="list-style-type: none"> • Exercice des <i>post-it</i> (sentiment de culpabilité, regrets). 	<ul style="list-style-type: none"> • Échelle de bien-être.
#10	« Les histoires non terminées (suite) »	<ul style="list-style-type: none"> • Exercice des <i>post-it</i> (sentiment de culpabilité, regrets) ; • retour sur le devoir de mise en pratique de la technique de résolution de problème. 	<ul style="list-style-type: none"> • Échelle de bien-être; • étapes de la résolution de problèmes.

Suite Tableau 2.4

	THEMES	EXERCICES	OUTILS
#11	« La lettre d'adieu (laisser partir de façon symbolique) »	<ul style="list-style-type: none"> • Rituel de la lettre adressée à la personne suicidée ; • préparation de la dernière rencontre ; • devoir : carte postale du futur (où serez-vous dans 5 ans ?) 	<ul style="list-style-type: none"> • Échelle de bien-être; • consignes concernant le devoir de la carte postale.
#12	« Le soutien et l'espoir, bilan »	<ul style="list-style-type: none"> • La carte postale ; • identification des sources de soutien ; • rédaction d'une lettre au groupe qui suivra ; • bilan des 12 rencontres – remise d'une lettre personnalisée à chaque adolescent soulignant ses progrès ; • évaluation de la satisfaction. 	<ul style="list-style-type: none"> • Échelle de bien-être; • clé du deuil ; • roue du soutien ; • les papillons ; • questionnaire d'évaluation.

*Cet outil consiste en un acrostiche illustrant le mot deuil, dont chacune des lettres correspond à un thème particulier traité lors de différentes rencontres (Décrire les faits, Exprimer les émotions, Utiliser l'aide des autres, Identifier les changements, Les souvenirs). Il s'agit d'une adaptation de Lehmann, Jimerson et Gaasch (2000).

À partir de la rencontre #5, il est fort possible que la cohésion soit présente dans le groupe et que, par conséquent, le lien thérapeutique soit suffisamment établi pour traiter des émotions associées à certains aspects plus pénibles du deuil. Lors de cette rencontre, les adolescents sont appelés à nommer les changements négatifs et positifs survenus depuis le décès et à identifier un changement qui reste à faire. À la rencontre #6, les participants présentent les qualités et les défauts de la personne suicidée et décrivent le lien qu'ils entretenaient avec elle. Ils évoquent le souvenir d'un bon moment vécu avec la personne décédée et témoignent du legs qu'elle leur a laissé. L'objectif de la rencontre #7 vise à reconnaître les émotions associées au deuil par suicide, dont notamment celles qui sont plus difficiles à exprimer : la colère, le sentiment de culpabilité et la honte. La rencontre #8 consiste à doter les adolescents d'une stratégie simple pour résoudre des problèmes. Les rencontres #9 et #10 visent à explorer les sentiments de culpabilité et de responsabilité, et permettent de réfléchir sur les pertes associées au décès. On procède à l'exercice *des post-it* sur lesquels on écrit ce qu'on regrette de ne pas avoir dit ou fait du vivant de la personne (*j'aurai dû... lui dire que je l'aime*), ce dont on se sent responsable (*j'aurai pu... la sauver*) et ce qu'on aurait aimé partager avec elle dans le futur (*j'aurai voulu... qu'elle soit présente à ma graduation*). La rencontre #11 est un moment pour dire au revoir à la personne décédée et à verbaliser certaines émotions non exprimées depuis le suicide. On invite les adolescents à écrire une lettre à la personne décédée, qu'ils brûleront en groupe par la suite. Cet exercice constitue

l'un des seuls moments avec l'exercice brise-glace où les adolescents ne se retrouvent plus assis autour de la table. À la suite de cette avant-dernière rencontre, on laisse s'écouler un mois avant la rencontre suivante. Enfin, lors de la rencontre #12, les participants sont appelés à identifier les personnes qui pourraient les aider le cas échéant. Cette dernière rencontre vise à encourager la demande d'aide chez les adolescents et à identifier les membres du réseau naturel susceptibles de recevoir désormais l'expression de leur détresse si nécessaire.

Durant les rencontres, une pause est prévue pendant laquelle les jeunes se retrouvent sans la présence des thérapeutes afin que des liens se créent et que le groupe se resserre. On suggère que les adolescents apportent une chandelle qu'ils allument au début des rencontres ; elle symbolise la personne dont ils sont en deuil. On l'éteint à la fin de la rencontre pour marquer la mise en retrait des émotions pénibles ressenties durant la rencontre. Chaque rencontre se termine sur une évaluation globale du déroulement, un retour sur l'échelle de bien-être et un engagement à poursuivre la démarche. Par ailleurs, comme les fêtes annuelles (Noël, Pâques, les anniversaires, etc.) ne font pas l'objet d'un thème particulier, on recommande aux thérapeutes de les prévoir et de trouver un moment pour en discuter avant et après la date concernée.

Le rôle des parents dans le cadre du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* reste modeste. Une rencontre d'information a lieu avant le début des rencontres pour les informer du déroulement du programme. Les thérapeutes leur distribuent des textes et leur donnent de l'information sur les caractéristiques du deuil chez les adolescents. Le programme ne prévoit aucun autre type d'intervention auprès d'eux. L'auteur du programme justifie ce choix en raison du besoin d'émancipation des adolescents en regard de leurs parents. Toutefois, avec l'accord des jeunes, les parents sont informés par téléphone de l'évolution de leur fils ou de leur fille à la mi-parcours et à la fin de la démarche. Toutefois, si un adolescent a moins de 14 ans, les thérapeutes ont le devoir légal d'informer les parents au sujet de son expérience dans le groupe.

Sommairement, le programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* réunit des adolescents endeuillés par suicide afin qu'ils partagent leur expérience, qu'ils voient légitimées leurs vives émotions et qu'ils se sentent moins isolés. De plus, il leur

fournit des informations sur les diverses dimensions du deuil. Les interventions des thérapeutes afférentes aux activités sont prévues et s'inspirent des besoins individuels de participants affectés par le suicide d'un proche et des besoins du groupe. En somme, le programme se déroule en fonction d'une logique d'action dont les divers éléments touchent spécifiquement chacun des objectifs poursuivis. C'est à cette logique d'action que renvoie ce que nous appelons la *théorie du programme*.

1.3.4 Théorie du programme

L'élaboration de la théorie d'un programme vise à fournir une vision globale de celui-ci tout en explicitant les hypothèses à propos de son fonctionnement, c'est-à-dire des moyens mis en œuvre pour l'atteinte des objectifs (Rogers, Hacsı, Petrosino, & Huebner, 2000). La théorie du programme met en relief, pour ainsi dire, la relation de cohérence entre les ressources nécessaires à l'application du programme, les types d'intervention proposés et les effets visés (Rossi, Freeman, & Lipsey, 1999). Selon le modèle de la W.K. Kellogg Foundation (2004), la théorie du programme contient à la fois la théorie du processus d'intervention et la théorie du changement. La théorie du processus renvoie aux ressources, aux activités d'implantation et aux interventions (outputs). Lui est directement liée la théorie du changement qui correspond aux effets attendus à court, moyen et long terme chez la clientèle (les adolescents endeuillés par suicide) aux prises avec la problématique (deuil par suicide) auquel le programme tente de répondre (McLaughlin & Jordan, 2004; Rossi et al., 1999). La théorie du programme dans sa forme schématique présente une simplification de processus beaucoup plus complexes relativement au fonctionnement du programme. La schématisation n'est utilisée qu'à des fins pédagogiques ou de référence pour faciliter des compréhensions mutuelles et favoriser la prise de décision.

Concernant l'évaluation de l'implantation et la mesure des effets à court terme du programme étudié ici, la théorie du programme permet dans un premier temps de vérifier que nous interprétons correctement le programme, c'est-à-dire tel qu'il a été conçu par son auteure. Cet exercice permet de choisir les variables et les indicateurs qui permettront de porter un jugement sur la qualité et l'efficacité du programme. La Figure 1.3 présente la théorie du

programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* telle que nous la concevons à partir des propos recueillis auprès de l'auteure du programme et de sa superviseure, et compte tenu des informations inscrites dans son Guide d'animation. Ce raffinement dans la conceptualisation du programme permet des analyses évaluatives plus subtiles du travail des thérapeutes. Conséquemment, elle permet de dégager des recommandations pertinentes quant à l'amélioration du programme.

A priori, les organisations intéressées par le programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* bénéficient des ressources humaines et matérielles nécessaires. De la part des promoteurs du programme, les activités d'implantation consistent alors à présenter uniformément le programme aux thérapeutes tout en leur offrant du soutien et de la supervision si nécessaire. Une fois informés des exigences du programme, les thérapeutes procèdent ensuite au recrutement et à l'évaluation des candidats. Les adolescents retenus (membres) forment le groupe auprès duquel ils interviendront. Les types d'intervention visent à : 1) sensibiliser et soutenir les adolescents, 2) leur transmettre des connaissances, 3) stimuler un changement dans leurs comportements, 4) susciter la régulation de leurs émotions et 5) stimuler des changements dans leurs cognitions. En tant qu'illustration simplifiée, cette schématisation de la théorie du programme présume que seuls les thérapeutes interviennent alors qu'en réalité, dans un groupe de thérapie, les membres (adolescents) collaborent aux interventions et à l'atteinte des objectifs collectifs.

Chaque type d'intervention renvoie spécifiquement à un ou plusieurs effets à court terme poursuivis par le programme et identifiés par un numéro de 1 à 7. Quoique reformulés pour des fins d'opérationnalisation, ces effets sont en lien direct avec les objectifs présentés dans le Guide d'animation du programme. Il s'agit de 1) briser l'isolement, 2) augmenter le réseau de soutien, 3) augmenter les mécanismes d'adaptation, 4) augmenter les capacités de résolution de problème, 5) augmenter le sentiment de contrôle, 6) augmenter les connaissances sur le deuil et le suicide, et 7) augmenter l'expression des émotions.

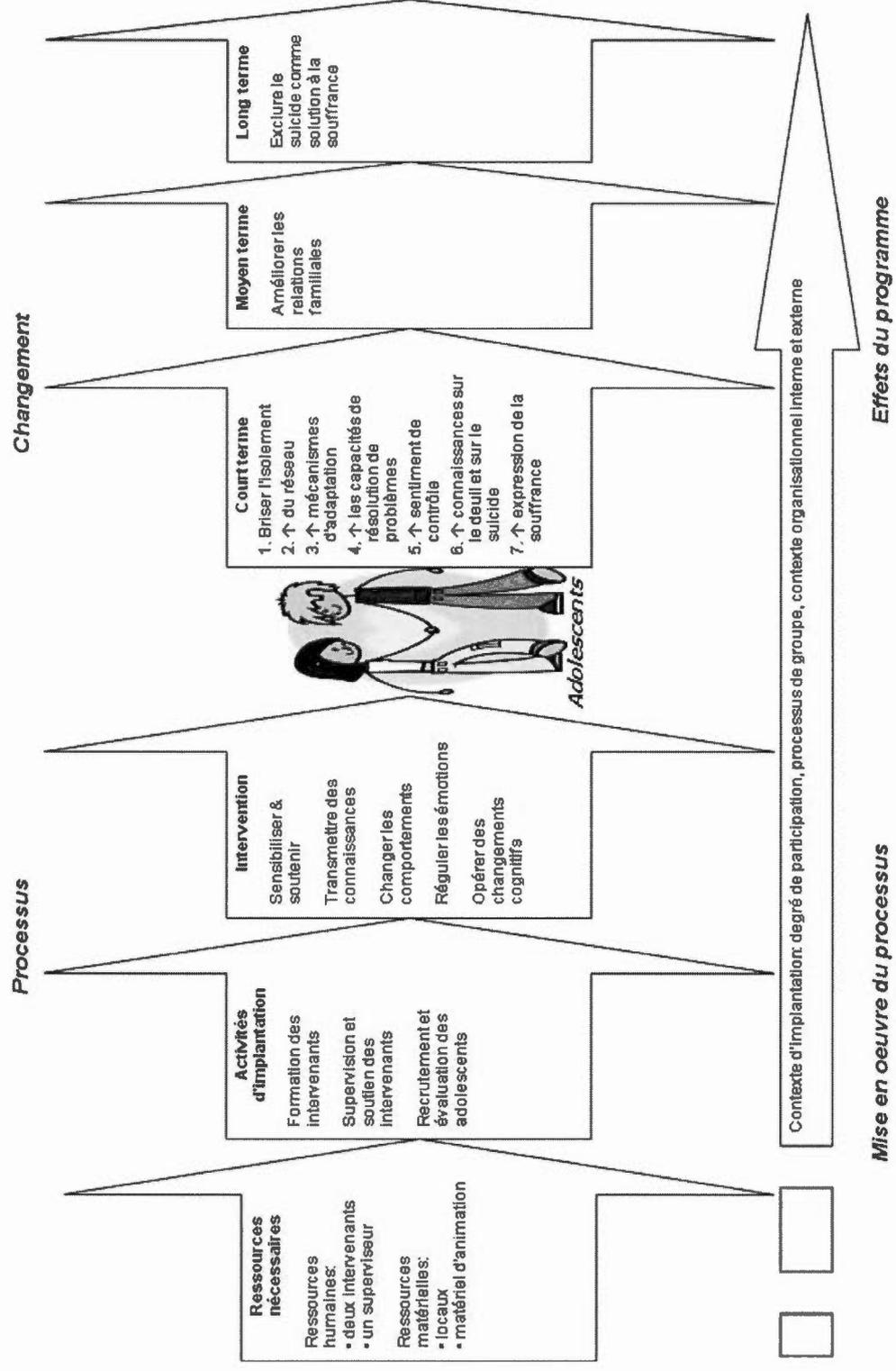


Figure 1.3 Théorie du programme Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide

Pour sa part, la Figure 1.4 illustre de manière plus détaillée les différents types d'intervention utilisés par les thérapeutes. Les numéros entre crochets représentent les effets à court terme visés par ce type d'intervention. Par exemple, le type d'intervention *Transmettre des connaissances* - qui consiste à *Donner des explications, informations sur le deuil, le suicide et la résolution de problème* - vise à produire les effets à court terme numéro 3 (augmenter le recours aux mécanismes d'adaptation), numéro 4 (augmenter les modes de résolution de problèmes), numéro 5 (augmenter le sentiment de contrôle) et numéro 6 (augmenter les connaissances sur le deuil et sur le suicide). C'est par l'application de l'ensemble de ces types d'intervention que les effets à moyen et à long terme du programme seront atteints : améliorer les relations familiales et exclure le suicide à titre de solution à la souffrance. Encore une fois, par souci de simplification, la schématisation de la théorie du programme ne rend pas compte des tous les effets probables du programme sur les autres systèmes périphériques (autres membres de la famille, amis, école...) ni de la possibilité qu'il provoque des effets iatrogènes.

La théorie du programme, telle qu'illustrée au bas de la Figure 1.3, prend également en compte le contexte d'implantation. Il s'agit de facteurs incluant les expériences d'intervention préalables des adolescents, leur degré de participation au programme, les éléments du processus de groupe, le contexte organisationnel interne et les caractéristiques de l'environnement externe. Bien qu'il soit probable que les milieux d'implantation du programme concerné poursuivent une mission similaire, certains facteurs d'ordre organisationnels peuvent influencer leurs capacités respectives d'atteindre les effets escomptés. Le degré d'adhésion au programme, l'organisation des différents services de l'organisme, la qualité des relations que ce dernier entretient avec les promoteurs du programme et ses propres collaborateurs sont autant de facteurs favorables ou défavorables eu égard aux objectifs du programme.

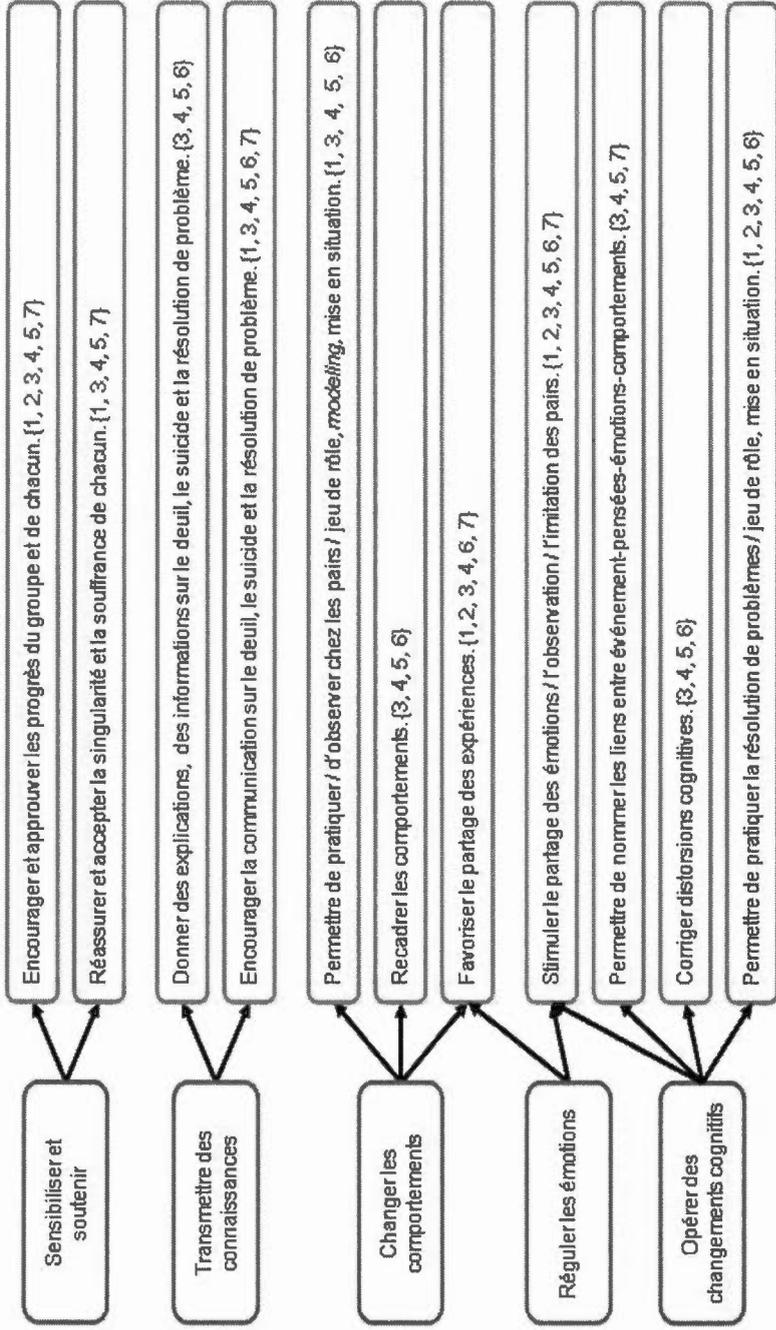


Figure 1.4 Types d'intervention

Dans l'ensemble, le programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* puise sa logique d'action à même les théories contemporaines du deuil et, en conséquence, il laisse un espace à l'expression des émotions positives, au processus de reconstruction du sens, à la croissance personnelle ainsi qu'à l'attachement persistant. En misant sur la création d'un groupe exclusif aux adolescents endeuillés par suicide, il présuppose à la fois la spécificité du deuil vécu à l'adolescence ainsi que les conséquences particulières associées au deuil par suicide. Tel que nous l'avons vu, le deuil à l'adolescence met en péril la réussite de ses différentes tâches développementales. Et lorsque le deuil est vécu à la suite d'un suicide, les réactions inhérentes telles que les sentiments de culpabilité, de honte et de solitude sont exacerbées en plus de susciter éventuellement l'apparition de certains symptômes psychopathologiques. À cela s'ajoute le risque non négligeable que le geste suicidaire soit reproduit par l'adolescent endeuillé. La variété de programmes d'intervention auprès des personnes endeuillées par suicide vise à diminuer ce risque.

Aussi est-il nécessaire que les interventions proposées par le programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* atteignent leurs objectifs et permettent une meilleure adaptation à la perte chez les participants. Jusqu'à présent, les études qui évaluent l'efficacité des différents programmes prometteurs offrent des résultats encourageants en ce qui concerne exclusivement l'adaptation des femmes et des filles dont la détresse apparaît plus élevée. Néanmoins, ces mêmes programmes n'ont peu ou pas d'effet auprès des filles et des femmes qui démontrent des degrés moindres de détresse, ni auprès des garçons ou des hommes en général. Ces derniers résultats soulèvent un questionnement quant à l'adéquation des programmes en regard des besoins de ces populations, mais également à propos de certaines considérations méthodologiques dont le choix des instruments de mesure et les écueils associés à l'absence d'une évaluation d'implantation préalable à l'évaluation des effets (chap. 2). Les objectifs de la présente thèse émanent de ces réflexions et proposent un cadre évaluatif précis pour vérifier la pertinence du *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)*.

1.4 Objectifs de recherche

Cette thèse vise deux buts distincts mais complémentaires concernant l'offre de service aux adolescents endeuillés par suicide. D'une part, elle a pour objet l'évaluation de l'implantation et des effets à court terme du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* et, d'autre part, elle vise l'approfondissement des connaissances sur le deuil tel que vécu par les adolescents endeuillés par suicide. Le premier but vise à garantir le bien-fondé du programme mentionné et à offrir à son auteure comme à ses promoteurs des pistes d'amélioration, tandis que le deuxième, dans un souci de validation empirique des modèles théoriques existants, vise à documenter le processus d'adaptation à la perte des adolescents endeuillés par suicide. Cela permet de cibler les facteurs sur lesquels une intervention complète et efficace devrait aussi miser.

Par delà ces deux buts, la thèse poursuit trois objectifs généraux. Les deux premiers objectifs généraux renvoient respectivement à l'évaluation de l'implantation et à celle des effets du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)*. Le troisième objectif général renvoie quant à lui à l'exploration de facteurs impliqués dans le processus d'adaptation à la perte chez les adolescents endeuillés par suicide inscrits au programme. Chacun de ces objectifs généraux se décline selon des objectifs spécifiques.

Le premier objectif général consiste donc à **évaluer l'implantation du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)***. Spécifiquement, il s'agit : 1) de décrire la clientèle, 2) de vérifier la conformité entre les prescriptions du Guide d'animation et le déroulement du programme sur le terrain, 3) d'évaluer le contexte d'implantation (expériences d'intervention préalables des adolescents, degré de participation et d'adhésion au programme, processus de groupe, contexte organisationnel interne, caractéristiques de l'environnement externe) et 4) d'évaluer la satisfaction des différents acteurs (adolescents, parents, intervenants, informateurs clés). Relativement à la théorie du programme présentée précédemment (Figure 1.3), cette partie de l'évaluation réfère à la section de mise en œuvre du processus (trois grandes flèches de gauche), à celle des facteurs contextuels (flèche temporelle en bas de la Figure) ainsi qu'aux caractéristiques des membres du groupe (au centre de la Figure).

Le second objectif général cherche à **évaluer les effets à court terme du programme Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)**. Dans la schématisation de la théorie du programme (Figure 1.3), il s'agit cette fois de la section qui traite des changements (trois grandes flèches de droite). Deux objectifs spécifiques en relèvent. Le premier consiste à mesurer les changements qui s'opèrent chez les adolescents entre le temps précédant leur exposition au programme et le temps après leur participation à celui-ci selon le groupe auquel ils participent, le genre, et le degré de sévérité des symptômes de dépression. Les changements observés réfèrent aux capacités de résolution de problèmes, aux mécanismes d'adaptation, aux symptômes de dépression, au sentiment de désespoir, aux perceptions de la contribution des relations sociales dans l'adaptation au stress et aux réactions de deuil. Bien que ces changements ne correspondent pas exactement aux effets attendus du programme, ils représentent des facteurs sous-jacents sur lesquels le programme souhaite avoir une incidence. En second lieu, il s'agit d'évaluer la perception du niveau d'atteinte des objectifs individuels et collectifs poursuivis selon les intervenants, l'adolescent endeuillé et les parents de l'adolescent. Ceux-ci, directement associés aux effets attendus du programme, réfèrent à la sortie de l'isolement, au réseau social de soutien, à l'utilisation des mécanismes d'adaptation, à l'application de modes de résolution de problème, au sentiment de contrôle, aux connaissances sur le deuil et sur le suicide et à la capacité d'expression des émotions. Comme effets attendus à plus ou moins long terme, l'amélioration des relations familiales et l'exclusion du suicide comme solution à la souffrance sont tout de même considérées dans la démarche évaluative bien qu'ils soient plus difficiles de les associer directement aux types d'intervention du programme.

Le troisième et dernier objectif général vise à **mieux documenter les facteurs qui influencent le processus d'adaptation à la perte chez les adolescents endeuillés par suicide**. Notamment, il s'agit 1) de délimiter l'implication de l'adolescent dans l'historique familial du suicide, 2) de décrire le processus d'adaptation à la perte chez les adolescents endeuillés par suicide et 3) de préciser la qualité du soutien disponible aux adolescents endeuillés par suicide. Le choix de ces thèmes spécifiques repose entre autres sur la nécessité d'approfondir les connaissances théoriques contemporaines du deuil qui manquent encore de validation empirique. Également, ce choix s'appuie sur la conception que le deuil se

manifeste en fonction du contexte social. Ce faisant, le dernier objectif de la thèse dépasse le cadre du programme offert et s'intéresse aux événements significatifs dans la vie des adolescents, aux conceptions du monde qu'ils entretiennent ainsi qu'aux ressources dont ils disposent pour s'adapter à la perte. Une meilleure connaissance des différentes trajectoires parcourues par les adolescents endeuillés par suicide permettra de mieux modéliser des interventions en fonction de la complexité de leur situation et contribuera à formuler des recommandations pertinentes à l'intention des promoteurs du programme.

CHAPITRE II

METHODOLOGIE

Le chapitre précédent présentait les connaissances acquises sur les réactions de deuil par suicide chez les adolescents et le programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)*. Ce deuxième chapitre pose les éléments méthodologiques qui encadrent à la fois l'évaluation du programme et ceux liés à la documentation approfondie des facteurs qui influencent le processus d'adaptation à la perte des adolescents endeuillés par suicide.

Tout d'abord, le modèle d'évaluation retenu est explicité et justifié. Après quoi sont présentés les arguments pour l'utilisation d'une approche méthodologique mixte. Ensuite sont décrits les sujets de la recherche, les instruments utilisés et la stratégie générale de la thèse.

Le chapitre prend fin sur la présentation du plan d'analyse et de la valeur scientifique des méthodes de recherche utilisées.

2.1 Modèle d'évaluation

Une évaluation de programme a d'abord pour fonction de réduire l'incertitude (Patton, 2002). Par exemple, elle permet de renseigner les promoteurs d'un programme quant à la valeur des interventions qu'il propose ou quant à la priorité de certains besoins et, d'autre part, elle favorise l'amélioration des interventions toujours perfectibles (Chen, 1994). Autrement dit, l'évaluation d'un programme informe ses promoteurs à propos d'éléments qui seraient à corriger ou à peaufiner pour le bénéfice maximal de la clientèle.

Plusieurs types d'évaluation permettent de répondre à la diversité des incertitudes que soulève un programme ou une organisation. La littérature, dans ce domaine, offre une grande variété de typologies afin de rendre compte des subtilités de chaque objet sur lequel porte le jugement de l'évaluateur. Essentiellement, il est possible de classer ces types sous trois catégories distinctes : 1) l'évaluation des besoins, 2) l'évaluation de l'implantation et 3) l'évaluation des effets (Paquette & Chagnon, 2000 ; Rossi et al., 1999). Certains types d'évaluation s'appliquent mieux à certains moments de la vie d'un programme. Alors que l'évaluation des besoins précède habituellement le développement d'un programme, les évaluations de l'implantation et des effets se déroulent pendant et après sa mise en place (Chen, 2005).

2.1.1 Pertinence de l'évaluation

La présente évaluation du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* se déroule *pendant* et *après* l'application du programme. Il s'agit donc principalement d'évaluer l'implantation et les effets à court terme.

L'évaluation d'implantation sert notamment à diminuer les *zones grises* entourant la mise en œuvre d'un programme et son déroulement sur le terrain. Plus spécifiquement, elle consiste à vérifier si les activités préalables à sa mise en place (présentation du programme aux intervenants, supervision et soutien, recrutement et évaluation des participants) ont eu lieu et si les différents produits de cette implantation (adhésion du personnel, exercices proposés, types d'intervention) s'insèrent dans la pratique comme prévu. Cette évaluation répond à la question générale : « A-t-on fait ce qu'on a dit qu'on ferait ? » tout en déterminant les facteurs qui permettent de tirer ce constat ou non. En somme, l'évaluation de l'implantation porte un jugement sur la qualité de la mise en œuvre d'un programme. Cette facette de l'évaluation est plus souvent formative : elle vise à fournir des informations qui serviront à guider l'amélioration du programme (Rossi et al., 1999).

De son côté, l'évaluation des effets a pour but ultime de mesurer le lien entre d'une part les objectifs et les activités du programme et d'autre part ses effets à court, moyen ou long terme sur la clientèle ciblée. Elle permet de répondre à la question générale : « Est-ce que le

programme produit les résultats escomptés? ». Une évaluation des effets peut aussi déceler des résultats inattendus, désirables ou non, entraînés par la participation aux activités du programme. Dès les résultats connus, les promoteurs d'un programme sont donc plus à même de déterminer les alternatives les plus propices à l'atteinte des objectifs et de laisser tomber celles qui n'y répondent pas (Paquette & Chagnon, 2000). Cette évaluation des effets est donc non seulement formative, mais aussi sommative, en ce sens qu'elle permet de porter un jugement sur l'efficacité des interventions réalisées (Rossi et al., 1999).

Il est primordial de procéder d'abord à une évaluation de l'implantation d'un programme afin d'éviter l'erreur méthodologique de type III. Cette erreur interprétative se produit entre autres lorsqu'on tire des conclusions à propos de l'efficacité d'un programme sans tenir compte de l'intégrité de la démarche d'implantation (Scheirer, 1994). L'erreur serait donc de conclure qu'un programme est ou n'est pas efficace, alors qu'il n'a pas été implanté correctement. On risque également de commettre cette erreur lorsqu'un programme est évalué en silo sans considération pour l'effet d'ensemble. Autrement dit, la démonstration qu'une activité d'un programme prise isolément ne rencontre pas ses propres objectifs ne prouve nullement qu'elle n'est pas nécessaire au succès du programme dans son ensemble (Wade, 2001). Ce genre de conclusion peut avoir pour coût fâcheux de priver la clientèle d'un traitement potentiellement utile (Goodman, 2000) ou de déployer un programme mal défini.

2.1.2 Approche évaluative

Tout comme on compte plusieurs types d'évaluation, il existe différentes approches évaluatives. Une approche évaluative se définit entre autres par des valeurs, mais aussi par la manière dont l'évaluateur interagit avec les personnes concernées par le programme sous évaluation. Autrement dit, elle renvoie à la façon dont l'évaluateur assume son rôle dans un contexte donné : « l'approche utilisée varie en fonction des situations, de l'organisation dans laquelle l'évaluateur évolue, de ses caractéristiques personnelles et des besoins précisés par les personnes concernées » (Ridde & Dagenais, 2009, p. 27).

Pour l'évaluation du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)*, l'approche participative est privilégiée. Axée sur des valeurs collaboratives, elle

préconise une démarche coopérative entre l'évaluateur et les personnes concernées par l'évaluation (promoteurs, créateurs, bénéficiaires du programme). Cousins et Withmore (1998) différencient deux tendances relatives à cette approche : 1) l'évaluation participative pratique et 2) l'évaluation participative émancipatrice. Les informations issues de l'évaluation participative pratique servent à soutenir la résolution de problème et la prise de décision de la part des organisations qui mettent en place et perfectionnent leurs programmes. Collaborent généralement au processus évaluatif sur une base égalitaire les promoteurs du programme, l'évaluateur et les bénéficiaires. Quant à l'évaluation participative émancipatrice, elle s'inscrit dans une démarche de changement social. Au-delà de l'utilisation des résultats et de la cueillette d'informations, elle vise l'accroissement du pouvoir d'agir chez les groupes plus vulnérables à qui s'adressent les programmes et ce, grâce à la participation étroite des bénéficiaires dans toutes les étapes évaluatives, dans le choix des questions évaluatives, dans l'analyse des données et leur utilisation future. Bien que ces deux tendances se distinguent quant à leur but fondamental et du point de vue de leurs fonctions, elles s'inspirent l'une et l'autre du principe d'*empowerment*. Chacune vise à mettre à profit, selon divers degrés, les habiletés et les compétences respectives des personnes concernées par le programme évalué.

Le contexte de la demande de la présente évaluation et son objet suggèrent une évaluation participative pratique. L'auteure et les promoteurs du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* ont tout d'abord sollicité une évaluation qui démontrerait le bien-fondé de leur programme et rendrait compte de ses effets sur la clientèle. À la suite de la démarche évaluative et des recommandations, ils devraient donc être en mesure d'améliorer leurs interventions et d'exporter en toute confiance ce programme vers d'autres organismes.

Le programme a été mis en œuvre sur le territoire de la province de Québec dans deux organismes à mission similaire dans le champ de la prévention du suicide : la Ressource régionale suicide du Centre de santé et de services sociaux de Laval (RRS-CSSSL), d'où proviennent l'auteure et les promoteurs du programme, et le Centre de prévention du suicide de Québec (CPS-QC). Chaque milieu était responsable du recrutement des adolescents endeuillés par suicide pour ce qui est de leur participation au programme et à la recherche.

À titre de collaboratrices, l'auteure du programme et sa superviseuse clinique ont participé à la formulation des questions évaluatives, au choix de la méthode évaluative, à la manière de collecter les données et à déterminer la procédure. Le choix de certains instruments de mesure quantitatifs a été fortement influencé par les prescriptions du Guide d'animation du programme entre autres pour éviter de surcharger les adolescents avec de nouveaux instruments. Les deux organismes ont collaboré à la cueillette des données, tandis que l'auteure de cette thèse s'est chargée intégralement de l'entrée et de l'analyse des données, puis de la rédaction du rapport final incluant les recommandations et les pistes d'améliorations du programme. Tout au long de la démarche, nous sommes restées en contact avec l'auteure du programme qui a validé certaines informations.

Nous avons assumé plusieurs rôles en fonction des exigences des diverses activités évaluatives. En effet, selon Skolits, Morrow et Burr (2009), le processus évaluatif se déroule en trois phases qui impliquent en tout dix activités évaluatives auxquelles correspondent dix rôles particuliers (Tableau 2.1). Bien que les activités évaluatives soient présentées selon l'ordre habituellement établi dans le domaine de la recherche, cette conception de la démarche évaluative reste souple et favorise l'adaptation aux demandes imprévues du milieu tout en se distinguant par la précision des différents rôles de l'évaluateur. Il en est autrement de la vision traditionnelle du rôle de l'évaluateur selon laquelle ce dernier est assujéti aux motifs de l'évaluation, au choix de la méthodologie, à l'approche évaluative et au type de relation qu'il entretient envers les promoteurs de programme. Néanmoins, nous avons pu constater en cours de route que chaque rôle comporte sa part de contraintes et de défis, lesquels sont évoqués ici par souci de transparence.

Tableau 2.1 Phases, activités et rôles de l'évaluateur dans le processus évaluatif

PHASES	ACTIVITÉS ÉVALUATIVES	RÔLE DE L'ÉVALUATEUR
Pré-évaluation	1. État préalable de l'évaluateur	Gestionnaire
	2. Contact initial avec le client	Détective
	3. Planification de l'évaluation (devis)	Concepteur
	4. Entente formelle	Négociateur
Évaluation active	5. Implantation initiale de l'évaluation	Diplomate
	6. Collecte de données et analyses	Chercheur
	7. Appréciation du programme	Juge
Post-évaluation	8. Dévoilement des résultats	Communicateur
	9. Incitation à l'utilisation des résultats de l'évaluation	Défenseur de l'utilisation des résultats d'évaluation
	10. Réflexion	Apprenant

D'après Skolits et al. (2009)

Puisque le contexte de la demande a rapidement été éclairci, les rôles de *détective*, de *concepteur* et de *négociateur* propres à la phase de pré-évaluation ont été tenus sans heurts dans une atmosphère de collaboration, de confiance et de respect mutuel. Les différents éléments organisationnels du milieu ainsi que le contexte d'un projet de thèse doctorale où s'inscrivait l'évaluation ont été compris et acceptés par chacune des parties. Dans la phase de l'évaluation active, le rôle de *diplomate* a nécessité un peu plus d'investissement. Les intervenants du CPS-QC où s'implantait le programme montraient des réticences relativement au processus d'évaluation du fait que ce soit l'auteur du programme qui avait joué jusque là le rôle de *gestionnaire* de l'évaluation. Pour limiter les risques de conflit d'intérêts, nous avons donc endossé ce rôle qui implique diverses exigences administratives et d'autres de coordination du processus d'évaluation. Ce rôle doit être tenu tout au long de la démarche évaluative. Nous avons travaillé à créer une juste distance avec les promoteurs du programme pour négocier directement avec l'organisme des conditions particulières de la

collecte des données. Cette manière de résoudre le problème s'est révélée propice à l'établissement de la confiance.

Le rôle de *chercheur* n'a pas présenté trop de difficultés. Les principaux défis inhérents à la collecte des données consistaient à s'ajuster en fonction des instruments de mesure préétablis et à rester sensible aux inquiétudes de l'auteure du programme qui ressentait une forte pression de performance. Nous avons pris soin de la rassurer en lui rappelant que le processus évaluatif avait lieu dans une perspective constructive plutôt que critique. D'autre part, il a fallu déployer de la persévérance en regard de la motivation de certains sujets participant à la recherche tout en respectant les règles éthiques. Le rôle de *juge* est le plus stimulant à notre avis puisqu'il fait appel à notre sens pratique et à notre capacité d'analyse. Le défi associé à ce rôle concerne les recommandations à formuler. Bien qu'un soin particulier ait été pris afin qu'elles correspondent aux enjeux organisationnels des promoteurs, notre priorité visait l'amélioration du programme afin de répondre au mieux, ultimement, aux besoins des adolescents endeuillés par suicide.

Le rôle de *communicateur* consistait à fournir les résultats dans un format adapté à la réalité des promoteurs et des intervenants. Nous les avons donc invités à une rencontre au cours de laquelle ils ont pu s'exprimer puis faire des commentaires ; ils ont ensuite reçu un rapport écrit détaillé de la démarche et des résultats. L'auteure de cette thèse a alors été confrontée aux exigences de la vulgarisation et de la concision, car assurer une bonne compréhension des résultats de l'évaluation permet de bien *défendre* ensuite leur *utilisation*. Or, nous croyons que la nature concrète de nos recommandations incitera les promoteurs et l'auteure du programme à les considérer, notamment en vue d'améliorer les pratiques inhérentes au programme. Afin de stimuler leur adhésion, nous avons également l'intention de leur offrir de collaborer à une publication sur la démarche et ses résultats. Puisque nous sommes toujours en formation et en quête d'un diplôme de doctorat, il va de soi que le rôle d'*apprenant* reste actif tout au long du processus. Cette expérience nous a entre autres permis de réfléchir en profondeur sur les différentes approches en évaluation de programme et de circonscrire leurs avantages et leurs écueils, ce qui ne manquera pas d'être fort utile pour nos réalisations futures.

2.2 Approche méthodologique

La présente recherche est de nature descriptive et recourt à une approche méthodologique mixte. Une recherche à méthodes mixtes combine les éléments des approches qualitatives et quantitatives afin de tirer parti de toute l'étendue et de la profondeur de l'interprétation et de la confirmation des données (Johnson, Onwuegbuzie, & Turner, 2007). Une méthode est tenue pour mixte quand elle satisfait à trois conditions : 1) au moins une méthode qualitative et une méthode quantitative sont combinées, 2) chaque méthode est utilisée de façon rigoureuse et 3) la combinaison des méthodes s'effectue par une intégration des approches méthodologiques, des devis ou des techniques et des données et/ou des résultats (Teddlie & Tashakkori, 2003). Nous avons choisi l'approche mixte dans le but d'améliorer la validité de la recherche en profitant des forces de chacune des approches tout en palliant leurs faiblesses respectives (Chen, 2005 ; Johnson & Onwuegbuzie, 2004).

D'un point de vue paradigmatique, utiliser à la fois des méthodes quantitatives et qualitatives peut paraître inconciliable (Khun, 1970 ; Levy, 1994). L'épistémologie réaliste, associée aux méthodes quantitatives, conçoit le monde comme étant prédéterminé et où tous les événements sont régis par des lois de causalité. De son côté, l'épistémologie constructiviste conçoit que le monde tel que passé par l'expérience constitue une représentation construite et que tous les événements dans ce monde, comme ce monde lui-même, ne sont pas prédéterminés, mais se produisent selon un processus récursif de changement (Levy, 1994). À cet égard, les valeurs sous-jacentes à ces représentations opposées du monde influencent le chercheur dans sa quête de nouvelles connaissances et guident la formulation de ses questions de recherche aussi bien que le choix de ses outils méthodologiques. Qu'en est-il alors lorsque le chercheur choisit d'utiliser deux méthodologies traditionnellement associées à des épistémologies différentes? Y a-t-il conflit paradigmatique et, dans l'affirmative, comment résoudre ce conflit?

Relativement à ces questions, Greene et Hall (2010)¹⁵ ont dégagé de la littérature les différentes positions actuellement adoptées eu égard au croisement des méthodes

¹⁵ En s'inspirant des travaux de Greene (2007) et de Teddlie et Tashakkori (2009)

quantitatives et qualitatives. Pour les puristes, les deux traditions paradigmatiques restent inconciliables. Pour d'autres, il est possible d'utiliser à la fois les deux méthodes à condition de le faire de manière strictement distincte (en séparant les devis et en les appliquant de façon séquentielle ou parallèle) afin de profiter de leurs avantages complémentaires. Enfin, ceux qui ne se préoccupent guère des paradigmes montrent peu d'intérêt pour les hypothèses épistémologiques et justifient le choix de l'une ou l'autre méthode par les besoins du contexte de recherche (utilitarisme).

Les défenseurs de la position pragmatique conçoivent, quant à eux, que les méthodes mixtes sont issues d'un troisième paradigme de recherche, soit le pragmatisme. Selon Johnson et Onwuegbuzie (2004), le pragmatisme est une forme créative et exhaustive de recherche dans laquelle le chercheur adopte une approche éclectique devant le choix de ses méthodes en fonction de ses questions de recherche. Cette vision se veut à la fois inclusive, pluraliste et complémentaire. Bien que cette position épistémologique pragmatique des méthodes mixtes offre un cadre intéressant dans le domaine de la recherche évaluative, il reste que les méthodes utilisées ne sont pas originales puisqu'elles dépendent de la combinaison des méthodes qualitatives et quantitatives déjà existantes. Ainsi, à l'instar de Chen (2006) et de Maxwell (2015), nous croyons qu'il n'est pas indiqué pour l'approche méthodologique mixte de se réclamer du titre de troisième paradigme.

En dernier lieu, les partisans de la position dialectique croient que les paradigmes traditionnels sont eux-mêmes des constructions historiques et sociales, donc soumises aux changements, et qu'ils méritent d'être reconsidérés, sinon conjugués, pour mieux comprendre l'extraordinaire complexité des phénomènes humains (Greene & Hall, 2010 ; Maxwell, 2015). Cette position nous semble la plus juste en ce qu'elle répond à la nécessité de considérer les différentes dimensions d'un phénomène complexe, chacune des méthodes permettant de dégager des informations différentes, parfois contradictoires, mais toujours complémentaires à propos de ce phénomène.

Dans le contexte de notre recherche, nous avons donc utilisé une combinaison simultanée des méthodes qualitatives et quantitatives afin que les résultats complémentaires issus de l'une et l'autre alimentent l'interprétation touchant l'implantation et les effets à court terme du

programme du *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* et les facteurs qui influencent le processus d'adaptation à la perte. On dit *complémentaire* ce modèle de recherche puisque certains aspects de l'évaluation sont mesurés par les deux méthodes à la fois, tandis que d'autres ne le sont que par une seule méthode. Dans ce dernier cas, les résultats sont interprétés à la lumière des informations recueillies par l'ensemble des méthodes (Caracelli & Greene, 1997 ; Greene, Caracelli, & Graham, 1989). Pour leur part, Creswell et Plano Clark (2007) qualifient ce type de devis de *concomitant triangulé* du fait que les méthodes qualitatives et quantitatives sont exécutées simultanément de façon à créer une convergence et une correspondance des informations.

Pour Chen (1997, 2006), c'est la théorie du programme (chap.1 : Figure. 1.3, Figure 1.4) qui nous informe des besoins et justifie le recours aux stratégies d'application des méthodes mixtes. Aussi avons-nous choisi d'utiliser une méthode principalement quantitative pour la mesure des effets du programme (étude observationnelle non expérimentale de type pré-post sans groupe témoin¹⁶), tandis que le processus d'implantation et le processus d'adaptation à la perte des adolescents endeuillés par suicide ont été principalement évalués par des méthodes qualitatives (étude ethno-biographique et une étude de cas multiples avec niveaux d'analyse imbriqués). Afin de correspondre aux aspects de la complémentarité et de la triangulation, chacune des méthodes permet d'évaluer auxiliairement les aspects de l'autre. Conséquemment, un recoupage s'opère entre les résultats pertinents aux trois objectifs de la thèse.

¹⁶ Il ne nous a pas été possible de créer un groupe témoin constitué d'adolescents endeuillés par suicide qui ne participent pas au programme, en raison de considérations méthodologiques et éthiques. Principalement, le nombre d'adolescents endeuillés recrutés et admissibles au programme ne dépassait pas le nombre de places disponibles dans les groupes. Également, selon les principes éthiques directeurs de l'équilibre des avantages maximaux et des inconvénients minimaux, il serait répréhensible de laisser des adolescents endeuillés par suicide sans traitement spécifique (Trois Conseils de recherche du Canada, 2005). Comme les risques associés à la non-assistance thérapeutique des adolescents endeuillés par suicide sont réels, difficilement prévisibles et qu'il est possible de détourner ces inconvénients par une méthodologie mixte, les avantages de mettre en place un groupe témoin eussent été moins importants que les inconvénients potentiels. D'un point de vue méthodologique, il n'était pas davantage indiqué de former un groupe témoin avec les cinq adolescents qui n'ont pas pu participer au programme en raison des critères d'exclusion qui les différencieraient. sensiblement des participants au programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)*.

L'étude observationnelle non expérimentale de type pré-post en l'absence d'un groupe témoin consiste à vérifier les changements qui s'opèrent chez les adolescents endeuillés par suicide qui participent au programme en prenant différentes mesures de leur état avant et après leur participation. En majeure partie, cette méthode permet de répondre au deuxième objectif de l'évaluation, soit d'évaluer les effets à court terme du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)*. Secondairement, elle permet de décrire la clientèle qui participe au programme (objectif spécifique de l'évaluation d'implantation) et à mieux documenter le processus d'adaptation à la perte chez les adolescents endeuillés par suicide (troisième objectif).

Quant à l'étude ethno-biographique dite plurielle, elle consiste à croiser un certain nombre de récits de vie. Elle a pour but d'étudier et de décrire l'histoire de vie des personnes partageant un vécu semblable, soit ici le deuil à l'adolescence à la suite du suicide d'un proche. Selon Poirier (1979, cité par Muchielli, 1996), « l'ethnobiographie constitue, à partir de l'informateur, une méthode de maïeutique sociale qui permet au sujet de se retrouver lui-même et qui lui donne la possibilité de porter témoignage sur son groupe, sa société, sa culture » (p. 79). Ce type d'étude se particularise par le fait que « le récit du narrateur n'est pas un produit fini, mais un matériau brut sur lequel l'enquêteur narrataire exerce un travail de transcription, de vérification, de correction, d'analyse, d'addition, aidé pour cela par le narrateur [les adolescents] et par des témoins informateurs [le parent et les intervenants]. » (Muchielli, 1996, p. 79). Cette méthode répond principalement au troisième objectif de cette recherche, soit de mieux documenter le processus d'adaptation à la perte des adolescents endeuillés par suicide.

Complémentairement, l'étude de cas multiples avec niveaux d'analyse imbriqués permet de remplir le premier et le deuxième objectif général de la recherche, soit d'évaluer à la fois l'implantation et les effets à court terme du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)*. Établie par Yin (1989), l'étude de cas se définit comme une investigation empirique explorant des phénomènes contemporains à l'intérieur d'un contexte naturel lorsque les frontières entre le phénomène et le contexte ne sont pas clairement évidentes et que plusieurs sources d'information factuelle sont utilisées. Précisément, l'étude de cas multiples avec niveaux d'analyse imbriqués consiste à décrire,

comprendre et vérifier les effets d'un programme en examinant plus d'un cas (groupe A provenant du RRS-CSSSL et groupe B provenant du CPS-QC) et en conjuguant plusieurs niveaux d'analyse du même phénomène (organisation, intervention, bénéficiaire).

2.3 Sujets

Les sujets sont tous les **adolescents endeuillés par suicide** qui participent au programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* dans l'un ou l'autre des deux milieux (groupe A et B) où il se déploie (N=13). Le groupe A compte sept adolescents et le groupe B, six. Ces jeunes sont âgés de 12 à 17 ans ($M = 13,8$ ans, $ÉT = 1,54$). Malgré la limite d'âge minimale de 13 ans établie dans le Guide d'animation, chacun des groupes avait admis un adolescent de 12 ans en raison de leur degré de maturité jugé suffisant par les intervenants. Tous les adolescents ont perdu au minimum un membre de leur famille par suicide. Quatre adolescents ont perdu une autre personne significative au cours des cinq dernières années. Pour deux d'entre eux qui appartiennent à la même famille, il s'agissait d'un décès par suicide. Deux dyades d'adolescents sont endeuillées de la même personne. Les 11 personnes décédées par suicide sont toutes de genre masculin¹⁷ et leur moyenne d'âge est de 33,6 ans (échelonné de 14 à 49 ans). Huit adolescents ont perdu leur père (61,5 %) ; quatre, leur frère (30,8 %) et un seul, son cousin (7,7 %). La pendaison est le moyen le plus fréquemment utilisé (7/13 ; 53,8 %). Aucun adolescent n'a été un témoin de la scène du suicide. Toutefois, un adolescent était sur place lorsque le suicide a eu lieu (dans une autre pièce). Un autre était présent lorsque son proche a été retrouvé mort et a été mis à l'écart de la scène. Deux adolescents ont vu leur proche à la morgue et un autre a visité son père maintenu en vie artificiellement à l'hôpital. Trois adolescents n'ont pas su tout de suite que leur proche était décédé par suicide. Le temps entre l'annonce du décès et l'annonce du suicide varie de quelques jours à plusieurs mois.

¹⁷ Bien que les statistiques populationnelles rapportent des taux de suicide plus élevés chez les hommes comparativement aux femmes, notre échantillon surreprésente la population masculine décédée par suicide.

Le temps écoulé depuis le suicide et le début du programme variait d'un mois à 47 mois ($M = 15,7$ $MÉD = 11$). Les adolescents ont tous accepté de participer au programme local de thérapie de groupe et de prendre part à la recherche. Les critères d'exclusion de la recherche étaient les mêmes que ceux du programme : l'adolescent n'était pas admis s'il présentait un état de stress post-traumatique, s'il abusait de drogues ou d'alcool, si ses comportements étaient susceptibles de nuire à la démarche du groupe ou s'il ne démontrait pas la maturité nécessaire. Trois adolescents consomment malgré tout de l'alcool ou des drogues de manière excessive lors d'événements ponctuels.

Huit adolescents ont eu des idées suicidaires (61,5 %), un a fait une tentative de suicide et deux autres ont rapporté des épisodes d'automutilation. Cinq adolescents sur 13 (38,5 %) ont reçu un diagnostic psychiatrique et prennent la médication afférente. Trois sujets ont fait des séjours ou sont encore hébergés en foyer des Centres Jeunesse. Deux d'entre eux ont également été hospitalisés. Des 13 adolescents endeuillés, huit ont des difficultés scolaires plus importantes. Trois d'entre eux ont des retards académiques et n'atteignent pas le niveau scolaire attendu en fonction de leur âge. Cinq adolescentes ont vécu une séparation amoureuse après le suicide de leur proche. Pour trois d'entre elles, la rupture s'est produite au cours de leur participation au programme. D'autre part, tous les adolescents, à un moment donné ou à un autre, ont rencontré un intervenant social que ce soit à l'école, au Centre local de services communautaires (CLSC), dans un centre spécialisé ou un centre de prévention du suicide. Le Tableau 2.2 fournit une description de certaines caractéristiques des adolescents juste avant leur participation au programme.

Tableau 2.2 Caractéristiques des adolescents avant leur participation au programme

Groupe	Nom fictif ¹⁸¹⁹	Âge	Genre	Niveau scolaire	Endeuillé du	Mois depuis le suicide
A	1. Melz	16	F	Sec. II	Père	10
	2. Lali-Shine	13	F	Sec. II	Père	47
	3. BSA	13	M	6 ^e année	Père	20
	4. Kid	13	M	Sec. II	Frère	1
	5. Kidess	14	F	Sec. III	Cousin	1
	6. Pikotine	13	F	Sec. I	Frère	30
	7. Lilou	12	F	Sec. I	Frère	3
B	8. Chibi	15	F	Sec. IV	Père	16
	9. Sam	13	M	Sec. II	Frère	1
	10. Sram	13	M	Sec. I	Père	32
	11. Poulet	17	F	Cégep	Père	11
	12. Charlotte	15	F	Sec. III	Père	11
	13. Pokmon ¹³²	12	M	Sec. I	Père	21

Les **parents de ces jeunes** ont aussi été sollicités pour participer à l'étude (N=12)²⁰. Dans les cas où les deux parents étaient disponibles et acceptaient de participer à la recherche, la participation du parent ayant une plus grande proximité avec l'adolescent a été privilégiée. Des 12 parents sollicités, neuf ont accepté de participer. De ces neuf, un parent représente un couple qui souhaitait participer conjointement. Les parents de six adolescents endeuillés sur 13 étaient séparés au moment du suicide. Quatre parents appartiennent au groupe A et cinq, au groupe B. Des trois parents non participants, ceux de Pikotine et de Melz n'ont pas retourné nos appels. Le parent de Kidess a quant à lui refusé d'être interviewé parce qu'il croyait n'avoir rien à ajouter à ce qui est mentionné dans le dossier clinique.

Les **intervenants** ciblés par l'évaluation sont les deux thérapeutes du groupe A et les deux thérapeutes du groupe B (N=4) (Tableau 2.3). Mentionnons que Maya, l'intervenante du

¹⁸ Les noms fictifs ont été choisis par les adolescents eux-mêmes pour garantir l'anonymat et la confidentialité.

¹⁹ Les portraits descriptifs des adolescents se trouvent à l'Annexe C.

²⁰ Le nombre de parents sollicités est inférieur au nombre d'adolescents puisque deux adolescentes étaient des sœurs.

groupe B, coanimait le programme à titre de stagiaire inscrite à la maîtrise en travail social. De plus, quelques personnes ont été interrogées à titre d'**informateurs clés** dans le but de clarifier certaines pratiques ou certains éléments contextuels qui auraient pu nous échapper : la coordonnatrice et superviseure clinique des intervenants du groupe A et la directrice de l'organisme où se déroulait l'intervention auprès du groupe B (N=2).

L'étude porte donc sur la population totale impliquée dans le *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)*, soit les adolescents participants, les parents accompagnateurs et les intervenants animateurs.

Tableau 2.3 Caractéristiques des intervenants

Groupe	Nom fictif²¹	Genre	Âge	Niveau de scolarité et domaine d'étude	Années d'expérience	A déjà animé le programme
A	Goodmen	H	39	Certificat intervention psychosociale	10 ans	Oui
	Psy	F	29	Maîtrise psychologie	5 ans	Oui
B	Maya	F	25	Baccalauréat travail social	5 mois	Non
	Floma	F	37	Baccalauréat travail social	16 ans	Non

²¹ Les noms fictifs ont été choisis par les intervenants eux-mêmes dans un but d'anonymat et de confidentialité.

2.4 Instruments

Douze instruments de mesure ont été utilisés au fil de la recherche. Selon le cas, ils permettent de recueillir des informations d'ordre qualitatif et des données quantitatives. Ils sont décrits en fonction des variables qu'ils évaluent.

2.4.1 Grille d'observation des rencontres de groupe

Cette grille d'observation des rencontres de groupe (Annexe A.6) sert à évaluer l'implantation du programme. Plus précisément, elle sert à 1) vérifier la conformité entre les prescriptions du Guide d'animation et le déroulement du programme en rendant compte des aspects de la phase du travail de groupe (exercices réalisés, types d'intervention, matériel utilisé), et à 2) évaluer le contexte d'implantation en rapportant les éléments qui définissent le processus de groupe (éléments structurels, normes, rôle de l'intervenant, patrons de communication, éléments socio-affectifs) et les modalités de participation des adolescents au programme (assiduité des adolescents).

La grille d'observation des rencontres de groupe a toujours été utilisée *in vivo* pour l'observation du groupe A. L'éloignement géographique nécessitait que les rencontres du groupe B soient filmées, mais les intervenantes ont refusé la présence d'une caméra. Au total donc, n'ont été colligées que les 12 grilles d'observations du groupe A correspondant aux 12 rencontres prévues au programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)*.

2.4.2 Journal de bord des intervenants

Les journaux de bord (Annexe A7) étaient rédigés à la suite de chacune des 12 rencontres par les intervenants de chacun des groupes ; cette activité prenait environ 15 minutes. Ces textes servent principalement à évaluer l'implantation du programme, mais aussi à en évaluer les effets à court terme. Plus précisément pour l'évaluation de l'implantation, elle sert à 1) vérifier la conformité entre les prescriptions du Guide d'animation et le déroulement du programme en rendant compte des aspects de la phase du travail de groupe (exercices

réalisés, types d'intervention, matériel utilisé), 2) évaluer le contexte d'implantation en recueillant des informations sur le processus de groupe et le degré de participation des adolescents au programme, et à 3) évaluer la satisfaction des intervenants à l'égard des exercices et des outils cliniques. Pour l'évaluation des effets, le journal de bord permet d'évaluer la perception des intervenants sur le niveau d'atteinte des objectifs individuels des adolescents (variables d'un adolescent à l'autre), mais aussi en fonction des objectifs collectifs poursuivis par le programme (effets attendus du programme, Figure 1.3, p.66).

Les intervenants devaient décrire brièvement les exercices réalisés au courant de la séance et leur accorder respectivement une note d'appréciation globale selon une échelle de Likert allant de 1 (pas du tout satisfaisant) à 5 (très satisfaisant), puis émettre leurs commentaires sur l'intérêt des adolescents, la pertinence des outils proposés, la compréhension de la part des adolescents, les difficultés rencontrées et les pistes d'amélioration.

2.4.3 Inventaire de questionnaires pré-groupe destiné aux adolescents

L'inventaire de questionnaires pré-groupe adressé aux adolescents sert à évaluer les effets à court terme du programme. Spécifiquement, il sert à 1) mesurer leur niveau de base quant à l'acquisition des connaissances impliquées, 2) mesurer leurs capacités de résolution de problème, 3) identifier leurs mécanismes d'adaptation, 4) mesurer la contribution de leur réseau social, 5), mesurer leurs symptômes de dépression et de désespoir et à 6) mesurer leurs réactions de deuil. Le choix de certains instruments de mesure de cet inventaire est fortement influencé par les prescriptions du Guide d'animation du programme. Bien que ces questionnaires ne permettent pas tous de mesurer directement les effets attendus du programme tels que présentés dans la théorie du programme (Figure 1.3, p.66), ils traitent malgré tout de facteurs qui lui sont sous-jacents. Ces questionnaires sont utilisés dans le cadre de la recherche d'une part parce qu'ils sont prescrits dans le Guide d'animation du programme et d'autre part pour éviter de surcharger les adolescents avec de nouveaux instruments.

La passation a eu lieu en deux temps pour une durée totale d'une heure. La première a été complétée lors de l'entrevue d'évaluation des besoins menée par les intervenants (partie

composée des quatre questionnaires prescrits par le Guide d'animation du programme, durée de trente minutes), tandis que la deuxième partie eut lieu en notre présence lors de l'entrevue de recherche pré-groupe (durée de trente minutes). En plus de contenir des questions *maison* (Annexe A.8) sur les connaissances à propos des réactions de deuils et le réseau social, cet inventaire comprend six questionnaires standardisés décrits ci-dessous.

La *version abrégée de l'inventaire de résolution des problèmes sociaux* (Dugas, Ladouceur, & Freestone, 1996) (Annexe A.9) provient de *l'Inventaire de résolution de problèmes sociaux (IRPS)* de D'Zurilla et Nezu (1990). Ce questionnaire auto-administré évalue les capacités de résolution de problèmes sociaux. Celui-ci a été choisi aux fins de l'étude. La version originale présente 70 items répartis en deux échelles principales et sept sous-échelles. La première échelle principale, *orientation au problème*, comprend trois sous-échelles : 1) cognitifs, 2) émotifs, 3) comportementaux. La deuxième échelle principale, *habiletés de résolution de problème*, contient quatre sous-échelles : 1) définition et formulation du problème, 2) gestion des solutions alternatives, 3) prise de décision, et 4) application et vérification de la solution. Le répondant doit évaluer une série d'énoncés sur une échelle de Likert en cinq points allant de 0 (pas du tout vrai dans mon cas) à 4 (extrêmement vrai dans mon cas). Le score total est calculé en additionnant les cotes de chacun des énoncés correspondant à chacune des sous-échelles²². Un score élevé indique une résolution de problème plus constructive, tandis qu'un résultat faible indique une résolution moins fonctionnelle. Ce questionnaire montre une validité interne de 0,95 et une fidélité test-retest à quatre semaines d'intervalle de 0,78 (Dugas, Letarte, Rhéaume, Freestone, & Ladouceur, 1995). Quant à la version abrégée, elle reprend toutes les échelles et sous-échelles, mais n'utilise que 35 items. Cette version a pour avantages d'être plus courte et d'avoir été validée en français. Elle offre une bonne corrélation avec la version originale, tant au score total que sur toutes les sous-échelles (0,90 à 0,98). On lui attribue une validité interne de 0,81 à 0,94 ainsi qu'une fidélité test-retest (à quatre semaines d'intervalle) allant de 0,59 à 0,78.

²² La cote de certains items doit être inversée pour calculer le score total. Dans la version abrégée, les cotes aux items 1, 2, 7, 9, 10, 11, 15, 20, 21, 22, 24, 28, 30, 33, 34 et 35 doivent être inversées.

Le *Coping inventory for stressfult situations- Adolescent* (CISS-A) (Endler & Parker, 1999) (Annexe A.10) est un questionnaire auto-administré constitué de 48 items servant à mesurer les manières dont les adolescents gèrent le stress. Celui-ci a été choisi aux fins de l'étude pour évaluer les effets du programme sur l'utilisation des mécanismes d'adaptation. Il distingue trois catégories de gestion du stress : 1) orientée vers la tâche, 2) orientée vers les émotions et 3) l'évitement. Chaque type de gestion est évalué par les réponses à 16 items. En plus des trois échelles générales, l'évitement se divise en deux sous-échelles, soit la distraction (huit items) et la diversion sociale (cinq items). Le répondant cote chaque énoncé selon une échelle de Likert en cinq points allant de 1 (pas du tout) à 5 (beaucoup). Chaque réponse ambiguë se voit donner la cote de 3, mais le questionnaire n'est plus valide si cela se produit à plus de cinq reprises. Les scores bruts sont calculés en additionnant les cotes de chacun des énoncés correspondant à chacune des sous-échelles. Ces scores bruts peuvent être convertis en *T-scores* à partir d'une grille standardisée selon l'âge pour situer le répondant selon son percentile. Les coefficients alpha, selon divers échantillons, concernant la catégorie de gestion orientée vers la tâche, varient entre 0,87 et 0,92. Pour la catégorie orientée vers les émotions, les coefficients varient entre 0,82 et 0,90 et pour l'évitement, ils varient entre 0,76 et 0,85. Les sous-échelles d'évitement ont aussi une validité interne satisfaisante avec des coefficients alpha entre 0,69 et 0,79 pour la distraction et entre 0,74 et 0,84 pour la diversion sociale. La fidélité test-retest de ce questionnaire à six mois d'intervalle est aussi satisfaisante avec un score, selon l'échantillon, plus élevé ou égal à 0,68 pour le type orienté vers la tâche et vers les émotions ainsi qu'un score allant de 0,51 à 0,60 pour le type évitement compte tenu de ses deux sous-échelles (Endler & Parker, 1999). La traduction et l'adaptation de ce questionnaire par Lussier (1991) ont été autorisées par l'éditeur, mais n'ont pas fait l'objet d'une validation.

Le *Beck depression inventory* (BDI-II) (Beck, Steer, & Brown, 1996) (Annexe A.2) est un questionnaire auto-administré permettant de mesurer la sévérité des symptômes de dépression chez les personnes âgées de 13 ans et plus. Il est prescrit dans le Guide d'animation du programme. Il comporte 21 items : tristesse, pessimisme, échecs dans le passé, perte de plaisir, sentiment de culpabilité, sentiment d'être puni, sentiments négatifs envers soi, attitude critique envers soi, pensées ou désirs de suicide, pleurs, agitation, perte d'intérêt, indécision,

dévalorisation, perte d'énergie, changement dans les habitudes de sommeil, irritabilité, changement dans l'appétit, difficulté à se concentrer, fatigue et perte d'intérêt sexuel. Ces items empruntent aux critères d'évaluation des symptômes de l'ÉDM du DSM-IV-TR. Le répondant cote chacun des items selon une gradation allant de 0 (absence) à 3 (présence sévère). Le score total est calculé en additionnant la cote accordée à chacun des items. Plus le score total est élevé, plus les symptômes de dépression sont sévères (entre 0 et 13 : minimale ; entre 14 et 19 : légère ; entre 20 et 28 : modérée ; entre 29 et 63 : sévère). La validité interne de cette échelle est de 0,93 chez un échantillon clinique et de 0,92 chez un échantillon non clinique (Arbisi, 2001). Il obtient une fidélité test-retest, selon un intervalle de sept jours, de 0,93 (Farmer, 2001).

Le *Beck hopelessness scale* (BHS) (Beck & Steer, 1988) (Annexe A.3) est un questionnaire auto-administré de 20 items qui évaluent le désespoir et les attitudes négatives vis-à-vis du futur. Il est prescrit dans le Guide d'animation du programme. Le répondant note si chacune des affirmations est *vraie* ou *fausse*. Un point est accordé aux items 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20 s'ils sont cotés vrais et un point aux items 1, 3, 5, 8, 10, 13, 15, 19 s'ils sont cotés faux. Le score total peut varier de 0 à 20. Plus le score est élevé, plus le répondant est pessimiste. Ce questionnaire est aussi utilisé à titre de prédicteur indirect d'un suicide éventuel. Selon une étude longitudinale (intervalle de cinq et dix ans) portant sur 207 patients hospitalisés en raison d'idéations suicidaires, un score de dix et plus sur cette échelle a correctement identifié 91 % des personnes de l'échantillon décédées subséquentement par suicide (Beck, Steer, Kovacs, & Garrison, 1985). D'un point de vue psychométrique, une étude comparative incluant des patients souffrant de dépression (n = 100) et un groupe témoin (n = 93) révèle que ce questionnaire, dans sa version française, démontre une validité interne de 0,97 et une fidélité test-retest de 0,81 (Bouvard, Charles, Guérin, Aimard, & Cottraux, 1992).

L'*Échelle des provisions sociales* (EPS) (traduction du *Social provision scale* (Cutrona & Russell, 1987) par Caron (1996)) (Annexe A.4) est un questionnaire auto-administré constitué de 24 items. Il mesure la perception du soutien social reçu. Celui-ci est prescrit dans le Guide d'animation du programme. Il comporte six sous-échelles de quatre items chacune : 1) la fiabilité des relations, 2) l'attachement, 3) le soutien-conseil, 4) le besoin de prendre

soin des autres, 5) l'intégration sociale et 6) la confirmation de sa valeur personnelle. Le répondant doit indiquer sur une échelle de Likert allant de 1 (fortement en désaccord) à 4 (fortement en accord) son degré d'accord avec l'énoncé. Le score de chacune des sous-échelles est calculé en additionnant le degré d'accord noté selon l'énoncé correspondant. Plus le score d'une sous-échelle est élevé, plus le répondant perçoit bénéficier de cette provision sociale. Dans sa version originale, cette échelle possède une consistance interne variant de 0,85 à 0,92 selon diverses études et populations (Caron, 1996) et une fidélité test-retest de 0,92 (Cutrona & Russell, 1987). Sa version francophone démontre quant à elle une consistance interne de 0,96 et une fidélité test-retest de 0,66 (Caron, 1996).

Le *Grief experience questionnaire* (GEQ) (Barrett & Scott, 1989 ; traduction et adaptation par Henry, Séguin, & Drouin, 2004) (Annexe A.5) est un questionnaire auto-administré de 55 items mesurant les réactions de deuil. Celui-ci est prescrit dans le Guide d'animation du programme et sert à évaluer plusieurs effets attendus à court terme par le programme : bris de l'isolement, réseau social et sentiment de contrôle. Il se divise en 11 sous-échelles de cinq items chacune : 1) les réactions somatiques, 2) les réactions de deuil générales, 3) la recherche de sens, 4) la perte de soutien social, 5) la stigmatisation, 6) la culpabilité, 7) la responsabilité, 8) la honte, 9) le rejet et l'abandon, 10) les comportements autodestructeurs et 11) les réactions spécifiques à un deuil par suicide. Le répondant doit indiquer à quelle fréquence il a éprouvé chacune des réactions de deuil au cours de la première année suivant le décès de son proche (ou jusqu'à présent si le décès s'est produit pendant l'année) selon une échelle en cinq points allant de *jamais* (1) à *toujours* (5). Le score total est obtenu en additionnant le degré de fréquence indiqué à chacun des énoncés. Plus le score est élevé, plus le répondant éprouve des réactions de deuil intenses. Le GEQ a été soumis à une retraduction rigoureuse par Henry, Séguin et Drouin (2004) suivant les recommandations de Vallerand (1989). Cette version a démontré une validité interne de 0,96. Nous avons toutefois reformulé ce questionnaire aux fins de cette étude pour l'adapter à une population plus générale²³. Voici les changements effectués: 1) le terme *patient* a été remplacé par le *proche*, 2) à la question 16, le terme *collègues* a été remplacé par *ami(e)s*, 3) à la question 19 les termes *collègues* et

²³ Ce questionnaire a été traduit et adapté en français dans le cadre d'une recherche sur l'impact du suicide d'un patient sur les professionnels de la santé mentale.

superviseurs ont été remplacés par les termes *voisins et famille*, 4) à la question 22 l'adjectif *professionnelles* a été remplacé par *personnelles*, 5) à la question 24 l'expression *votre pratique* a été remplacée par *votre famille* et 6) à la question 27 l'expression *relation de travail* a été remplacée par *votre relation avec votre proche*.

2.4.4 Inventaire de questionnaires post-groupe destiné aux adolescents

L'inventaire de questionnaires post-groupe destiné aux adolescents recoupe entièrement les questionnaires de l'inventaire de questionnaires pré-groupe. Puisque sa passation a eu lieu une fois le programme terminé, il sert à évaluer les effets à court terme du programme. Plus précisément il sert à 1) mesurer les connaissances acquises, 2) mesurer leurs capacités de résolution de problème, 3) identifier leurs mécanismes d'adaptation, 4) mesurer la contribution de leur réseau social, 5) mesurer leurs symptômes de dépression et de désespoir et à 6) mesurer leurs réactions de deuil.

Cet inventaire a été passé avant l'entrevue de recherche post-groupe qui se déroulait un mois après la dernière rencontre de groupe prévue par le programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)*. La complétion s'effectuait en deux temps à partir du logiciel *SurveyMonkey.com*. Afin de compléter chacune des parties, les adolescents ont reçu un message courriel en provenance de notre boîte de messagerie courriel. Ce message contenait les explications relatives aux questionnaires ainsi qu'un hyperlien donnant directement accès aux questionnaires en ligne. L'adolescent pouvait par conséquent les compléter à son rythme. Une fois terminé, il devait cliquer sur le bouton *Done* pour soumettre le questionnaire.

2.4.5 Grille d'entrevue pré-groupe avec les adolescents

L'entrevue pré-groupe avec les adolescents (Annexe A.11) sert principalement à documenter le processus d'adaptation à la perte des adolescents, mais aussi à évaluer les effets à court terme du programme. Plus précisément, pour documenter le processus d'adaptation, elle sert à recueillir des informations à propos 1) de l'implication de l'adolescent dans l'historique

familial en soulevant la question du sentiment de responsabilité relativement au suicide du proche, 2) du processus d'adaptation à la perte en fonction des trois composantes du modèle théorique de Hogan et DeSantis (1996a, 1996b), soit le deuil, la croissance personnelle et l'attachement persistant, et 3) de son réseau de soutien. Pour l'évaluation des effets, elle sert à connaître les objectifs individuels des adolescents et leurs attentes vis-à-vis du programme. Cela dans le but de mesurer, à la fin du programme, l'ampleur de leur atteinte et de les mettre en relation avec les objectifs collectifs du programme.

Il s'agit d'une entrevue semi-dirigée d'une durée de 15 minutes que nous avons menée auprès des 13 adolescents inscrits dans le groupe A et le groupe B du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)*²⁴. Les thèmes explorés durant l'entrevue concernent les croyances (par exemple : *As-tu l'impression que le monde est juste et équitable?*), l'espérance d'un changement (par exemple : *Est-ce que tu crois que ta participation au groupe amènera des changements positifs? Lesquels espères-tu?*), la valeur accordée à la vie (par exemples : *Est-ce que la vie est quelque chose de précieux pour toi? Pourquoi?*) et les émotions positives et négatives soulevées par leur participation au programme (par exemples: *Est-ce que tu as des craintes par rapport à ces rencontres? Lesquelles?*).

2.4.6 Grille d'entrevue post-groupe avec les adolescents

L'entrevue post-groupe avec les adolescents (Annexe A.12) sert principalement à documenter le processus d'adaptation à la perte des adolescents, mais aussi à évaluer l'implantation et les effets à court terme du programme. Pour documenter le processus d'adaptation, comme pour l'entrevue pré-groupe avec les adolescents, elle sert à recueillir des informations à propos 2) de l'implication de l'adolescent dans l'historique familial en soulevant les changements opérés dans le sentiment de responsabilité relativement au suicide du proche, 2) du processus d'adaptation à la perte en fonction des composantes de deuil, de croissance personnelle et de l'attachement persistant (Hogan & DeSantis, 1996a, 1996b), et 3) de la qualité de son réseau

²⁴ Notre co-directeur de thèse a mené des entrevues pré-groupe auprès de deux adolescents du groupe A.

de soutien. Pour l'évaluation de l'implantation, cette entrevue sert à 1) évaluer le contexte d'implantation en s'attardant à leur perception du processus de groupe²⁵, et à 2) évaluer leur satisfaction à l'égard des exercices, des outils cliniques et des intervenants. Finalement, pour l'évaluation des effets, elle sert à évaluer les perceptions des adolescents sur le niveau d'atteinte de leurs objectifs individuels et sur les objectifs collectifs du programme.

Il s'agit d'une entrevue semi-dirigée de 15 minutes que nous avons menée auprès des 11 adolescents qui ont consenti à y répondre dans un délai d'un mois après leur participation au programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)*. La grille d'entrevue a été adaptée en fonction de la situation et des objectifs de chacun des adolescents. Les thèmes explorés durant l'entrevue concernent les croyances (par exemple : *Est-ce que tu crois que tu as eu un rôle à jouer, une responsabilité dans le suicide de ton père?*), le déroulement du programme (par exemples : *T'es-tu senti confortable à exprimer toutes les émotions que tu ressentais? Oui, non, lesquelles?*), l'atteinte des objectifs (par exemples : *As-tu l'impression que c'est le groupe qui t'a permis d'atteindre ces objectifs? De quelle façon?*) et leur satisfaction (par exemples : *Quelle activité as-tu préférée? Quelle activité as-tu le moins appréciée?*).

2.4.7 Grille d'entrevue avec les parents des adolescents

L'entrevue avec les parents des adolescents (Annexe A.13) sert principalement à documenter le processus d'adaptation à la perte des adolescents, mais aussi à évaluer l'implantation et les effets à court terme du programme. Plus précisément, pour documenter le processus d'adaptation, elle sert à recueillir des informations à propos 1) de l'implication de l'adolescent dans l'historique familial en soulevant l'historique de suicide et de santé mentale dans la famille, 2) du processus d'adaptation à la perte de leur adolescent en fonction des trois composantes du modèle théorique de Hogan et DeSantis (1996a, 1996b), et 3) de la qualité du réseau de soutien de l'adolescent. Pour l'évaluation d'implantation, l'entrevue avec

²⁵ Les thèmes abordés pour évaluer l'implantation, ici et dans les grilles d'entrevues qui suivent, s'inspirent des questions et stratégies d'évaluation de l'implantation reconnues telles que rapportées par Joly, Touchette et Pauzé (2009).

les parents sert à 1) décrire les adolescents en relevant la qualité du lien qui unissait l'adolescent à la personne décédée, et à 2) évaluer leur satisfaction à l'égard du programme en général ainsi qu'à l'égard des intervenants. Finalement, pour l'évaluation des effets, elle sert à évaluer la perception des parents sur le niveau d'atteinte des objectifs individuels de leur adolescent ainsi que sur leur niveau d'atteinte des objectifs collectifs du programme.

Il s'agit d'une entrevue semi-dirigée d'une durée d'une heure et demie et que nous avons menée. Elle devait se dérouler dans un délai d'un mois suivant la participation des adolescents au programme. Les thèmes explorés durant l'entrevue concernent les croyances (par exemple : *Faites-vous confiance à la vie?*), l'inscription du suicide dans l'histoire de vie (par exemples : *Est-ce qu'il y a eu d'autres suicides dans la famille? et/ou des problèmes de santé mentale? Est-ce que ça vous inquiète?*), l'atteinte des objectifs de leur adolescent (par exemple : *Avez-vous observé des changements chez votre enfant depuis sa participation au groupe?*) et leur satisfaction (par exemple: *De manière générale, êtes-vous satisfait des services offerts à votre enfant?*).

2.4.8 Grille d'entrevue pré-groupe avec les intervenants

L'entrevue pré-groupe avec les intervenants (Annexe A.14) sert à évaluer l'implantation du programme. Plus précisément, elle sert à 1) vérifier la conformité entre les prescriptions du Guide d'animation et le déroulement du programme en rendant compte des aspects de la phase de planification (formation, supervision, recrutement), et à 2) évaluer le contexte d'implantation du programme en recueillant des informations sur le contexte organisationnel interne et les caractéristiques de l'environnement externe.

Il s'agit d'une entrevue semi-dirigée d'une durée moyenne d'une heure et demie et que nous avons menée. Elle devait se dérouler avant la première rencontre de groupe prévue par le programme. Les thèmes explorés durant l'entrevue concernent l'adhésion au programme (par exemple : *Est-ce que, selon vous, le programme répond aux besoins des jeunes que vous côtoyez?*), les habiletés d'intervention (par exemple : *Quelles sont les habiletés primordiales à avoir en tant qu'intervenant lorsqu'on intervient auprès d'adolescents endeuillés par suicide?*), la perception de la clientèle (par exemple : *Comment qualifieriez-vous les*

adolescents endeuillés par suicide (clientèle facile-difficile?), la supervision clinique (par exemple: *Quel genre de soutien recevez-vous pour l'utilisation des composantes du programme ?*) et les émotions positives et négatives soulevées à l'occasion des rencontres (par exemple: *quelles sont vos appréhensions avant le début du groupe?*).

2.4.9 Grille d'entrevue mi-groupe avec les intervenantes du groupe B

L'entrevue mi-groupe avec les intervenants du groupe B (Annexe A.15) sert à évaluer l'implantation et les effets à court terme du programme. Pour l'évaluation d'implantation, elle sert plus précisément à 1) vérifier la conformité entre les prescriptions du Guide d'animation et le déroulement du programme en rendant compte des aspects de la phase du travail de groupe (exercices réalisés, types d'intervention, matériel utilisé), 2) évaluer le contexte d'implantation (processus de groupe, contexte organisationnel interne, caractéristiques de l'environnement externe), et à 3) évaluer la satisfaction des intervenants à l'égard des exercices et des outils cliniques. Pour l'évaluation des effets à court terme, elle sert à évaluer les perceptions des intervenants sur le niveau d'atteinte des objectifs individuels des adolescents et les objectifs collectifs du groupe.

Il s'agit d'une entrevue semi-dirigée d'une durée moyenne d'une heure et demie, que nous avons menée. Elle devait se dérouler avant la sixième rencontre de groupe prévue par le programme, et cela uniquement auprès des intervenants du groupe B pour pallier le manque d'informations causé par l'impossibilité d'observer les rencontres. Les thèmes explorés durant l'entrevue concernent l'adhésion au programme (par exemple : *Avez-vous modifié certains exercices? Pourquoi et comment?*), les habiletés d'intervention (par exemple : *Quels types d'intervention provoquent le plus d'effets sur les adolescents? Le moins?*), la perception de la clientèle (par exemple : *Quels sont les défis d'intervention auxquels vous devez faire face?*), la supervision clinique (par exemple : *Quel genre de question avez-vous ? Trouvez-vous facilement des réponses à vos questionnements ?*) et les émotions positives et négatives entretenues à l'égard du déroulement des rencontres (par exemples : *Que pourrait-il arriver de mieux? De pire?*).

2.4.10 Grille d'entrevue post-groupe avec les intervenants

Comme pour l'entrevue mi-groupe, l'entrevue post-groupe avec les intervenants (Annexe A.16) sert à évaluer l'implantation et les effets à court terme du programme. Pour l'évaluation d'implantation, elle sert plus précisément à 1) vérifier la conformité entre les prescriptions du Guide d'animation et le déroulement du programme en rendant compte des aspects de la phase du travail de groupe (exercices réalisés, types d'intervention, matériel utilisé), 2) évaluer le contexte d'implantation (processus de groupe, contexte organisationnel interne, caractéristiques de l'environnement externe), et à 3) évaluer la satisfaction des intervenants à l'égard des exercices et des outils cliniques. Pour l'évaluation des effets à court terme, elle sert à évaluer les perceptions des intervenants sur le niveau d'atteinte des objectifs individuels des adolescents et les objectifs collectifs du groupe.

Il s'agit d'une entrevue semi-dirigée d'une durée moyenne d'une heure et demie et que nous avons menée. Elle devait se dérouler dans un délai d'un mois suivant la dernière rencontre de groupe prévue au programme. Les thèmes explorés durant l'entrevue concernent l'adhésion au programme (par exemples : *Est-ce que vous allez le refaire? Si oui, que feriez-vous différemment?*), les habiletés d'intervention (par exemple : *Quel est votre niveau d'aisance avec l'utilisation des composantes du programme (instruments, exercices) ?*), la perception de la clientèle (par exemples: *Quels changements avez-vous observés chez les jeunes? Chez les parents? Sont ils observables facilement?*), la supervision clinique (par exemple: *Vous sentez-vous toujours aussi soutenus par la direction (au niveau clinique et organisationnel)?*) et leur satisfaction (par exemple : *Quel est votre degré de satisfaction envers le déroulement global du groupe?*).

2.4.11 Grille d'analyse des dossiers cliniques des adolescents

L'analyse des dossiers cliniques des adolescents sert à évaluer l'implantation et les effets à court terme du programme ainsi qu'à documenter les processus d'adaptation à la perte des adolescents. Pour l'évaluation d'implantation, elle sert à 1) décrire la clientèle en répertoriant les aspects sociodémographiques, le lien qui unissait l'adolescent à la personne décédée et les circonstances du suicide, 2) vérifier la conformité entre les prescriptions du Guide

d'animation et le déroulement du programme en rendant compte à la fois de la phase de planification (recrutement) et de la phase de travail de groupe (types d'intervention), et à 3) évaluer le contexte d'implantation en soulevant le degré de participation des adolescents au programme (assiduité). Pour l'évaluation des effets à court terme, l'analyse des dossiers cliniques sert à évaluer les perceptions des intervenants sur le niveau d'atteinte des objectifs individuels des adolescents et des objectifs collectifs du groupe. Enfin, pour ce qui est de documenter le processus d'adaptation à la perte des adolescents, elle permet de 1) délimiter l'implication de l'adolescent dans l'historique familial, 2) décrire le processus d'adaptation à la perte de l'adolescent en fonction des trois composantes du modèle théorique de Hogan et DeSantis (1996a, 1996b), et de 3) préciser le réseau de soutien de l'adolescent.

Ces dossiers dérivent du rapport d'entrevue d'évaluation des besoins menée par les intervenants avant l'admission de l'adolescent au groupe (Annexe A.1), de notes progressives et d'exercices réalisés par les adolescents dans le cadre des activités de groupe.

2.4.12 Grille d'entrevue avec les informateurs clés

L'entrevue avec les informateurs clés (Annexe A.17) sert à évaluer l'implantation du programme. Plus précisément, elle sert à 1) vérifier la conformité entre les prescriptions du Guide d'animation et le déroulement du programme en rendant compte de la phase de planification (formation, supervision, recrutement), 2) évaluer le contexte d'implantation en recueillant des informations sur le contexte organisationnel interne et les caractéristiques de l'environnement externe, et à 3) évaluer la satisfaction des informateurs clés à l'égard des intervenants.

Il s'agit d'une entrevue semi-dirigée d'une durée moyenne d'une heure et que nous avons menée. Elle a eu lieu à un moment donné au cours des rencontres de groupe prévues par le programme. Les thèmes explorés concernent l'adhésion au programme (par exemple : *Vos énergies et ressources seraient-elles mieux investies ailleurs ?*), la perception des intervenants (par exemple : *Avez-vous confiance en vos intervenants pour l'application du programme ?*), la perception de la clientèle (par exemple : *Les adolescents en deuil suite au suicide sont-ils plus en détresse que d'autres qui auraient perdu un proche de mort naturelle*

ou qu'un adulte ?), la supervision clinique (par exemple : *Vous sentez-vous à l'aise de superviser les intervenants dans l'application du programme ? À quels niveaux ?*), et les émotions positives et négatives soulevées par la mise en œuvre du programme (par exemple : *Est-il enthousiasmant pour vous d'appliquer ce programme dans votre organisme ?*).

2.5 Stratégie générale et déroulement de la recherche

Le Tableau 2.5 présente la stratégie générale de la thèse. Il met en relation chaque instrument de mesure avec l'objectif correspondant. L'information nécessaire pour atteindre chaque objectif est assurée par au moins deux instruments de mesure, ce qui produit une triangulation des informations, aspect crucial pour renforcer la fiabilité et la validité interne de la recherche.

Par la suite, nous détaillerons le déroulement des procédures de recrutement et de la collecte des données ainsi que les aspects relatifs à la confidentialité des informations. Une telle transparence garantit la qualité d'une recherche à méthodes mixtes. Nous y reviendrons lorsqu'il sera question de la valeur scientifique et de la rigueur de notre étude.

Tableau 2.4 Stratégie générale de la thèse

OBJECTIFS	INSTRUMENTS DE MESURE											
	Grille d'observation	Journal de bord	Inventaire de questionnaires pré-groupe	Inventaire de questionnaires post-groupe	Grille entrevue pré-groupe adolescents	Grille d'entrevue post-groupe adolescents	Grille d'entrevue - parents	Grille d'entrevue pré-groupe - intervenants	Grille d'entrevue mi-groupe - intervenants	Grille d'entrevue post-groupe - intervenants	Grille d'analyse des dossiers cliniques	Grille d'entrevue - informateurs clés
1) Décrire la clientèle.	✓											✓
2) Vérifier la conformité entre les prescriptions du Guide d'animation et le déroulement du programme.	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓
3) Évaluer le contexte d'implantation.	✓	✓				✓		✓	✓	✓	✓	✓
4) Évaluer la satisfaction des acteurs.		✓				✓		✓	✓	✓	✓	✓
Évaluer les effets à court terme du programme.			✓	✓								
1) Mesurer les changements opérés chez les adolescents suite à leur participation au programme.												
2) Évaluer la perception du niveau d'atteinte des objectifs individuels et collectifs selon les acteurs.		✓						✓	✓	✓	✓	✓
1) Délimiter l'implication de l'adolescent dans l'historique familial.								✓	✓	✓	✓	✓
2) Décrire le processus d'adaptation à la perte chez les adolescents endeuillés par suicide.								✓	✓	✓	✓	✓
3) Préciser la qualité du soutien disponible aux adolescents endeuillés par suicide.								✓	✓	✓	✓	✓

2.5.1 Procédures du recrutement et de la collecte des données

Le recrutement des adolescents et la collecte des données se sont déroulés entre le mois d'avril 2008 et le mois de mai 2009 (Figure 2.1). Les intervenants du groupe A et ceux du groupe B avaient la responsabilité de recruter les adolescents admissibles au programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)*. Chaque adolescent recruté a passé une entrevue d'évaluation des besoins pour vérifier qu'il correspond bien aux critères d'inclusion ou d'exclusion, et qu'il démontre un intérêt et une motivation à l'égard de cette participation. Comme mentionné plus haut, les intervenants ont fait passer à l'occasion de cette entrevue une partie de l'inventaire de questionnaires pré-groupe destiné aux adolescents, soit le BDI-II (Beck et al., 1996), le BHS (Beck & Steer, 1988), l'EPS (Caron, 1996) et le GEQ (Barrett & Scott, 1989). Puisque ces questionnaires étaient déjà prévus dans le cadre du programme, ils ont été intégrés à la présente recherche. C'est aussi à ce moment que les parents et les adolescents ont appris qu'ils seraient invités à participer à une recherche.

La cueillette des données a débuté le 30 septembre 2008 par la première entrevue avec les intervenants du groupe B. Dès le lendemain, les six membres du groupe B ont consenti à participer à la recherche, ont été interviewés et ont répondu à la deuxième partie de l'inventaire de questionnaires pré-groupe. Les adolescents du groupe A ont pris part au même procédé le 2 octobre 2008, tandis que l'entrevue auprès des intervenants de ce groupe a eu lieu le 9 octobre 2008.

Pour le groupe B²⁶, les rencontres de groupe ont débuté le mercredi 8 octobre 2008 ; elles se déroulaient à intervalle d'une semaine²⁷, de 19 heures à 21 heures. Une interruption d'un mois (du 17 décembre 2008 au 14 janvier 2009) s'est produite entre la onzième et la douzième (dernière) rencontre de groupe. Ce délai est prévu par le programme et concorde avec la période du congé des fêtes. À mi-parcours, soit le 11 novembre 2008, les

²⁶ Rappelons que les rencontres du groupe B n'ont pas été observées ni filmées.

²⁷ Contrairement à l'intervalle de deux semaines prescrite dans le Guide d'animation.

intervenantes ont été interviewées pour la deuxième fois. Une dernière entrevue avec ces dernières s'est déroulée le 13 février, soit un mois suivant la fin de la participation des adolescents au programme. À ce moment, les intervenantes avaient déjà procédé à une entrevue post-groupe avec les adolescents qui avaient terminé le programme afin de faire le bilan de leur participation. Cette rencontre individuelle post-groupe n'est pas prévue dans le cadre du programme, mais les informations colligées aux dossiers des adolescents lors de cet entretien nous ont été transmises aux fins d'analyse.

Les rencontres du groupe A²⁸ ont débuté le jeudi 9 octobre 2008, de 19 heures à 21 heures, et elles ont pris fin le mardi 17 mars 2009. Les trois premières rencontres se sont déroulées selon un rythme hebdomadaire²⁹; un intervalle de deux semaines a séparé les rencontres suivantes jusqu'à la septième rencontre inclusivement, lequel coïncidait avec le congé des fêtes amorcé le 18 décembre 2008. Un délai d'un mois a donc séparé la septième et la huitième rencontre du 15 janvier 2009. L'intervalle de deux semaines s'est ensuite maintenu jusqu'à la onzième rencontre à la suite de laquelle un délai de trois semaines (prévu par le programme) a précédé la douzième et dernière rencontre. L'entrevue post-groupe avec les intervenants du groupe A s'est tenue le 14 avril 2009, soit un mois après la dernière rencontre de groupe.

L'inventaire des questionnaires post-groupe a été envoyé en deux temps aux adolescents entre le 10 février et le 3 mars 2009 pour le groupe B, et entre le 16 avril et le 24 mai 2009 pour le groupe A. Les adolescents et les parents du groupe B ont été rencontrés pour la dernière entrevue entre le 14 et le 28 février 2009. Pour leur part, les adolescents et les parents du groupe A ont été rencontrés entre le 16 et le 24 avril 2009.

L'informateur clé associé au groupe B a été rencontré pour son entrevue le 11 novembre 2008, tandis que l'informateur clé associé au groupe A a été rencontré le 4 mars 2009.

²⁸ Rappelons que les rencontres du groupe A, quant à elles, ont pu être observées.

²⁹ Cet intervalle hebdomadaire entre les trois premières rencontres de groupe n'est pas prescrit dans le Guide d'animation du programme qui prévoit plutôt un intervalle de deux semaines entre les rencontres. Selon l'auteure du programme et intervenante du groupe A, cette modification de la fréquence des rencontres permet de faciliter l'établissement d'un lien de confiance dans le groupe.

Tableau 2.5 Calendrier du recrutement et de la collecte de données

PÉRIODE	ACTIVITÉS DE RECRUTEMENT ET DE COLLECTE
Avril – Septembre 2008	Recrutement des adolescents au groupe et entrevue d'évaluation des besoins par les intervenants.
Octobre 2008	<p data-bbox="592 479 710 510">Groupe A</p> <ul data-bbox="639 530 1255 633" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="639 530 1255 560">• 30 septembre: entrevue pré-groupe Intervenants. <li data-bbox="639 562 1255 592">• 1er octobre: entrevues pré-groupe Adolescents. <li data-bbox="639 594 1255 633">• 8 octobre: début des rencontres de groupe. <p data-bbox="592 653 710 683">Groupe B</p> <ul data-bbox="639 703 1208 802" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="639 703 1208 733">• 2 octobre: entrevue pré-groupe Adolescent. <li data-bbox="639 735 1208 766">• 9 octobre: entrevue pré-groupe Intervenants. <li data-bbox="639 768 1208 802">• 9 octobre: début des rencontres de groupe.
Novembre 2008	<p data-bbox="592 830 710 860">Groupe B</p> <ul data-bbox="639 880 1345 943" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="639 880 1345 943">• 11 novembre: entrevue mi-groupe Intervenants ET entrevue Informateur clé.
Janvier 2009	<p data-bbox="592 971 710 1001">Groupe B</p> <ul data-bbox="639 1022 1166 1054" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="639 1022 1166 1054">• 14 janvier: Fin des rencontres de groupe.
Février-mars 2009	<p data-bbox="592 1082 710 1112">Groupe B</p> <ul data-bbox="639 1130 1345 1298" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="639 1130 1345 1161">• 13 février: entrevue post-groupe Intervenants. <li data-bbox="639 1163 1345 1225">• 14 et 28 février: entrevue Parents ET entrevue post-groupe Adolescents. <li data-bbox="639 1227 1345 1298">• 10 février au 3 mars: inventaire des questionnaires post-groupe Adolescents. <p data-bbox="592 1318 710 1348">Groupe A</p> <ul data-bbox="639 1368 1135 1433" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="639 1368 1135 1399">• 4 mars: entrevue Informateur clé. <li data-bbox="639 1401 1135 1433">• 17 mars: fin des rencontres de groupe.
Avril-mai 2009	<p data-bbox="592 1461 710 1491">Groupe A</p> <ul data-bbox="639 1512 1345 1675" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="639 1512 1345 1542">• 14 avril: entrevue post-groupe Intervenants. <li data-bbox="639 1544 1345 1606">• 16 au 24 avril: entrevue Parents ET entrevue post-groupe Adolescents. <li data-bbox="639 1608 1345 1675">• 16 avril au 24 mai: inventaire des questionnaires post-groupe Adolescents.

2.5.2 Aspects de confidentialité

La confidentialité a été garantie par des moyens bien précis. Plusieurs informations concernant les participants au programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* étaient déjà enregistrées dans les dossiers, lesquels ont été rendus accessibles par la Direction des services professionnels du CSSSL conformément à l'article 19.2 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2). Il s'agit de l'utilisation secondaire d'informations déjà recueillies dans le cours normal de l'intervention. Les entrevues, les questionnaires d'enquête et les observations consistent en une cueillette d'informations supplémentaires spécifiquement effectuées aux fins de l'évaluation.

Pour avoir accès aux dossiers et recueillir ces informations supplémentaires, nous avons veillé à obtenir un consentement libre et éclairé, et à déclarer notre engagement à la confidentialité auprès de toutes les personnes susceptibles de participer à ces opérations, soit par écrit dans le cas des entrevues et questionnaires (adolescents et parents), soit oralement dans le cas des entrevues auprès des intervenants et des informateurs clés. Plus précisément, en ce qui concerne les adolescents, ces derniers pouvaient décider individuellement de participer uniquement aux entrevues et aux questionnaires d'enquête ET/OU d'être observés ou non durant les rencontres de groupe. Si un adolescent avait refusé d'être observé durant les rencontres (ce qui ne s'est pas produit), les interventions faites avec ce dernier n'auraient pas été prises en considération ni même notées durant les périodes d'observation.

Le formulaire de consentement (Annexes B.1, B.2, B.3)³⁰ a été présenté aux sujets avant la première entrevue. Après la lecture de celui-ci, nous avons insisté verbalement sur le type d'implication nécessaire à la recherche (en fonction du temps et du déplacement), sur leur droit de se retirer en tout temps et de refuser de consentir sans pout autant restreindre leur

³⁰ Le titre de l'étude inscrit sur les formulaires de consentement originaux est « Évaluation du groupe de soutien pour adolescents endeuillés par suicide » alors qu'il s'agit de l'« Évaluation du programme de groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide ». Cette erreur ne semble pas avoir suscité de confusion chez les participants qui savaient dans quel processus ils s'engageaient. Nous la soulevons ici par souci de transparence.

accès aux services. Ensuite, nous avons répondu aux questions et aux commentaires puis quitté la salle pour laisser aux sujets un délai raisonnable pour prendre leur décision. Dans le cas des adolescents âgés de 18 ans et moins, un parent ou un tuteur légal se devait d'être dans la salle avec l'adolescent et de consentir par sa propre signature à ce que ce dernier participe à la recherche.

Seuls les membres de l'équipe de recherche (chercheuse principale et ses directeurs de recherche) ont accès aux données nominales. Celles-ci ont été anonymisées aussitôt que leur traitement le permettait et ce, tant pour les renseignements qui concernent les adolescents et leur famille que pour ceux qui touchent les intervenants. Les entrevues enregistrées à l'aide d'un appareil numérique sont gardées dans un dossier informatique et sont identifiées par un pseudonyme. La liste des pseudonymes se trouve dans un dossier informatique distinct du dossier contenant la transcription des entrevues. L'anonymat des participants est aussi préservé dans tout autre document pouvant porter sur les informations recueillies lors des entrevues (rapports, articles, etc.). Les documents papier et audio issus des cueillettes d'informations sont gardés sous clé en tout temps. Tous les répondants ont été avisés de cette disposition.

Dans le but de rendre la passation de l'inventaire de questionnaires post-groupe plus agréable, convivial et dynamique aux yeux des adolescents, nous avons eu recours au logiciel *SurveyMonkey.com*, version professionnelle. Ce logiciel a déjà été utilisé dans le cadre de recherches menées auprès de personnes pour être finalement accepté par les comités d'éthique. Afin d'avoir accès à l'inventaire de questionnaires, chaque adolescent a reçu dans sa boîte de messagerie courriel un message en provenance de la nôtre. Ce message contenait les explications relatives à l'inventaire de questionnaires ainsi qu'un hyperlien donnant directement accès à l'inventaire de questionnaires en ligne. Aucune adresse courriel d'adolescent n'a donc été transmise aux gestionnaires du logiciel *SurveyMonkey.com*. Pour un maximum de sécurité et de confidentialité, le logiciel permet une option de cryptage des données lors de leur transfert. En termes plus techniques, le logiciel emploie un protocole de *secure sockets layers (SSL)* habituellement utilisé sur les sites Internet sécurisés pour la transmission de documents et d'informations confidentiels tels que des numéros de carte de crédit. Cela fonctionne en utilisant un système cryptographique qui sécurise la connexion

entre le client et le serveur Internet. Le logiciel *SurveyMonkey.com* utilise le niveau de cryptage : *Verisign certificate version 3, 128 bit encryption*. Lorsque l'inventaire de questionnaires est rempli et renvoyé par les répondants, les réponses sont transférées et entreposées dans une base de données accessible sur Internet à l'aide d'un mot de passe déterminé par l'administrateur, soit la chercheuse principale. Toutes les données sont conservées sur le serveur de *SurveyMonkey.com* situé sur le territoire des États-Unis, plus précisément dans les bureaux de l'entreprise *SunGard* qui offre un système de protection des données.

L'utilisation de ce logiciel Internet nécessite, d'un point de vue éthique, que les répondants soient mis au courant de la procédure à suivre pour répondre aux questionnaires ainsi que des conditions inhérentes au fonctionnement du questionnaire en ligne. Par conséquent, chaque adolescent a été contacté par téléphone avant l'envoi de l'hyperlien menant à l'inventaire de questionnaires dans leur boîte de messagerie courriel. Chacun a été mis au courant des enjeux entourant la confidentialité et de l'entreposage des données. Un de leurs parents a aussi été mis au courant et tous deux ont dû donner leur consentement verbal avant que le message courriel soit adressé à l'adolescent. Dans le cas d'un refus ou d'un accès limité à un ordinateur et à Internet, nous nous engageons à envoyer l'inventaire de questionnaires post-groupe version papier par la poste. Ce dernier était alors récupéré lors de l'entrevue post-groupe déjà prévue avec les adolescents.

Dans le cas où un participant nous ferait part d'idées ou intentions suicidaires, il était prévu qu'il soit dirigé vers son intervenant. Nous avons suivi préalablement une formation accréditée par l'Association Québécoise de Prévention du Suicide et sommes en mesure d'évaluer l'urgence suicidaire des participants, d'intervenir auprès d'eux et de les orienter vers un service le cas échéant. Dans le cas où nous identifierions un participant en danger suicidaire, nous avons l'obligation de lever notre devoir de confidentialité et d'en aviser l'intervenant afin de respecter la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., chapitre P-38.001). Les participants ont été mis au courant de cette procédure et des caractéristiques de cette loi avant l'entrevue. Toutefois, cette situation ne s'est pas présentée.

Somme toute, cette recherche correspond aux normes éthiques des différents fonds de recherche ; elle a d'ailleurs été approuvée par le comité scientifique et d'éthique de la recherche du CSSSL auquel sont rattachés les promoteurs du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* (groupe A). Le cas échéant, cette recherche n'avait pas à être approuvée par le *Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains* de l'Université du Québec à Montréal. Ne possédant pas de comité éthique, la direction de CPS-QC (groupe B) a également approuvé la recherche.

2.6 Plan d'analyse

L'analyse des informations et des données recueillies par le biais des techniques qualitatives (entrevues semi-dirigées, observation, analyse des dossiers, journaux de bord) et quantitatives (questionnaires standardisés) s'est déroulée de façon continue durant tout le processus de la recherche, soit selon un mode de travail itératif dans lequel l'analyse est effectuée concurremment à la collecte de données. Au total, nous avons procédé à l'analyse de 40 entrevues semi-dirigées (24 auprès des adolescents, huit auprès des parents, cinq auprès des intervenants et deux auprès des informateurs clés), 12 grilles d'observation, deux journaux de bord, 13 dossiers cliniques et 13 inventaires de questionnaires pré et post- groupe.

Les informations de nature qualitative ont été soumises à une analyse de contenu et une analyse thématique assistée par le logiciel informatisé *NVivo* versions 8 et 9. Cet outil informatique permet de découper par thèmes des transcriptions d'entrevues et autres documents personnels, d'élaborer une arborescence thématique et analytique, puis d'établir des croisements, des associations et des recoupements afin de répondre aux objectifs de la recherche.

L'analyse thématique est inspirée plus particulièrement de la méthode de codification associée à l'approche de la théorisation ancrée, développée par Strauss et Corbin (1998). Ces derniers proposent une façon de codifier les informations selon une gradation qui en assure une analyse en profondeur grâce à la comparaison systématique des unes aux autres. Premièrement, il s'agit d'opérer une codification dite *ouverte* de tout le matériel disponible

(transcriptions d'entrevue, journaux de bord, grilles d'observation et dossiers des adolescents). Cela se fait en examinant chaque document et en associant chaque ligne de texte à un mot ou un groupe de mots résumant et s'approchant le plus près possible du matériel. Ces mots ou groupes de mots sont appelés des codes. Ces codes sont dits émergents puisqu'ils sont créés au fur et à mesure de la lecture du matériel et ne sont donc pas censés représenter les prémisses du chercheur. Cette codification ouverte a généré un total de 435 codes généraux que nous avons classés selon leur association à l'un ou l'autre des types d'évaluation (implantation ou effets) et aux facteurs relatifs au processus d'adaptation à la perte.

Ensuite nous avons procédé à une codification *axiale* qui consiste à structurer les codes d'une manière hiérarchique et de créer des catégories. Certains codes sont plus généraux, tandis que d'autres sont plus spécifiquement liés à l'un ou à l'autre des codes généraux. La catégorisation s'effectue en deux temps. D'abord, il s'agit de dresser la liste des codes élaborés lors de la codification ouverte puis de les regrouper sous un thème qui renvoie à un phénomène plus large. En second lieu, il s'agit de faire la relecture non annotée de l'ensemble du matériel en identifiant les catégories plutôt que les codes initiaux. Une catégorie se différencie d'un code puisqu'elle correspond à un concept en vertu d'un deuxième niveau d'interprétation. «La catégorie est un outil beaucoup plus central que le code. Il faut la clarifier, la détailler, la préciser, éventuellement la revoir, la corriger, la remplacer, l'élargir, la subdiviser, la fusionner, etc.» (Paillé, 1994, p.164). Pour la réduction du nombre de catégories, l'auteure de cette thèse s'est fiée à leur fréquence d'apparition. Si une catégorie ne couvrait finalement qu'une ou deux sources, nous devions décider de l'intégrer dans une autre ou de lui conserver son caractère singulier. Par exemple, nous avons intégré la catégorie *ruminantion* qui ne contenait qu'une référence à la catégorie plus générale *contrôle des émotions*, tandis que nous avons décidé de garder la catégorie *fuite* malgré sa rareté (2 références) parce qu'elle revêt un caractère nettement distinct et qu'elle évoque un thème important. Le Tableau 2.7 résume les principales catégories d'analyse.

Tableau 2.6 Synthèse des principales catégories d'analyse

Sections	Catégories	
Évaluation de l'implantation	1.Description de la clientèle 3.Processus de groupe 5.Outils d'intervention	2.Phases du programme 4.Facteurs favorables et défavorables à l'implantation 6.Exercices du programme
Évaluation des effets	1.Réseau social 3.Briser l'isolement 5.Comportements suicidaires 7.Changements observables 9.État après une rencontre 11.Contrôle des émotions 13.Sentiment de culpabilité 15.Tristesse 17.Confiance en soi 19.Apprentissages 21.Expression des émotions 23.Résolution de problèmes 25.Colère	2.Perception du suicide et des personnes suicidaires 4.Compréhension des raisons du suicide 6.Normalisation des réactions de deuil 8.Cheminement du processus de deuil 10.Attribution du changement chez le jeune 12.Capacité à parler de la personne suicidée 14.Compréhension du processus suicidaire 16.Idéalisation de la personne suicidée 18.Compréhension du processus de deuil 20.Objectifs de deuil encore à atteindre 22.État général avant la participation au programme 24.Attentes et objectifs 26.Effets secondaires du programme 27.Capacité à mettre ses limites
Définition du processus d'adaptation à la perte	1.Parents 3.Fuite 5.Sources de réconfort 7.Faire semblant d'aller bien 9.Remplacement des rôles 11.Fatigue et insomnie 13.Réactions de l'entourage 15.Difficultés scolaires 17.Climat familial 19.Relation parent-ado 21.Rêve 23.Spiritualité 25.Regrets 27.Attachement persistant 29.Empathie 31.Ennui	2.Événements suite au programme 4.Consommation (alcool, tabac, drogue) 6.Responsabilisation du suicide 8.Identification à la personne suicidée 10.Raisons de vivre 12.Vie précieuse 14.Confiance en la vie 16.Sens du suicide du proche dans sa propre vie 18.Réflexions sur la vie et la mort 20.Monde juste et équitable 22.Dates anniversaires 24.Souvenirs 26.Contrôle sur les événements de vie 28.Peur d'événements tragiques futurs 30.Futur

La troisième étape de la codification *sélective* consiste à créer des liens horizontaux entre les catégories. Il s'agit d'un travail de sélection et de réduction des informations. Les liens font émerger des trajectoires, des relations de temporalité ou bien des combinaisons catégorielles. Cette catégorisation de l'information ne s'appuie pas tant sur la récurrence d'une catégorie pour signifier sa solidité théorique, mais bien sur l'intensité et la diversité des liens qu'elle entretient avec les autres catégories (Paillé, 1994). À cette étape, nous avons décloisonné les sections de l'évaluation et avons fait des liens entre les différentes catégories. Les résultats de cette étape de codification sont présentés dans le prochain chapitre. En raison de l'abondance des catégories incluses dans la section définition du processus d'adaptation à la perte (troisième objectif de recherche), nous avons sélectionné celles qui se rapportaient exclusivement aux thèmes ciblés. Loin d'être inintéressantes, les catégories restantes pourront faire l'objet d'une seconde étude plus approfondie sur le deuil par suicide vécu par les adolescents.

Quant aux données de nature quantitative, elles ont été soumises à des analyses descriptives, à des analyses de variance simple et à des analyses de variance à mesures répétées et ce, par le biais des logiciels *EXCEL* et *SPSS*. Elles ont fait l'objet d'analyses descriptives : elles décrivent statistiquement les adolescents par rapport aux variables sociodémographiques (genre, âge), aux variables associées aux circonstances du suicide (nombre de mois depuis le décès, être témoin du suicide, habitait avec la personne suicidée, moyen utilisé) et aux variables associées à la participation au groupe (terminer le groupe, nombre de rencontres auxquelles le sujet a participé). Les analyses de variance simple permettent de reconnaître les différences de moyenne sur les différentes échelles de l'inventaire de questionnaires entre le groupe A et le groupe B aux deux temps de mesure, entre le groupe d'adolescents qui présente un degré de symptômes dépressifs élevé et celui qui en présente un plus léger ainsi qu'entre le groupe d'adolescents qui a terminé le programme et celui qui ne l'a pas terminé. Quant aux analyses de variance à mesures répétées, elles permettent de déterminer les différences de moyennes sur les différentes échelles de l'inventaire des questionnaires entre le premier temps de mesure et le second.

Finalement, nous avons opéré différents croisements entre les résultats issus des analyses quantitatives et qualitatives. Certaines informations qualitatives ont été quantifiées, tandis que

des données quantitatives ont été interprétées qualitativement. C'est le cas entre autres des données et informations recueillies pour l'évaluation des effets. Bien que les effets du programme se mesurent principalement par une méthode quantitative, la méthode qualitative permet de combler les lacunes des questionnaires utilisés qui, comme mentionné plus haut, ne couvrent pas directement l'ensemble des effets à court terme attendus par le programme. Favorablement, les catégories émergentes de l'analyse thématique associées à l'évaluation des effets recourent chacun des sept effets attendus présentés dans la théorie du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* (Figure 1.3, p.66).

2.7 Validation de la démarche

Puisque nous utilisons une méthodologie mixte suivant une position dialectique, nous devons entre autres bien préciser la définition des critères de scientificité propres à chacune des méthodes et nous assurer de la rigueur d'exécution de la recherche. Ces critères se définissent en fonction de la validité interne et externe de la recherche, mais également par des stratégies telles que la triangulation et la transparence ainsi que par un principe de saturation. L'application conjointe de ces critères et de ces stratégies contribue à augmenter la rigueur de la recherche.

Le critère de validité est un indice de la qualité scientifique d'une recherche empirique. Il se divise en deux sous-critères, soit la validité interne et la validité externe. Selon sa définition classique associée aux méthodes quantitatives, la validité interne réside essentiellement dans la justesse et la pertinence du lien établi entre les observations empiriques et leur interprétation (Boudreau & Arsenault, 1994). Cela dit, l'atteinte d'un haut niveau de validité interne nécessite que la recherche ait lieu dans un environnement contrôlé propre aux devis expérimentaux où sont entre autres limitées l'influence de la mesure, celle du chercheur et celle des caractéristiques des participants. D'autre part, selon la définition associée aux méthodes qualitatives, la validité interne (ou crédibilité) d'une recherche renvoie plutôt à « la *correspondance*³¹ entre une observation et la réalité empirique visée par cette observation » (Muchielli, 1996, p. 265). Cette procédure passe par des stratégies de transparence et de

³¹ C'est nous qui soulignons.

triangulation. Dans le cadre de notre recherche, nous avons fait bon usage de celles-ci afin de diminuer les entraves à la validité interne associées à notre devis non expérimental de type pré-post sans groupe témoin (échantillon de convenance, maturation des participants, perte de sujets, absence de groupe témoin).

Premièrement, nous prétendons faire preuve de transparence en raison du souci que nous avons eu de décrire en détail les différents rôles tenus en tant qu'évaluatrice, et de décrire la stratégie générale de la thèse et du déroulement de la recherche. Ce souci de transparence permettra au lecteur de saisir les facteurs qui ont justifié nos choix et guidé notre interprétation des résultats. En second lieu, nous avons employé la stratégie de la triangulation qui consiste à superposer et à combiner plusieurs techniques de cueillette des données afin de compenser le biais inhérent à chacune d'entre elles (Muchielli, 1996). Recueillir des informations auprès de plusieurs acteurs (adolescents, parents, intervenants, informateurs clés) et recourir à plusieurs techniques ou plusieurs sources de cueillette des données (entrevues, observation, questionnaires, dossiers cliniques, journaux de bord) nous ont permis de vérifier la justesse et la stabilité des résultats produits. Cette stratégie est d'autant plus pertinente qu'elle « décrit aussi un état d'esprit du chercheur, lequel tente activement et consciemment de soutenir, de recouper, de corroborer les résultats de son étude » (Muchielli, 1996, p. 261).

Quant à la validité externe, elle indique le degré de généralisation des résultats, c'est-à-dire à la possibilité d'étendre ou d'appliquer les résultats d'une recherche à d'autres groupes ou d'autres contextes (Boudreau & Arsenault, 1994). Dans le cas d'une recherche strictement quantitative, la validité externe est assurée par la spécification du contexte social, temporel et spatial de la recherche et par l'échantillon représentatif. En ces termes, puisque notre échantillon en est un de convenance, la validité externe de notre recherche ne serait pas considérée comme très élevée. Toutefois, le fait d'avoir utilisé concomitamment des méthodes qualitatives nous permet plutôt de prétendre à la transférabilité des résultats grâce à l'application du principe de saturation.

La saturation théorique est atteinte lorsque le chercheur, à travers son analyse comparative constante, observe une diversité maximale de données relatives au phénomène étudié (Glaser

& Strauss, 1967). Plus précisément, cela se produit lorsque lors de l'analyse et à la suite d'applications successives, les données récentes n'ajoutent aucune propriété nouvelle (par exemple : de nouveaux codes généraux). Nous avons constaté ce phénomène alors que 80 % de tout le matériel était codifié. Le 20 % restant a été codé en fonction des codes généraux déjà existants, nous épargnant d'en créer de nouveaux. Cette saturation théorique atteinte, nous pouvons prétendre produire un savoir riche, adéquat et nuancé, intimement rattaché au contexte des adolescents endeuillés par suicide qui ont participé au programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)*. Dès lors, ce savoir se révèle transférable à une autre population partageant des caractéristiques semblables. D'autre part, notre utilisation de plusieurs sources d'information nous a également permis d'atteindre ce que Pires (1997) appelle une saturation empirique : le chercheur juge que les derniers documents, entrevues ou observations n'apportent guère d'informations suffisamment nouvelles ou distinctes pour justifier une augmentation du matériel empirique.

En somme, le devis à méthode mixte mis en place dans le cadre de cette recherche d'approche participative apparaît comme le mieux adapté au contexte de la demande des promoteurs du programme et à nos objectifs de recherche. Il nous permettra de poser un jugement valide à propos de l'implantation et des effets du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* ainsi qu'à mieux documenter les facteurs qui influencent le processus d'adaptation à la perte des adolescents endeuillés par suicide.

CHAPITRE III

RESULTATS

Ce chapitre présente les résultats des analyses qualitatives et quantitatives des données recueillies au cours de l'évaluation du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)*. Les résultats sont échelonnés en fonction de leur correspondance à chacun des trois objectifs de recherche. Certains sont de nature exclusivement quantitative ou qualitative, tandis que d'autres résultent d'une intégration des deux méthodes.

3.1 Évaluation de l'implantation

Cette section porte sur les résultats associés principalement à l'évaluation de l'implantation du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* et répond au premier objectif de cette thèse : évaluer l'implantation du programme. Comme la description des sujets s'est faite au chapitre précédent³², nous présentons premièrement les résultats à propos des différentes phases du programme qui permettent de vérifier la conformité entre les prescriptions du Guide d'animation et le déroulement du programme sur le terrain. Suit la description du contexte d'implantation du programme incluant les expériences d'intervention préalables des adolescents et leur degré de participation au programme, le processus de groupe, le contexte organisationnel interne et les caractéristiques de l'environnement externe. Nous terminons par les informations concernant la satisfaction

³² Des portraits plus détaillés de chacun des adolescents se trouvent à l'Annexe C.

des différents acteurs (adolescents, parents, intervenants, informateurs clés) à propos du programme.

3.1.1 Conformité au Guide d'animation du programme

L'évaluation de la conformité du déroulement du programme sur le terrain aux prescriptions du Guide d'animation du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* se réalise à deux différentes phases du programme. Il s'agit premièrement de documenter la phase de planification du programme (formation des intervenants, supervision et soutien des intervenants, recrutement et évaluation des adolescents). Cette phase correspond aux activités d'implantation de la théorie du programme (Figure 1.3, p.66). Ensuite, l'examen de la phase de travail du programme s'effectue en documentant la séquence et le déroulement des rencontres de groupe.

3.1.1.1 Phase de planification

De légères différences se remarquent entre le groupe A et le groupe B relativement aux activités d'implantation prévues à la phase de planification. En premier lieu, l'expérience des intervenants dans l'application du programme explique les disparités en matière de formation au programme. Le groupe A compte pour sa part sur des intervenants qui offrent le programme depuis déjà deux ans (dont l'un d'eux est l'auteur du programme) et n'ont donc reçus aucune formation à proprement dit relativement au programme. Le groupe B s'appuie quant à lui sur des intervenantes qui s'apprêtent à offrir le programme pour la première fois à leur clientèle. Ces dernières ont procédé à une lecture attentive du programme pour se familiariser avec son contenu. Elles ont ensuite rencontré son auteure pour obtenir des éclaircissements. La formation des intervenants au programme est donc informelle et dépendante de l'expérience des intervenants.

Le recours à des séances de supervision et de soutien clinique diffère aussi d'un groupe à l'autre. Contrairement au groupe A, les intervenantes du groupe B n'ont eu aucune supervision clinique formelle à l'exception de la supervision de stage individuelle de Maya.

Loin de s'en plaindre, elles estiment suffisant d'avoir pu consulter l'équipe d'intervenants de leur organisme de manière ponctuelle et de sentir la disponibilité de l'auteure du programme. Quant aux intervenants du groupe A, ils ne croient pas qu'une supervision clinique soit essentielle, mais ils la considèrent fort profitable. Elle permet un temps de réflexion qui donne accès à d'autres perspectives.

« Essentiel, non. Dans le sens où mal pris là, on aurait survécu. » (Intervenants groupe A – Entrevue #2)

« Je ne sais pas si c'est le superviseur ou juste l'idée d'une supervision qui amène tous les points. On a le temps de réfléchir sur un point. Pis quand tu parles du groupe qu'est-ce qui est arrivé à une autre personne, ben là oups, tu repasses le fil pis ça t'amène d'autres questions.» (Intervenants groupe A – Entrevue #2)

Comme troisième activité d'implantation de la phase de planification du programme, le recrutement des adolescents au programme s'est déroulé semblablement dans les deux groupes. Les intervenants des deux groupes ont recruté la majorité des adolescents à partir de demandes d'aide reçues de la part des parents. Ils ont ensuite vérifié l'intérêt d'adolescents ayant déjà participé au programme destiné aux enfants endeuillés par suicide. Il n'y a que dans le groupe A que des références de la part d'intervenants d'autres organisations (écoles, Centre jeunesse, centre de prévention du suicide) ont été sollicitées. Cette dernière stratégie a permis de recruter des adolescents sur le territoire d'un autre centre de prévention du suicide qui ne résident pas sur le territoire de l'organisme du groupe A et qui n'auraient pas eu accès au programme autrement.

Les intervenants témoignent toutefois de la difficulté à recruter les adolescents. Ils trouvent qu'ils doivent travailler fort pour encourager les adolescents à consentir à participer à l'entrevue d'évaluation des besoins. Alors que c'est le parent qui fait la demande d'aide initiale pour son adolescent, ce dernier ne ressent pas d'emblée le même besoin de participer à un groupe. C'est le cas de deux adolescents pour le groupe B et d'un adolescent pour le groupe A ayant refusé de participer. Les intervenants du groupe B mentionnent à cet égard que de « les forcer » à venir dans un contexte non volontaire n'aurait pas été aidant.

« Pis il faut qu'on travaille fort. Le travail à faire avant le groupe pour les amener au groupe, c'est phénoménal. C'est là que ça se joue. » (Informateur clé groupe A – Entrevue)

« Tsé en même temps les jeunes qui n'ont pas accepté : c'est que nous on voit le besoin, mais eux ne sont pas rendus là. » (Intervenants groupe B – Entrevue #1)

Et, une fois recrutés, les intervenants trouvent ardu de déterminer, à l'intérieur d'une seule entrevue d'évaluation des besoins, si l'adolescent saura bien s'intégrer au groupe et en retirer des bénéfices.

« Mais je trouve que c'est difficile au début d'un groupe, dans une rencontre d'une heure et demie si une personne va vraiment *fiter* dans le groupe. » (Intervenants groupe B – Entrevue #3)

Pour pallier la difficulté soulevée par les intervenants relativement à la modalité d'évaluation des adolescents, un parent suggère de tenir la rencontre d'évaluation à domicile. Procéder ainsi permettrait de créer un climat de confiance plus propice au dévoilement de soi.

« Ce serait peut-être mieux comme toi [en s'adressant à l'interviewer] ce que tu fais là, c'est que peut-être si vous rencontriez les jeunes, t'sais quand t'es dans ton environnement, je dirais que des fois t'es plus en sécurité à parler. T'sais quand t'arrives dans une petite salle à part, pis quand tu poignes le jeune dans son environnement, t'sais, il se sent plus à l'aise, moins stressé... » (Parents de Kid – Entrevue)

À la suite de l'entrevue d'évaluation des besoins, les adolescents sont admis au programme s'ils correspondent aux critères d'inclusion et qu'ils ne présentent aucun critère d'exclusion au programme. À cet égard, les intervenants s'interrogent sur la pertinence de créer un nouveau critère d'exclusion à propos d'un délai minimal suffisant entre la survenue du suicide et la participation de l'adolescent au programme. Les intervenants proposent d'attendre trois mois, le temps que l'adolescent ait dépassé l'état de choc et la période du déni après l'annonce du suicide. Cette proposition est appuyée par certains adolescents qui considèrent préférable d'attendre quelque temps avant de participer au programme pour être capable de suivre les exercices proposés et pour éviter des abandons.

« Pour [Sam], c'était correct (qu'il quitte le groupe) parce que ça faisait pas longtemps que c'était arrivé, genre, moi je sais que si ça aurait été ça avec mon père que ça aurait pas fait longtemps, j'aurais peut-être pas été capable. » (Charlotte – Entrevue#2)

Dans le cas où cette proposition est retenue, on souligne l'importance de rester attentif aux besoins de l'adolescent tout en tenant compte des conséquences éventuelles d'un délai prolongé. On craint que faire patienter un adolescent durant plus d'une année risque de miner

sa motivation et brime son droit de recevoir des services. D'autant plus que ces organismes n'offriraient pas officiellement des rencontres individuelles d'appoint durant ce délai.

« Oui, deux mois et demi. Je trouve ça récent. Je trouve ça très récent. Mais c'est toujours clinique. Je me dis que si ils ne le font pas maintenant le groupe, c'est dans un an » (Intervenants groupe A – Entrevue #1).

Suite à la rencontre d'évaluation des besoins, deux adolescents rencontrés pour participer au groupe A n'ont pas été admis. Le premier a été exclu pour des raisons d'accessibilité universelle (locaux non adaptés). Il bénéficiait malgré tout déjà d'un suivi individuel avec une psychologue scolaire. Le second avait déjà fait le groupe pour enfants endeuillés par suicide et l'intervenant a jugé « que son besoin est plus social (+rejet social) que lié au deuil ». Il a été encouragé à poursuivre son engagement auprès des cadets ainsi qu'à poursuivre son suivi avec l'intervenant du CLSC. Pour le groupe B, tous les adolescents rencontrés pour une évaluation des besoins ont été admis.

3.1.1.2 Phase de travail

La phase de travail du programme représente la séquence du déroulement des rencontres de groupe et de leur contenu. Il s'agit de vérifier la conformité de la séquence des rencontres et celle de l'application des exercices proposés aux prescriptions du Guide d'animation du programme.

De manière générale, on remarque que la séquence de certaines rencontres a été modifiée dans le groupe A et dans le groupe B. Le Tableau présenté à l'Annexe D précise la séquence du déroulement des rencontres du programme tel qu'il a été mis en pratique dans chacun des groupes. En plus de ces modifications, les intervenants du groupe B ont créé des exercices inédits, développé de nouveaux outils et ajouté un thème supplémentaire³³ : le processus suicidaire. Ils considèrent que ces modifications sont mineures, qu'elles s'accordent avec les objectifs poursuivis et qu'elles sont justifiées par la dynamique du groupe.

³³ Ceux-ci sont soulignés dans le Tableau présenté à l'Annexe D.

« Dans le fond il y a des activités que nous on a vraiment fait de notre façon à nous pis ça a été vraiment apprécié. Fait que ça on garderait ça aussi, mais ça reste que le thème est le même. Pis en soi, l'objectif est le même. » (Intervenants groupe B – Entrevue #3)

« Mais on s'adapte vraiment. Fait que t'sais on prend ce qu'il y a dans le programme et on fait d'autres petits ajustements. Desfois on switch des activités. Ou comme là dépendamment, t'sais vu que notre groupe parle beaucoup. Ben on les suit là-dedans et on s'ajuste. » (Intervenants groupe B – Entrevue #2)

Les intervenants mentionnent que le contenu des rencontres peut être chargé et qu'ils doivent parfois prolonger la rencontre de quelques minutes ou reprendre le fil d'un exercice à la rencontre suivante. Malgré cela, ils ne supprimeraient aucun exercice et préfèrent adapter la structure des rencontres.

« Mais ce qu'on trouve peut-être plus difficile, ben c'est au niveau du contenu. Et du temps, la gestion du temps. Parce que nous en tout cas jusqu'à maintenant on n'a jamais réussi à tout faire ce qui est dit dans une rencontre. Souvent on va finalement déborder sur l'autre rencontre. » (Intervenants groupe B – Entrevue #2)

« Moi, les activités, j'les trouve importantes. Pis on en a plus que le nombre de semaines. Fait que ça, moi je n'en enlèverais pas une. C'est que ça nous permet de jouer là-dedans. » (Intervenants groupe A – Entrevue #2).

Notons qu'avant d'entamer les activités de groupe, les intervenants des deux groupes ont tenu une rencontre avec les parents pour leur offrir de la documentation sur le deuil et leur présenter le déroulement du programme. Unanimement, cette rencontre est perçue comme utile. Qu'ils aient ou non reçus des informations préalables sur le deuil, les parents trouvent pertinent de savoir quels thèmes risquent de susciter des émotions plus intenses chez les participants.

« Fait quand qu'il revenait... ce que j'ai beaucoup aimé, c'est qu'elle nous avait spécifié les groupes qui allaient être les plus durs. » (Mère de BSA – Entrevue)

En somme, le programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* s'est déroulé de manière suffisamment conforme aux prescriptions du Guide d'animation pour pouvoir tirer des conclusions sur ses retombées. Des suggestions sont formulées par les différents acteurs dans le but d'améliorer des éléments de la phase de planification, dont les stratégies de recrutement et les méthodes d'évaluation des adolescents. Dans la phase de travail, les modifications apportées au contenu de certaines rencontres dans

le groupe B restent conformes aux objectifs du programme et n'en altère pas les fondements. Par contre, tel qu'il en est question à la section suivante, les éléments du contexte d'implantation influencent aussi en bonne partie les retombées du programme.

3.1.2 Contexte d'implantation

Le contexte d'implantation se définit par des facteurs qui favorisent ou défavorisent le bon déroulement de la mise en œuvre du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)*. Les facteurs retenus sont les suivants : les expériences d'intervention de groupe préalables des adolescents et leur degré de participation au programme, le processus de groupe, le contexte organisationnel interne et les caractéristiques de l'environnement externe.

3.1.2.1 Expériences d'intervention de groupe et degré de participation au programme

Cette section rend compte des expériences préalables d'intervention de groupe des adolescents endeuillés par suicide ainsi que de leur assiduité au programme.

Trois adolescents sur 13 avaient préalablement participé au *Programme de thérapie de groupe pour enfants endeuillés par suicide*. Pokmon¹³² et Sram du groupe B ont complété ce programme alors que Lali-Shine du groupe A n'avait participé qu'aux deux premières rencontres. Elle mentionne que le groupe dédié aux enfants était trop enfantin pour elle parce qu'on y dessinait.

Le Tableau 3.1 montre quels adolescents ont complété le programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* et le nombre de rencontres auxquelles chaque adolescent a participé. Sept adolescents sur 13 (53,8 %) ont participé au programme jusqu'à la toute dernière rencontre. De ces sept adolescents, quatre ont participé à la totalité des rencontres (12 rencontres au total).

Tableau 3.1 Participation au programme

Groupe	Nom fictif	Mois depuis le décès	Endeuillé du	Ambivalence pré-groupe	Nombre de rencontres	Termine	Raisons du départ
A	Melz	10	Père		10	Oui	
	Lali-Shine	47	Père	Pression	12	Oui	
	BSA*	20	Père	Entente	12	Oui	
	Kid	1	Frère	Entente	4	Non	Désintéressé / n'apprécie pas de parler de son deuil
	Kidess	1	Cousin	Entente	4	Non	Désintéressée / suit son cousin (Kid) / n'apprécie pas de parler de son deuil avec des inconnus / ne perçoit pas que la thérapie est aidante / préfère parler avec ses amis
	Pikotine	30	Frère	Entente	4	Non	Hospitalisation
B	Lilou	3	Frère	Pression	9	Non	Désinvestie / se sent mieux de manière générale et croit ne plus en avoir besoin / se sent bouleversée à la suite des rencontres
	Chibi	16	Père		11	Oui	
	Sam	1	Frère		3	Non	Deuil trop récent / se sent bouleversé à la suite des rencontres
	Sram	32	Père		7	Non	Désintéressé / format des rencontres qui demande un niveau de concentration trop élevé considérant son trouble d'attention
	Poulet	11	Père		12	Oui	
	Charlotte	11	Père		11	Oui	
Pokmon 132	21	Père		12	Oui		

* BSA avait une ordonnance de la cour le sommant de suivre une thérapie s'il voulait retourner vivre avec sa mère.

D'après un test-t standard (analyse de variance simple), il n'existe pas de différence significative selon l'âge entre les adolescents qui terminent le programme ($M = 14,4$; $ÉT = 1,81$) et ceux qui ne le terminent pas ($M = 13$; $ÉT = 0,63$), $t(11) = 0,09$, $p = 0,73$. Pareillement en ce qui concerne l'intervalle de mois entre le décès et la participation au programme, $t(11) = 1,04$, $p = 0,32$ (adolescents qui terminent : $M = 19,4$; $ÉT = 12,9$; adolescents qui ne terminent pas : $M = 11,3$; $ÉT = 15,3$).

Certains adolescents se sont montrés ambivalents face au programme auquel ils étaient libres de participer ou non. Les intervenants du groupe A ont donc conclu une entente avec quatre adolescents : s'engager à venir au moins à deux rencontres. Trois d'entre eux ont quitté le programme avant sa fin malgré le respect de leur engagement initial. Par ailleurs, deux autres adolescentes disaient venir aux rencontres sous la pression de leur mère; l'une d'entre elles a quitté le programme avant la fin de celui-ci. Une seule adolescente a manifesté un intérêt immédiat qui s'est maintenu tout au long du programme. Dans le groupe B, tous les adolescents ont manifesté leur intérêt à participer au programme dès qu'il leur a été proposé.

3.1.2.2 Processus de groupe

Le processus de groupe se construit à travers « l'interinfluence des phénomènes de groupe » (Berteau, 2006, p. 43) qui font de lui une entité distincte qui évolue dans le temps. Les éléments ici retenus pour traiter du processus de groupe sont les éléments structurels (aspects spatio-temporels), les normes (formelles et informelles), le rôle tenu par les intervenants, les patrons de communication établis ainsi que par certains éléments socio-affectifs (dont la qualité des relations entre les membres du groupe). L'évaluation du processus de groupe permet d'identifier les caractéristiques souhaitables du groupe de thérapie pour maximiser l'atteinte des objectifs du programme. Voici les résultats à propos de chacune de ces dimensions et les appréciations des différents acteurs.

Éléments structurels

Les éléments structurels d'un groupe comportent le rythme et le nombre de rencontres, le type de matériel utilisé pour créer une ambiance propice à l'expression des émotions, la disposition physique du local et l'emplacement du lieu où elles se déroulent ainsi que l'enchaînement général du cadre d'une rencontre (accueil – exercices – conclusion).

De prime abord, les adolescents aiment le rythme des rencontres. Qu'elles aient lieu chaque semaine (groupe B) ou à intervalle de deux semaines (groupe A), une majorité d'adolescents ayant terminé le programme (5/7) souhaiteraient que le programme se poursuive sur plus de 12 rencontres. Ce vœu découle principalement du souhait qu'ils formulent de continuer à côtoyer les autres membres du groupe.

La disposition du local où se déroulent les rencontres ainsi que le matériel utilisé pour créer une ambiance propice à l'expression des émotions diffèrent d'un groupe à l'autre. Alors que dans le groupe A les adolescents sont assis autour d'une table, les adolescents du groupe B sont assis en rond devant une table basse leur permettant de voir les autres adolescents de la tête aux pieds. Cette disposition particulière leur permettait, disent-ils, de mieux percevoir les signes non-verbaux liés aux émotions ressenties. Dans les deux cas, les intervenants se font face tel que cela est prescrit dans le Guide d'animation du programme.

« On pouvait voir encore plus comment que les autres agissaient. T'sais, que ce soit juste un petit tic de pied, on le voyait quand la personne était en fait mal à l'aise, quand la personne, elle feelait pas, pis on voyait encore plus les émotions, je pense vu que on voyait la personne en entier et non juste à partir de la tête. » (Chibi – Entrevue #2)

Les intervenantes du groupe B tamisent les lumières, offrent une collation et utilisent à l'occasion des chandelles pour créer une atmosphère propice à l'installation d'un climat de confiance et au dévoilement de soi. Dans le groupe A, les intervenants procurent plutôt des crayons et des feuilles blanches aux adolescents pour encourager l'expression des émotions par le dessin durant les rencontres. Cette dernière stratégie a par contre été réservée en cours de route à un seul adolescent puisqu'elle contribuait selon les intervenants et nos observations à désorganiser le groupe. Toujours dans le groupe A, des friandises ont été offertes uniquement à l'occasion des fêtes comme l'Halloween et Noël. La nourriture, aux dires des

intervenants, donne l'impression aux adolescents qu'ils ne sont plus dans le cadre thérapeutique et, par conséquent, se dévoilent davantage.

« Ben je pense c'est une chose que [Psy] passait comme commentaire quand il y avait le party de Noël, elle a dit: [...] Ils ne pensent tellement plus qu'on est dans le groupe quand il y a de la bouffe. » (Informateur clé groupe A –Entrevue)

En ce qui concerne l'emplacement du lieu où se déroulent les rencontres, la distance géographique parcourue entre le lieu de résidence des adolescents et le lieu des rencontres de groupe témoigne indirectement de la motivation des adolescents et des parents qui optent pour une participation au programme. Alors que dans le groupe B la moyenne de kilomètres parcourus pour se rendre au lieu de rencontre était de 10 km (min. : 1 km, max. : 25 km), elle montait à 33 km pour le groupe A (min. : 13 km, max. : 75 km). Dans ce groupe, notamment, un seul adolescent habitait la même ville où se déroule le programme. Les autres devaient consacrer un temps considérable pour réaliser leur engagement d'autant plus qu'une majorité des parents concernés (4/6)³⁴ attendaient leur enfant sur place avant le retour à la maison.

« C'est ça comme t'as vu c'tait loin dans l'traffic. Pis là on pouvait le laisser là, revenir. Pis c'tait deux heures. Fait qu' attendre... On partait quasiment un trois heures; une demi-heure allez — deux heures — une autre demi-heure pour revenir. Fait que c'tait comme un trois heures là c'tait... quand on travaille là... » (Parents de Kid – Entrevue)

Enfin, l'enchaînement général du cadre d'une rencontre se déroulait de la même façon d'un groupe à l'autre. Les intervenants amorçaient les rencontres en demandant aux adolescents d'identifier les événements marquants de la dernière semaine et en les incitant de se situer sur l'échelle de bien-être. On enchaînait par la suite directement avec les exercices. En nous fiant sur les informations obtenues en entrevues et lors des séances d'observation, rarement est-il arrivé que les intervenants présentent le thème et les objectifs de la soirée. Toutefois, on remarque qu'ils prenaient le temps de conclure chaque rencontre par un court bilan des apprentissages et demandaient aux participants de se situer de nouveau sur l'échelle de bien-être.

³⁴ Un adolescent fait le trajet seul en autobus.

Donc, à l'exception de l'enchaînement du cadre général d'une rencontre, nos observations montrent qu'il existe des différences entre les deux groupes relativement aux éléments structurels du programme. Alors que les différences dans le rythme des rencontres et la disposition du local ne créent pas d'inconfort de part et d'autre, l'utilisation du dessin lors des rencontres du groupe A est remise en question comme stratégie d'expression spontanée des émotions. L'offre de nourriture durant les rencontres apparaît quant à elle comme une stratégie prometteuse pour créer un climat propice au dévoilement de soi. De plus, la distance géographique entre le lieu de résidence des adolescents et l'emplacement des rencontres de groupe représente un des éléments structurels lié au degré de motivation des adolescents et des parents qui participent au programme.

Normes

L'établissement de normes dans un groupe représente un autre facteur d'influence du processus de groupe. Les normes sont des règles de conduite sur lesquelles les membres s'entendent et qui reflètent l'idée qu'ils se font d'un comportement idéal ou attendu (Turcotte & Lindsay, 2008, p. 42). À cet égard, chacun des adolescents dans les groupes devait s'engager dès la première rencontre à respecter les règles d'un code de vie dont le canevas est présenté dans le Guide d'animation du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)*. Chacun des groupes pouvait apporter de nouveaux éléments à ce code de vie, mais les principes de base de respect, de liberté, de non-jugement et de confidentialité sont incontournables. Les grandes lignes de ce code de vie étaient écrites sur un carton et exposées à la vue de tous.

Au sein du groupe B, ces règles étaient mises à jour à chaque fois qu'un membre sentait le besoin de le faire. Suite à une discussion en groupe, on ajoutait la nouvelle règle au code de vie. À la troisième rencontre, les participants ont statué qu'ils avaient le droit de se poser mutuellement des questions, mais aussi le droit de refuser d'y répondre. À la septième rencontre, ils ont précisé qu'il fallait être honnête relativement à ses propres émotions.

« Ben, t'sais, on mettait des règles, là : pas couper la parole ou des affaires de même, là, mais t'sais on a mis une règle, t'sais là, on peut poser des questions, mais si la personne veut pas répondre, c'est libre à elle.[...] On l'avait écrit. » (Pokmon132 – Entrevue #2)

Dans le groupe A, les intervenants ont dû faire un retour sur le respect des règles du code de vie lors de la quatrième rencontre. Ils ont également formulé une nouvelle règle à propos du dessin durant les rencontres. Comme mentionné plus haut, dessiner était initialement vu comme une bonne façon pour les adolescents d'exprimer leurs émotions alors que cela créait l'effet inverse et nuisait à leur concentration. Les intervenants ont donc interdit aux participants de dessiner, à l'exception de BSA qui utilisait le dessin à bon escient sans perturber le déroulement des rencontres, ce qu'un participant n'a pas apprécié. Toutefois, cette interdiction a été levée plus tard, mais à condition qu'on dessine discrètement.

« Ben, je trouvais ça cool parce que je pouvais dessiner, puis après ça (incompréhensible), je trouvais ça vraiment dur, là, je trouvais ça injuste, là, parce qu'ils nous avaient interdit de prendre les crayons sauf un gars, genre. Parce que lui, c'est avec le dessin qu'il se défoulait le plus, mais moi aussi, je me défoule avec ça pis, c'est comme s'ils s'en foutaient. Là, j'étais là. C'est nul. » (Lilou – Entrevue #2).

Certains adolescents ont eu de la difficulté à respecter les normes du code. Dans le groupe B, Sram avait beaucoup de mal à rester assis, concentré et à l'écoute des autres. Bien que cette difficulté puisse être directement associée à son trouble d'attention, les intervenantes ont tout de même envisagé de le retirer du groupe pour préserver la cohésion de celui-ci. Finalement, Sram a pris lui-même la décision de quitter le groupe. Cette situation pose un dilemme aux intervenantes qui trouvent difficile de choisir entre un climat de groupe perturbé ou le sentiment d'échec pouvant être ressenti par l'adolescent turbulent qui quitte prématurément le programme.

« C'est tout un petit peu le défi qu'on a de se dire qu'on ne veut pas non plus que si il décide de quitter le groupe. On ne veut pas non plus qu'il voit ça comme un échec. Mais en même temps, on n'a pas le choix de penser en fonction du groupe aussi. » (Intervenants groupe B – Entrevue #2)

Dans le groupe A, certains comportements et certaines attitudes contrevenaient aux règles du code de vie et les intervenants ont envisagé de retirer du groupe les adolescents concernés. Entre autres, Kidess se montrait cynique et ironisait lorsqu'elle répondait aux questions ; elle a quitté d'elle-même le groupe après la quatrième rencontre.

Lorsqu'un adolescent quitte le groupe avant la fin du programme, la 11^e règle du code de vie proposée dans le Guide d'animation prescrit qu'il doit se présenter à une rencontre pour dire

au revoir aux autres membres du groupe. Seul Sam, du groupe B, a respecté cette règle. BSA (groupe A) a laissé paraître une légère frustration à l'égard des adolescents qui n'ont pas respecté cette règle.

« Ah! Elle nous avait dit [PSY] que si, mettons, je voudrais lâcher, il faudrait que je vienne à la rencontre pour dire : Ah! moi je lâche, J'les crois plus, lalala. Eux autres, ils l'ont pas fait. » (BSA – Entrevue #2)

Comme c'est souvent le cas lorsqu'on intervient auprès de personnes à risque suicidaire, les intervenants passent un contrat de non-suicide avec les adolescents. Ce contrat verbal stipule que l'adolescent qui aurait des pensées suicidaires ou des comportements suicidaires doit en faire part et demander de l'aide. Dans le groupe B, un contrat de ce type était passé individuellement uniquement lorsqu'un adolescent mentionnait avoir déjà eu des idées suicidaires ou fait une tentative de suicide. En plus de ce contrat individuel, les intervenants du groupe A ont demandé à tous les adolescents de s'engager en groupe à demander de l'aide si tel était leur cas.

En somme, les adolescents des deux groupes adhèrent aux normes préalablement définies dans le code de vie et acceptent de conclure un contrat de non-suicide avec les intervenants. Ils aiment que le code de vie puisse être bonifié par l'ajout de nouvelles règles en cours de programme. Lorsqu'une règle du code de vie n'est pas respectée ou que sa mise en application semble injuste, on remarque de l'inconfort et de la frustration de la part d'adolescents qui s'y conforment. Dans les cas où un dilemme se pose pour les intervenants relativement à maintenir ou pas un adolescent dans le groupe malgré ses digressions aux règles du code de vie, les adolescents concernés ont tous pris la décision de quitter volontairement le programme.

Rôle des intervenants

On remarque que chacun des groupes se différencie entre autres par le rôle qu'entendaient jouer les animateurs et par leurs manières de faire. Alors que les intervenants du groupe A, d'emblée positionnés comme des experts, déployaient de fait un style d'animation plus

directif ou structurant, les intervenants du groupe B, se définissant principalement comme des promoteurs d'aide mutuelle, déployaient plutôt un style d'animation axé sur la participation.

Au cours de nos observations du groupe A, nous avons en effet remarqué que l'intervenante-experte, plus orientée vers la tâche, menait le groupe dans 75% des cas, tandis que son coanimateur tendait à se mettre au diapason des adolescents et dirigeait son attention vers le climat du groupe. Les deux intervenants se considèrent complémentaires en termes d'animation.

« Les jeunes établissent les faits que c'est elle la spécialiste pis moi je découvre en même temps que les jeunes. [...] Moi, ma responsabilité est plus humaine que thérapeute. Elle est plus, c'est là-dessus la coche de plus pour [PSY], sa responsabilité de thérapeute est immense. » (Intervenants groupe A – Entrevue #1)

« Oui, on a vraiment nos rôles. Pis on s'en est jamais vraiment parlé. Ça se fait tout seul. Ben on s'en est sûrement déjà parlé là, mais t'sais c'est pas formel: Moi j'ai tel rôle, toi t'as tel rôle. C'est plus qu'on a nos forces. » (Intervenants groupe A – Entrevue #2)

Le rôle tenu par les intervenantes du groupe B filtre au travers de leur discours et du modèle d'intervention de groupe dont elles se réclament, c'est-à-dire axé sur l'aide mutuelle. Un des principes généraux de ce modèle stipule entre autres qu'outre l'expertise apportée par les intervenants, les membres du groupe agissent eux-mêmes à titre d'aidants de premier plan du fait de leurs connaissances acquises et de leurs expériences inestimables en vue de leur rétablissement (Steinberg, 2008).

« Dans le fond c'est un peu la philosophie de ce modèle-là c'est vraiment d'amener les jeunes à s'entraider mutuellement. Puis aussi de partir toujours d'eux dans le fond. [...] C'est de pas nécessairement leur enseigner des choses. T'sais c'est vraiment toujours de partir de eux ce qu'ils nous disent et de quand même aller compléter. Mais c'est ça c'est vraiment de partir de leurs besoins à eux, de qu'est-ce qu'ils ont le goût de parler pis après ça d'aller peaufiner un peu ça. Puis c'est ça, de vraiment amener l'aide mutuelle entre les membres du groupe. » (Intervenants groupe B – Entrevue #1)

Les intervenantes du groupe B considèrent qu'elles sont une « dyade gagnante ». Elles perçoivent que chacune a sa place dans l'animation d'un groupe et que le partage des rôles est équilibré. Elles se considèrent complémentaires et croient que la communication entre elles passe bien malgré la différence de leur nombre d'années d'expérience en matière d'intervention de groupe.

« Mais moi je trouve que ça se passe super bien. Pis c'est le fun. Dans le fond on a chacun notre place. On prend chacun notre place et on se donne notre place qu'on a à prendre. Pis je suis contente que ça soit ça. Je suis quand même avec une personne qui a quand même beaucoup d'expérience pis moi j'en ai moins. Pis ça me donne quand même un bon modèle. [...] Pis je trouve que ça se passe super bien dans le fond. On communique bien. Pis si je pense que s'il y a quelque chose, c'est sûr qu'on va s'en parler. » (Intervenants groupe B – Entrevue #1)

La métaphore de Pokmon¹³², rapportée par les intervenantes, est en ce sens un témoignage appréciable du fonctionnement d'un groupe axé sur l'aide mutuelle tel qu'établi dans le groupe B. « Pour moi, vous [les intervenantes] êtes comme une phrase. Vous êtes comme la majuscule de la phrase parce que vous nous donnez un thème. Fait que nous on part, on fait la phrase et vous mettez le point » (Intervenants groupe B – Entrevue #3).

Pour résumer, le rôle tenu par les intervenants diffère largement d'un groupe à l'autre. Alors que les intervenants du groupe A prennent le rôle d'expert et privilégient un style d'animation plus structurant, les intervenantes du groupe B prennent plutôt le rôle de promoteur d'aide mutuelle et optent pour un style d'animation participatif. Ce choix rationnel influence forcément les patrons de communication manifestés dans chacun des groupes.

Communication

Chacun des groupes a déployé ses propres patrons de communication. Les intervenants du groupe A orientaient plutôt leur travail vers l'intervention individuelle dans un contexte de groupe.

« On fait de la thérapie individuelle en groupe. [...] Où il y a des moments où on intervient juste avec une personne. Pis que oui ce qu'on va travailler avec juste une personne peut avoir un impact sur les autres. Mais qu'on le fait vraiment pour cette personne là. Alors que si on était purement de la thérapie de groupe, on utiliserait exclusivement ce qui se passe à l'intérieur de la rencontre, je crois, pour aller plus loin dans les rencontres. Il y aurait peut-être moins de moments de thérapie individuelle. » (Intervenants groupe A – Entrevue #1)

Nous avons observé lors des rencontres que la communication entre les membres de ce groupe était peu encouragée par les intervenants. La majorité des interactions avait lieu entre l'intervenant et l'adolescent qui avait la parole. On passe ainsi d'un adolescent à un autre sans

nécessairement demander aux autres ce que le dernier témoignage suscite comme émotion, questionnement ou commentaire.

Les intervenants du groupe A reconnaissent avoir eu de la difficulté à ce que les adolescents expriment leurs émotions durant les rencontres. Ils ont utilisé plusieurs stratégies pour les y encourager : commencer par transmettre un contenu plus informatif pour se diriger graduellement vers des sujets plus émotifs ou bien de se doter d'un signal annonçant aux adolescents qu'ils sont en train de contourner leurs sensations émotives.

« En fait on passe par la psychoéducation pour faire d'autres choses. C'est que je pense qu'en thérapie de groupe avec des ados, je me situe pas comme étant l'experte là. On peut pas, surtout pas avec ce groupe-là, rentrer comme ça dans l'émotion. Ça les aurait fait fuir. Ils auraient été... Émotionnellement, ça aurait provoqué trop de choses. Passer par la psychoéducation c'était une porte. [...] Pis quand on poignait un nœud dans ce groupe là, c'est qu'ils refusaient d'aller au-delà de la psychoéducation. Ils prenaient l'affaire au premier niveau et ils arrêtaient là. [...] Quand [Goodmen] tapait sur la table pour leur dire, là vous êtes en train de fuir. C'était pas une technique psychoéducative au sens strict. On ne cherchait pas à leur apprendre quoi que ce soit. On cherchait plus à leur montrer : Regardez là, émotivement vous n'êtes plus là. » (Intervenants groupe A – Entrevue #2)

Cette difficulté n'a pas été rapportée par les intervenantes du groupe B qui considèrent que la majorité des adolescents ont su exprimer leurs émotions lors de différents exercices : l'exercice de la photo, l'exercice des *post-it* et lors de la rédaction de la lettre à la personne décédée. Pour les intervenantes de ce groupe, il est important que les adolescents échangent leurs expériences entre eux et se posent des questions. Lors de la première entrevue, l'une d'elles mentionnait qu'elles auront le sentiment d'avoir atteint leur objectif si les adolescents se regardent davantage les uns vers les autres pour voir valider leurs propos que s'ils demeurent constamment tournés vers les animatrices.

« Ben moi je le vois aussi beaucoup en terme d'ouverture de chaque jeune. Au fur et à mesure des rencontres, on va le voir effectivement s'ils s'ouvrent de plus en plus. Pis moi je pense que comme intervenant même si oui on va avoir un peu un rôle d'éducation, mais je pense que si de plus en plus ils ne se retournent pas vers nous, mais ils se retournent l'un vers l'un et l'autre. » (Intervenants groupe B – Entrevue #1)

Finalement, les patrons de communication diffèrent d'un groupe à l'autre. Dans le groupe A, les interactions sont principalement orientées de l'intervenant vers chacun des adolescents et

inversement. Le climat y est aussi peu propice à l'expression des émotions. Ce qui n'est pas le cas du groupe B où les échanges entre les adolescents sont ouvertement encouragés.

Vie socioaffective

La vie socioaffective d'un groupe renvoie à « l'ensemble d'éléments d'ordre relationnel et émotionnel qui influe sur le fonctionnement du groupe » (Turcotte & Lindsay, 2008). Bien que ces éléments soient fort variés, les résultats de l'analyse en révèlent quelques-uns concernant la cohésion du groupe, la relation de confiance, la révélation de soi et de certains événements significatifs, la comparaison et l'aide mutuelle ainsi que les réactions au départ d'un membre. Cette section se termine sur une note concernant l'effet de la présence de membres d'une même famille dans un groupe.

De manière générale, les intervenants du groupe A montrent de la difficulté à qualifier leur groupe. Ils vont jusqu'à affirmer qu'il ne s'agissait pas vraiment d'un groupe. Le seul point commun des adolescents aura été leur peur de l'émotion.

« Moi ce qui m'a marquée beaucoup comme dit [Goodmen]. T'sais, je veux dire, j'en ai fait quand même plusieurs groupes, moins que lui, mais quand même. Pis je n'ai jamais vu ça un groupe comme ça. C'est-à-dire pas de groupe. Pis non seulement pas de groupe, parce que des groupes individuels on en a eus. Mais un groupe comme ça, comme cette année, c'était assez horrible au niveau de l'assiduité. » (Intervenants groupe A – Entrevue #2)

« Leur seul point de ralliement, c'est la peur de l'émotion. C'est leur seul point. Une grosse peur de l'émotion. Une incapacité d'aller... On ne faisait que frôler. Quand on y allait, oufff. Ça c'est spécial que tout le monde ait peur comme ça. » (Intervenants groupe A – Entrevue #2)

Pour leur part, les intervenantes du groupe B qualifient leur groupe de courageux et d'intéressé à travailler sur le deuil. Les membres du groupe étaient centrés sur la tâche et n'hésitaient pas à révéler leur ambivalence quant à leur assiduité aux rencontres et les bienfaits qu'ils en retiraient malgré tout.

« Oui. Parce que ça quand on amenait ça: Qu'est-ce que vous avez retenu ? Ils se recentraient sur ce qu'on avait vu dans la rencontre. Ils nous ramenaient. » (Intervenants groupe B – Entrevue #3)

« Pis c'est pas facile de venir à un groupe comme ça. C'est ça qu'ils nous disaient, c'est pas le fun. Oui, c'est le fun parce que ce n'est pas tout le temps lourd l'atmosphère. Sauf que tu vas quand même parler de ton père ou ton frère qui s'est suicidé. Fait que c'est lourd et ça te fait travailler des choses. C'est pas toujours facile. Fait que c'est ça, ils disaient que c'était pas facile de venir, mais un coup rendu, ils partaient plus légers. C'est le fun pour nous d'entendre ça et pour eux. » (Intervenants groupe B – Entrevue #3)

La cohésion du groupe semble avoir démarré à la quatrième rencontre dans le groupe B : « C'est à la 4e rencontre que ça a déboulé. Ça allait en montant. » (Intervenantes groupe B - Entrevue #3). Une note dans le journal de bord du groupe B mentionne déjà une « augmentation marquée de la cohésion entre les membres » dès la troisième rencontre. De son côté, la cohésion dans le groupe A pris forme de façon confuse et tardive. Dès la deuxième rencontre, on lit dans le journal de bord que « la cohésion du groupe est faite ». À la rencontre #6, une note au journal de bord indique qu'il s'agit d'«un des meilleurs accueils. L'ambiance était meilleure. Le groupe s'est formé ». Toutefois, dans le journal de bord de la douzième et dernière rencontre, on lit également que les membres « se sont parlés plus que jamais, se taquinaient. Ils ont créé un esprit de groupe (enfin) à la dernière rencontre ». Selon les informations recueillies sur les grilles d'observation, une note sur la cohésion apparaît quant à elle à la neuvième rencontre : « participants disciplinés, plus dégourdis, à l'aise ensemble » (grille d'observation groupe A – rencontre #9).

Les intervenants et l'informateur clé du groupe A proposent de mettre un accent sur les moments informels du groupe comme la collation et la pause pour maximiser l'adhésion et la cohésion des membres du groupe.

« Et peut-être parce qu'il y a quelque chose dans *Astuces*³⁵ que moi je trouvais ben ben ben le fun et qui fonctionnait bien et qui aidait beaucoup à l'adhésion et à la cohésion de groupe, c'était le avant informel. Ils soupaient ensemble. Ça là, ce qui se disait là. Entre les jeunes, mais les intervenants étaient là. Fait que c'étaient pas les jeunes tout seuls ensembles. Les intervenants présents. Pis les intervenants étaient dans l'informel aussi avec les jeunes. Fait que ça je trouvais. Ça ça serait vraiment bien. » (Informateur clé groupe A - Entrevue)

« *Goodmen*: Ben écoute, moi dans ce groupe-là, c'est l'activité qui en était pas une là, c'était la collation. C'était pas une activité, mais ça a permis de partir quelque chose.

³⁵ Nom d'un programme de groupe pour adolescents suicidaires.

PSY: Le fait de manger.

Goodmen: Ouais, d'être informel. Ça a permis de connecter un petit peu plus. Fait que ça c'est une activité qu'il faut retenir pour un groupe qui a de la misère à l'émotion. D'y aller dans l'informel. » (Intervenants groupe A - Entrevue #2)

Majoritairement, lors de l'entrevue post-groupe, les adolescents des deux groupes (9/11) mentionnent ne pas avoir censuré leurs propos durant les rencontres et avoir eu le sentiment de pouvoir dire tout ce qu'ils voulaient. Selon les dires des intervenants, cette impression de liberté et de confiance a permis à certains adolescents de s'ouvrir et de révéler des événements de vie significatifs qui leur étaient parfois même inconnus.

« Et ils se permettaient d'être beaucoup transparents par rapport à comment ils se sentaient. Peut-être plus certains membres en particulier, mais des belles révélations. T'sais des fois : là j'ai l'impression que je parle trop. Ils se permettaient de partager au groupe. Pis le groupe après ça pouvait donner un *feedback*. C'est sûr que c'était pas comme ça dès le début. Mais de plus en plus on le voyait. Même au niveau des révélations par rapport à leur vécu. Des fois ils sortaient des choses par rapport à leur histoire pis j'étais là: ok ouin. On savait pas ça, mais c'est là que ça sort. Ben crime ça démontre que le lien de confiance est là. (Intervenants groupe B - Entrevue #3)

Seuls Sram (groupe B) et Melz (groupe A) disent s'être retenus de mentionner certaines informations au groupe. Pour Sram, c'est la peur du jugement des autres qui le retenait de dire « des affaires qu' [il] n'aimai[t] pas trop » à propos de son père, par exemple le fait qu'il fumait. Pour Melz, c'était l'intensité des émotions ressenties et la gravité de certains événements significatifs qui la retenaient. Une entente informelle préalable avec les intervenants stipulait qu'elle devait éviter de parler des abus sexuels dont elle a été victime. Si nécessaire, elle pouvait demander une rencontre individuelle pour pouvoir en parler.

« Ben, des fois, je me retenais, là. Parce que, je sais pas. Comme je te disais, j'avais l'impression d'être la seule qui ressentait ça, d'être la seule à avoir aussi mal pis tout. Ça fait que je voulais pas trop parler, mais des fois, je laissais sortir le tout. » (Melz - Entrevue #2)

Le fait d'être en groupe permet aux adolescents de comparer leurs histoires de vie et leurs réactions de deuil. Dans le groupe A, on voit que cette comparaison s'opérait en créant une dichotomie entre « les pires » et « les moins pires ».

« Ben de voir plein de monde comme quoi que, t'sais, le monde qui ont vécu plus d'affaires plus pires que moi, genre, je me disais juste que dans le fond, moi, c'était moins pire. (Lali-Shine - Entrevue #2)

«Interviewer : T'as-tu senti que eux, ils avaient plus besoin du groupe que toi parce que c'était leur parent?

Lilou : Ben, y en a certains que : oui. » (Lilou – Entrevue #2)

Dans ce même groupe A, l'aide mutuelle entre les membres se faisait discrète et passive. Les adolescents « sont respectueux des autres par leur silence. Ils interagissent peu, mais s'offrent du soutien indirect » (Journal de bord groupe A – Rencontre #6). De leur côté, les membres du groupe B s'entraidaient activement et se percevaient comme des agents de soutien importants pour les autres. En outre, le fait de recevoir les conseils d'un autre membre du groupe plutôt que d'un intervenant est perçu comme d'autant plus aidant.

« Puis j'ai senti qu'avec ça, j'ai comme pu aider les autres un peu [...] » (Chibi - Entrevue #2)

« Ben, [Maya (intervenante)] peut-être, c'est sûr que ç'a aurait fait peut-être quelque chose, mais ça m'a tellement marquée que ce soit, genre, [Pokmon132 (adolescent)] qui me l'ait dit, que ç'a comme fait : *Bon, ben je vais toute l'écouter, là.* (Rires) » (Poulet – Entrevue #2) »

Lors du départ d'un membre avant la fin du programme, les adolescents du groupe B ont manifesté des réactions différentes selon le pair qui les quittait. D'après les témoignages, le départ de Sam les a déçus, mais ils l'ont compris du fait de la récence de son deuil. Quant au départ de Sram, la déception fut moindre parce que, d'après les membres, comme il n'était pas à sa place ; aussi bien Sram que le groupe en ont tiré profit.

« Ben, j'ai trouvé ça plate parce que moi, je suis super curieuse, t'sais, j'aurais aimé ça plus savoir toute l'histoire à [Sam] et l'histoire à [Sram], mais pour Sam, c'était correct parce que ça faisait pas longtemps que c'était arrivé, genre, moi je sais que si ça aurait été ça avec mon père que ça aurait pas fait longtemps, j'aurais peut-être pas été capable. J'ai trouvé ça correct pour lui, il me l'a dit puis c'était correct, puis [Sram], ben, je sais pas trop pourquoi il est parti, il est même pas venu nous le dire là mais c'est sûr que j'étais déçue. » (Charlotte - Entrevue #2)

« Puis quand [Sram] est parti, ben, je dirais pas que ça a fait du bien mais dans le sens qu'on voyait bien qu'il voulait pas, t'sais, qu'il participait pas comme on devait. » (Chibi - Entrevue #2)

Pour leur part, les adolescents du groupe A font preuve d'une certaine indifférence lors du départ précoce d'un membre.

« [Pikotine], je l'ai vu une fois. Ça pas fait grand-chose. Les deux autres, j'ai fait comme : c'est triste. Ils mettaient de l'ambiance. Puis [Lilou], je m'en doutais pas, genre, mais je savais qu'elle voulait s'en aller parce qu'elle m'avait dit qu'elle voulait s'en aller parce qu'elle trouvait ça plate, pis qu'elle avait pas d'affaire là, genre. Mais bon, ça m'a laissée un peu indifférente. » (Melz – Entrevue #2)

« Interviewer : Mais qu'est-ce que ça t'a fait quand chaque participant a quitté le groupe? Ça t'as-tu fait de quoi?

Lali-Shine : Moi, même pas. C'est leur décision, là. » (Lali-Shine - Entrevue #2)

D'autre part, le fait de situer deux adolescents endeuillés de la même personne dans le même groupe peut jouer sur la vie socioaffective du groupe. Dans le groupe A, le fait d'intégrer les deux cousins dans le même groupe a suscité, selon les intervenants, un comportement de compétition mutuelle. Leur participation s'est soldée par un départ hâtif, soit à la quatrième rencontre.

« On le voyait dans le groupe. On le sentait qu'il y avait comme un genre de compétition pour la relation avec le garçon qui était décédé. Pis on était, même si on avait commencé à travailler en sous-groupe. Dans toutes les parties en grand groupe, ça se sentait pis ça devenait difficile. C'est pas toujours comme ça. On a déjà eu des fratries, on a déjà eu des gens qui se connaissaient. Mais c'est comme si entre ces deux là spécifiquement il y a quelque chose qui ne résolvait pas. Pis on n'a pas pu le résoudre en individuel. J'avais essayé de parler avec [Kidess] et avec [Kid] aussi. » (Intervenants groupe A – Entrevue #2)

Dans le groupe B, la présence de deux sœurs a aussi teinté la vie socioaffective du groupe. Poulet étant plus extravertie que sa sœur Charlotte, elle prenait habituellement la parole en premier. Ce qui laissait moins de choses à partager pour Charlotte qui trouvait cela difficile au point de dire qu'elle aurait préféré être dans un groupe différent, sans sa sœur. Poulet, pour sa part, n'a pas vu d'inconvénient à être dans le même groupe que sa sœur. Selon les intervenants, cette situation s'est finalement révélée bénéfique pour Charlotte qui a appris à prendre sa place.

« C'est peut-être méchant, mais je pense que j'irais toute seule. Pas avec ma sœur. [...] on se répétait un peu. C'était un peu plate là. » (Charlotte – Entrevue #2)

« Ben on a vu une évolution. Parce que c'est sûr que la plus grande est plus extravertie, la plus vieille. Pis [Charlotte] au début elle était plus timide, mais on l'a vraiment vu prendre de plus en plus sa place. Pis maintenant elle est plus transparente et elle s'exprime vraiment de manière spontanée. Je pense qu'elle est vraiment sortie de derrière sa grande sœur. » (Intervenants groupe B - Entrevue #2)

En résumé, la vie socioaffective des deux groupes se démarque en fonction de la cohésion instaurée entre les membres et de la manière qu'ils ont d'offrir une aide mutuelle. Tandis qu'il est difficile pour les intervenants du groupe A de qualifier leur groupe et d'évaluer sa cohésion, les intervenantes du groupe B notent rapidement une cohésion de groupe satisfaisante. Mis à part une exception dans chacun des groupes, les adolescents ne censurent pas leurs propos durant les rencontres. Par contre, seuls les adolescents du groupe A se comparent à leurs pairs en créant la catégorie des « pires » et des « moins pires ». On remarque aussi que l'offre de soutien est passive entre les adolescents du groupe A alors qu'elle est active chez les adolescents du groupe B qui se perçoivent comme des agents de soutien importants les uns pour les autres. Le départ d'un membre avant la fin du programme provoque alors des réactions différentes dans chacun des groupes : une indifférence dans le groupe A et de la déception et de l'empathie dans le groupe B. Quant à la question d'inclure des membres de la même famille au sein d'un même groupe, les résultats sont mitigés. Cette situation peut créer des comportements de compétition mutuelle ou bien se révéler bénéfique pour l'affirmation de soi.

Somme toute, le processus de groupe est sensiblement différent entre le groupe A et le groupe B. Bien que les éléments structurels et les normes établies restent semblables, les différences entre les groupes s'observent relativement au rôle tenu par les intervenants, aux patrons de communication et à la qualité de la vie socioaffective.

3.1.2.3 Contexte organisationnel interne

Le contexte organisationnel interne inclut les éléments propres aux organisations qui implantent le programme et qui peuvent influencer leurs capacités respectives d'atteindre les effets escomptés. Il s'agit de la mission, du type de services offerts, de la structure organisationnelle, de la perception des intervenants à l'égard de la clientèle adolescente endeuillée par suicide et de leur degré d'adhésion au programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)*.

Les organisations qui accueillent le groupe A et le groupe B poursuivent des missions similaires de prévention du suicide dans leur région respective. Par contre, la structure

organisationnelle, la provenance et la formation des intervenants ainsi que les types de services en place diffèrent d'un site à l'autre, ce qui influence la façon dont le programme est appliqué. Entre autres, l'organisme qui accueille le groupe A est un département spécialisé d'un CSSSL dédié à offrir uniquement des interventions de groupe et dont l'accès est limité. Leur portée et leur liberté d'action sont réduites comparativement au CPS-QC (groupe B) : organisme à but non lucratif indépendant qui offre une variété de services individuels et de groupe ainsi qu'une ligne d'intervention téléphonique 24/7. Le Tableau *contexte organisationnel et type de service* présenté à l'Annexe E résume ces différences.

Quelles que soient ces différences, les supérieurs immédiats (informateurs clés) des intervenants des deux groupes affirment sans hésitation qu'ils font confiance à leurs intervenants. Ils savent qu'ils peuvent compter sur leur professionnalisme, qu'ils demanderaient du soutien clinique si nécessaire ou sauraient réorienter un participant dont la situation dépasserait leurs compétences ou leurs connaissances. L'extrait suivant est représentatif des convictions des deux informateurs clés.

« Interviewer : As-tu confiance en tes intervenants par rapport à l'application du programme?
 Informateur clé: Tout-à-fait. [...] Sans aucun doute et je te dirais que si... Si elles se sentent inquiètes, Si elles se sentent pas sûr, ils vont aller poser les questions, ils vont s'informer. Ils vont se référer, soit, t'sais, à [Floma] pis elle va aller vérifier. Ou ils vont aller... Pour moi, c'est une équipe professionnelle. »
 (Informateur clé groupe B – Entrevue)

En ce qui concerne les perceptions des intervenants à l'égard de la clientèle adolescente endeuillée par suicide, cette dernière n'est pas considérée comme une clientèle dite difficile. Les intervenants ont été formés pour intervenir auprès d'elle et se sentent en confiance.

« Souvent les gens pensent que c'est plus lourd, mais dans le fond c'est pas plus lourd que de parler de trouble de comportement. Je pense que chaque problématique a sa lourdeur en soi. [...] Il suffit de trouver la problématique que nous on est à l'aise avec. » (Intervenants groupe B – Entrevue #1)

Les intervenants considèrent plutôt que ces adolescents sont « impressionnants » malgré leur deuil et le nombre parfois important d'événements significatifs qu'ils ont dû traverser. Ils ont foi en leur potentiel et s'efforcent de les rendre conscients de celui-ci.

« Je trouve que le deuil des fois c'est surprenant ce qu'ils peuvent ressortir de là. D'entendre leurs propos. Comment ils grandissent là-dedans. C'est sûr que ça amène un impact négatif sur leur vie. » (Intervenants groupe B – Entrevue #1)

« Mais je pense que ça prend une foi dans le potentiel de la personne à aller mieux. De pas voir ces jeunes-là comme des jeunes malades ; que c'est grave. » (Intervenants groupe A – Entrevue #1)

« Je pense que c'est de redonner le pouvoir à ces adolescents là aussi. Pis en leur redonnant ce pouvoir-là ben c'est comme les placer aussi. Parce que c'est quand même eux autres qui le vivent là. [...] Fait qu'à partir de là c'est comme leur dire: vous êtes les experts, mais nous on va vous aider à voir de quelle façon on peut peut-être vous aider à cheminer dans votre processus de deuil. » (Intervenants groupe B – Entrevue #1)

Les intervenants trouvent leur défi d'intervention complexe du fait qu'ils travaillent avec des adolescents. La clientèle adolescente est perçue comme une clientèle plus difficile à recruter et à engager dans un processus de groupe. À cette difficulté s'ajoute celle de devoir intervenir auprès d'un groupe hétérogène composé d'adolescents situés dans diverses phases de développement. Les intervenants acceptent ces difficultés avec un certain fatalisme et ont appris à travailler malgré elles. Ce défi s'amenuise une fois l'intérêt des adolescents suscité.

« Mais j'ai comme l'impression que les ados, c'est sûr que c'est une clientèle difficile à accrocher pour le début pour qu'ils viennent participer. Mais je pense qu'une fois que tu les accroches les ados.[...] C'est fait, ils restent. [...] C'est sûr qu'il peut y avoir une fois de temps en temps un petit peu de comportements à part, c'est des ados. » (Intervenants groupe B – Entrevue #1)

« T'sais déjà dans l'adolescence ça bouge. C'est... Il y a une certaine instabilité intérieure. [...]. Je trouve que ça leur fait perdre des points de repère. Déjà que c'est difficile pour eux autres. [...] Ils ne savent pas nécessairement où s'appuyer. [...] Ils n'ont pas encore développé en tout cas, pour la plupart, la capacité à prendre du recul pour voir les choses. [...] Ils ne sont pas dans : Ah oui ça va me faire du bien. Ils sont: j'suis pas bien. J'trouve qu'ils sont beaucoup dans l'ambivalence, t'sais. » (Informateur clé groupe A – Entrevue)

« Mais ça fait donc une clientèle qui est un peu plus difficile de par leur hétérogénéité d'une année à l'autre et entre eux. Parce qu'entre autres on parle de niveaux de développement différents. Les différences sexuelles vont paraître beaucoup à l'adolescence. Plus qu'à d'autres âges. Et tout ça en fait qu'il n'y a pas un groupe pareil. Donc il faut vraiment s'adapter beaucoup ». (Intervenants groupe A – Entrevue #2)

Les intervenants des deux groupes croient qu'intervenir auprès d'un groupe d'adolescents endeuillés par suicide exige une bonne flexibilité, une grande ouverture et la capacité d'adaptation. Tout cela en maintenant un cadre ferme, mais non rigide.

« Pis je pense que cette ouverture-là, cette flexibilité là à nous adapter, ben c'est ben important. [...] Ça prend beaucoup d'humour et de capacité à être avec les jeunes dans un rôle d'adulte. Parce que les ados je pense qu'ils sont capables de sentir si on joue le jeune ou ben si on est capable d'être jeune. Pis je pense qu'il faut être solide aussi. Solide et non pas rigide là. Pis mettre un cadre. Donc être ferme à certains égards. » (Intervenants groupe A - Entrevue #1)

« Le groupe est pour eux. Pis c'est ça dans le fond quand je parle d'adaptation, c'est vraiment de s'adapter dans le ici et maintenant avec eux. Si c'est pertinent on laisse aller. Si ils parlent... En fait c'est toujours pertinent.» (Intervenants groupe B - Entrevue #2)

Les intervenants du groupe B soulignent l'importance de l'authenticité et de la capacité d'écoute qui sous-entend aussi l'accueil et le non-jugement.

« Ça je trouve que ça va être primordial envers les ados. Pis authenticité autant avec les ados qu'envers les parents. » (Intervenants groupe B - Entrevue #1)

« L'écoute. Ben moi je pense, en premier l'écoute. Je pense que c'est des jeunes comme n'importe qui. Mais des ados je pense qu'ils ont besoin d'avoir une tribune pis d'autant plus quand ils vivent un gros drame comme celui-là. Dans écoute c'est sûr qu'il y a accueil, c'est certain. Il rentre beaucoup de choses dans le fond: écoute, accueil, non-jugement. » (Intervenants groupe B - Entrevue #1)

Cette capacité d'écoute suppose également qu'on repère les adolescents qui ne comprennent pas facilement l'information transmise durant les exercices et qu'on illustre le contenu par des exemples, ou mieux, qu'on demande aux pairs de l'explicitier dans leurs mots, ce qui est plus efficace et plus constructif..

« Faut toujours avoir en tête qu'il y en a qui ne comprennent pas, même les affaires, les émotions, le visage de la colère. Faut toujours que tu l'expliques. Parce que si y en a un dans gang qui ne comprend pas il va faire semblant de comprendre. Fait que faut toujours que tu y ailles le plus simplement et le plus de base possible. T'expliques l'émotion et tout ça. Tu donnes des exemples. » (Intervenants groupe A - Entrevue #2)

« Desfois on expliquait des choses que nous on prend pour acquis qu'on comprend. Pis là mettons il y avait un membre qui ne comprenait pas. Au lieu que nous on essaye de l'expliquer, ben de le référer vers un autre membre. [...] Pis t'sais la plus part du temps il y avait tellement de meilleurs mots que nous. Pis ils se comprennent. Fait que t'sais vraiment de faire du groupe, crime. De laisser ça entre eux. Pis ce n'est pas évident parce que des fois on a le goût de prendre le *lead*. Mais t'sais ça a tellement pas le même impact quand ça vient d'eux pour normaliser. [...] Ben c'est beaucoup plus constructif je trouve. » (Intervenants groupe B - Entrevue #2)

Au-delà de tout, le jugement est perçu comme une attitude à proscrire selon les intervenants des deux groupes. Tout autant que de laisser entendre que le suicide est un choix, une solution à la détresse ou encore de laisser croire qu'on ne se remet jamais d'un deuil comme celui-là. Les intervenants du groupe B ajoutent qu'il n'est pas souhaitable que les animateurs d'un groupe aient des difficultés à communiquer entre eux ni qu'ils se montrent en situation de conflit.

Unaniment, les intervenants et les informateurs clés ont dit avoir adhéré au programme tel qu'il est présenté dans le Guide d'animation. Cela s'explique facilement dans l'organisme du groupe A dont l'un des intervenants est l'auteure du programme. Dans l'organisme du groupe B, on a fait confiance au programme en raison d'une expérience précédente perçue comme très satisfaisante de l'application du *Programme de thérapie de groupe pour enfants endeuillés par suicide* également développé par des intervenants de la RRS-CSSSL (mais pas par la même auteure).

« Ben avec le groupe enfant, c'est génial ce groupe-là. Et ce qu'on se disait, ben il faut que les adolescents puissent vivre, puissent profiter d'un groupe de thérapie comme ça. Pis il est déjà monté, il est déjà rodé un peu. Oui, hein, il est déjà rodé... » (Informateur clé groupe B – Entrevue)

Les intervenantes du groupe B se sont tout de même senties à l'aise d'apporter quelques modifications au programme sans pour autant en changer les fondements. Ces changements sont justifiés par un besoin d'appropriation. Les intervenantes n'hésitent pas à dire qu'elles animeraient le programme à nouveau de la même façon.

« Globalement, je pense que c'est très bien le programme de Laval. Pis les activités, notre façon de l'avoir amené, je continuerais dans ce sens là aussi. Mais dans le fond on s'entend qu'on s'inspire surtout de Laval. Fait que non, je trouve que c'est vraiment bien fait. C'est se l'approprier tout simplement. » (Intervenants groupe B – Entrevue #3)

Tous s'entendent généralement pour dire que l'intervention de groupe est la modalité la plus appropriée pour intervenir auprès d'une population adolescente. Toutefois, lorsqu'on leur pose la question à savoir ce qu'ils feraient s'ils n'avaient aucune contrainte de temps ni d'argent, ils reconnaissent qu'ils aimeraient aussi faire de l'intervention individuelle. Pour certains, l'intervention individuelle est pertinente avant la participation au groupe et, pour d'autres, elle est aussi nécessaire avant, pendant et après.

À cet effet, un seul parent mentionne qu'il aurait souhaité que son fils (Kid), qui n'a participé qu'à quatre rencontres, soit suivi en individuel. « [...] mais j'aurais aimé ça peut-être, vu que les quatre rencontres, c'était des rencontres de groupe, ça aurait peut-être été bien des rencontres tout seul pour [Kid] » (Mère de Kid - Entrevue).

En somme, malgré les différences entre les deux milieux d'implantation du programme relativement à leur structure organisationnelle et les types de services offerts, les perceptions des intervenants à l'égard de la clientèle et des habiletés nécessaires à l'intervention restent similaires. Les intervenants des deux groupes perçoivent que la clientèle adolescente par suicide n'est pas plus difficile qu'une autre et que les défis d'intervention découlent plutôt du fait de l'adolescence que du deuil par suicide. Les intervenants croient qu'une capacité d'adaptation, d'écoute, d'accueil et de non-jugement sont nécessaires pour pallier les défis inhérents à l'intervention auprès des adolescents endeuillés par suicide. Enfin, tous les intervenants témoignent de leur adhésion au programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* et partagent leur intérêt d'y inclure de l'intervention individuelle.

3.1.2.4 Environnement externe

L'environnement externe au programme concerne les contacts entre les intervenants du groupe et toute autre personne qui accompagne l'adolescent dans son processus de deuil. Il s'agit principalement des parents et des autres intervenants qui assurent aux adolescents un suivi comportant des objectifs à la fois différents et complémentaires. Il comprend également la pression que peut exercer le contexte d'évaluation de programme sur les intervenants.

Les parents des adolescents du groupe A ont été contactés par l'intervenante trois fois en moyenne, soit avant le début des rencontres, entre les rencontres #3 et #4 et, pour un bilan, après la dernière rencontre. Seule l'intervenante PSY assurait ces contacts. À quelques reprises, pour des raisons exceptionnelles (tentative de suicide, automutilation, indiscipline), trois parents ont été rencontrés avant l'une ou l'autre des rencontres du groupe pour faire le point et élaborer des pistes de solutions. La majorité des parents (4/5) trouve que leurs contacts avec les intervenants ont été suffisants et aidants. En avoir plus aurait pu miner la

confiance des adolescents envers les intervenants. Parmi ces parents, une mère indique toutefois qu'elle aurait aimé avoir un rapport final écrit lui permettant de garder en mémoire le cheminement de son adolescent qui le poursuivra.

« Interviewer : Est-ce qu'il y aurait, c'aurait été plus intéressant d'avoir plus de détails sur ce qui se passait dans le groupe?

Mère de BSA : Non, parce que les jeunes auraient pas fait confiance à [PSY] puis à [Goodmen]. Parce que je pense qu'il faut vraiment que les jeunes aient confiance en eux autres pour pas... T'sais s'il savent qu'ils ont des contacts avec les parents : Moi, je dirais pas ça, ils vont le dire à ma mère. » (Mère de BSA - Entrevue)

« Non, mais [PSY], elle m'a appelée, me donner un compte-rendu, comment ça s'était passé puis tout, pis ça, j'ai trouvé ça super intéressant, mais j'aurais aimé ça l'avoir par écrit. » (Mère de BSA - Entrevue)

Les intervenants et l'informateur clé du groupe A pensent que les parents n'étaient pas suffisamment impliqués dans la démarche de leur adolescent, ce qui a peut-être joué sur le départ de plusieurs d'entre eux avant la fin du programme.

« Dans ce groupe-ci. Je trouve que c'est peut-être ça la couleur du groupe. Ce n'était pas des parents très... J'ai pas trouvé, si je compare avec d'autres parents, que c'était des parents qui étaient très impliqués dans la démarche de leur jeune. (Informateur clé groupe A – Entrevue)

« Ceux qui se sont désistés, pour la plupart sauf une, c'est ceux dont la collaboration des parents était le plus difficile. » (Intervenants groupe A – Entrevue #2)

Entre autres, quelques problèmes de communication ont été rencontrés. Les parents d'un adolescent retournaient rarement les appels et les courriels ; un autre semblait, selon les intervenants, manipuler l'information et cacher la vérité sur certains faits. Il y a eu un différend entre une mère et les intervenants parce qu'elle refusait de consulter un spécialiste des troubles de l'attention concernant sa fille et de lui assurer une médication le cas échéant. En outre, les intervenants ont perçu qu'une des mères était trop souffrante pour offrir un appui adéquat à son fils et soutenir sa participation au programme.

Pour pallier ce problème d'implication des parents, l'informateur clé du groupe A propose de prévoir des moments où les adolescents et leurs parents se retrouveraient en groupe pour discuter de ce qui se déroule de manière générale durant les rencontres, et ce, en prenant soin

de préserver la confiance des adolescents, c'est-à-dire sans aucunement faire mention des propos tenus par les adolescents au cours de leurs rencontres.

« Peut-être que ça pourrait être quand les jeunes de temps en temps, quand les jeunes ont leurs rencontres, ben on fait petit un bout avec les parents. Je sais pas, faudrait voir. Mais il y aurait quelque chose à faire et ça ça serait aidant. En même temps, tout le temps en mettant les jeunes que: regardez, on ne brise pas la confidentialité. Parce que ça c'est un enjeu aussi avec eux autres. » (Informateur clé groupe A – Entrevue)

Dans le groupe B, les intervenants ont rencontré les parents avant le début du programme et ont maintenu des contacts téléphoniques avec eux si nécessaire, en se répartissant les appels. De fait, ils n'ont contacté que les parents des adolescents qui ont quitté le programme avant la fin et d'un autre qui avait émis des propos inquiétants au cours d'une rencontre. Pour leur part, les parents qui n'ont pas été contactés au cours du programme ni à la fin de celui-ci auraient souhaité avoir un peu plus d'informations sur le cheminement de leur adolescent. Selon eux, cela leur permettrait de mieux comprendre les réactions de leur adolescent et, par conséquent, de mieux les accompagner. Malgré tout, les parents savaient que les intervenants n'auraient pas hésité à les contacter en cas de situation grave.

« Je trouve que peut-être il y aurait pu avoir un suivi un peu plus avec nous. Peut-être pas à toutes les fois parce que je sais que c'est des adolescents et des fois ça a dû déraiper un p'tit peu leurs discussions là, mais peut-être une rencontre avant les Fêtes pour dire là on a vu telle et telle chose, ils se sont bien exprimés. J'imagine que s'il y avait eu quelque chose de grave ou pertinent, ils auraient communiqué avec moi, chose qu'ils ont faite d'ailleurs une fois, suite à ce que [Pokmon132] avait dit quelque chose, me souviens plus là. [...] En tout cas, moi personnellement j'aurais aimé peut-être avoir un suivi un peu plus près. Au moins une rencontre ou deux pendant la durée de... » (Mère de Pokmon132 – Entrevue)

Le groupe A est le seul dont les animateurs ont eu des contacts avec d'autres intervenants qui suivaient les deux adolescents hébergés en foyer de groupe des Centres jeunesse. Les communications portaient principalement sur la situation de l'adolescent concerné et sur son état à la suite d'une rencontre de groupe plus émotive. Nous n'avons pas d'information sur la qualité de ces communications ni sur le degré de satisfaction des interlocuteurs.

Pour diverses raisons, le fait de voir leur programme évalué a augmenté le stress des intervenants et des informateurs clés des deux groupes. Chez l'intervenante du groupe A, auteure du programme, la démarche évaluative a exacerbé un stress de performance. Sa plus

grande crainte était de subir un taux d'attrition élevé et voir le programme principalement jugé sur cet aspect. Elle s'est trouvée d'autant plus désolée du nombre élevé d'abandons cette année.

« Bon ok, j'ai hâte que ce soit fini parce que le projet de recherche veux, veux pas ajoute dans mon cas à moi un stress. Qui est d'avoir un observateur, mais surtout c'est mon bébé ce projet-là. » (Intervenants groupe A – Entrevue #1)

« Bon ben le réaliste, là, ce serait qu'il y ait un taux d'abandons excessivement élevé et que le programme paraisse mal. » (Intervenants groupe A – Entrevue #1)

« Et c'est d'ailleurs ce qui me déçoit, ben honnêtement que ce soit ce groupe-là qui a été évalué. » (Intervenants groupe A – Entrevue #2)

Pour le groupe B, le stress provient principalement du fait que ce soit la première fois que l'organisme offre le programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* et que l'une des intervenantes soit une stagiaire n'ayant que peu d'expérience. Il a même été question que la démarche évaluative soit repoussée d'un an ou qu'elle n'ait tout simplement pas lieu. Un compromis s'en est suivi : les rencontres de groupe ne seront pas observées, mais les intervenants seront interviewés à mi-chemin.

« La seule chose qui a été plus difficile, pis j'pense que tu l'as senti, c'est la question de l'évaluation qui causait un stress. » (Informateur clé groupe B – Entrevue)

« Et on se le cachera pas, la question de la recherche c'est sûr qu'on trouvait ça gros. Pis c'est sûr que le contexte de [Maya] t'sais on se le cachera pas. On pouvait pas mettre [Maya] de côté non plus. Pis en même temps on trouvait ça quand même important nous de l'évaluer personnellement aussi la ressource ici. Pis on trouvait que c'était une belle opportunité qu'on avait. » (Intervenants groupe A – Entrevue #1)

Pour résumer, les contacts établis entre les intervenants et les parents sont variables d'un groupe à l'autre. Dans le groupe A, ils sont plus fréquents et systématiques tandis que dans le groupe B ces contacts sont ponctuels et motivés par une situation particulière vécue par l'adolescent dans le groupe. Bien que les parents du groupe B aimeraient des contacts plus réguliers, les parents apprécient généralement les contacts qu'ils ont eus avec les intervenants. Malgré cela, les intervenants du groupe A soulignent que le manque d'implication et de collaboration de la part des parents explique en partie les abandons au

programme. Enfin, les intervenants témoignent du stress supplémentaire provoqué par le contexte d'évaluation.

3.1.3 Satisfaction des différents acteurs

Les éléments de satisfaction des différents acteurs (adolescents, parents, intervenants, informateurs clés) sont divisés selon qu'ils réfèrent aux aspects généraux du programme, aux exercices et aux outils cliniques ou aux intervenants.

3.1.3.1 Satisfaction générale à l'égard du programme

De manière générale, les adolescents, leurs parents et les intervenants ont apprécié l'expérience du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)*.

Dans le cas des intervenants, ceux du groupe B accordent un score de satisfaction général plus élevé (9,5/10) que les intervenants du groupe A (7/10). Tandis que les intervenantes du groupe B se disent totalement satisfaites et ont trouvé leur expérience merveilleuse, les intervenants du groupe A notaient « [...] c'est un groupe bien bizarre. C'est la première fois que je voyais un groupe comme ça. C'est vraiment spécial. Notre adaptation, j'ai trouvé ça excellent l'adaptation qu'on a fait. Mais le groupe comme tel, il n'y avait pas de groupe. C'était vraiment spécial » (Intervenants groupe A – Entrevue #2). Dans les deux cas, ils sont déçus de l'abandon du programme par certains adolescents tout en reconnaissant qu'il s'agissait probablement d'une bonne chose pour la survie du groupe. « Sauf dans l'idéal, il ne devrait pas y avoir des personnes qui quittent. Mais des fois c'est mieux pour eux, c'est mieux pour le groupe » (Intervenants groupe B – Entrevue #3).

Pour les parents, le simple fait que des organismes leur apportent un soutien à la suite d'un décès par suicide est un véritable soulagement. Ils sont aussi d'avis que les adolescents ont apprécié leur expérience et ils espèrent qu'il sera offert à d'autres jeunes.

« Ben c'est bien. Moi j'ai trouvé que l'intervention a été rapidement quand c'est arrivé. Ça c'était merveilleux. Parce que t'es tellement désemparé. Tu ne sais pas quoi faire. C'est comme t'es là, mais tu n'es pas là en réalité. Fait que c'est sûr que ça c'était très très bien. Le suivi aussi, c'était bien. Non, j'ai trouvé vraiment que c'était bien. » (Mère de Chibi – Entrevue)

« Non, c'est un bon service. Et j'espère qu'ils vont continuer à l'offrir aux gens. Parce que ça en aide beaucoup. » (Mère de Sram - Entrevue)

Du point de vue des adolescents, leur participation au programme a été une expérience « le fun ». Ceux qui terminent le programme considèrent majoritairement (6/7) que ce programme leur a été utile et le recommanderaient sans hésitation à d'autres jeunes dans la même situation. « Ben c'était bien. C'était un bon début, là. Ça m'a aidée beaucoup » (Melz – Entrevue #2).

« À part que j'ai trouvé ça vraiment intéressant, je trouve que c'est quelque chose que tout le monde qui en a besoin devrait passer par là au lieu de dire mettons : Ben, je penserais pas en avoir de besoin, fait que j'irai pas parce que je pense que ça peut apporter un petit quelque chose à tout le monde. » (Chibi – Entrevue #2).

Selon une note au dossier de Poulet, son passage dans le groupe représente une expérience qui la suivra toute sa vie.

En résumé, mis à part les déceptions des intervenants du groupe A relativement au processus de groupe et au taux élevé d'abandon, les intervenants, les parents et les adolescents restent généralement assez satisfaits. Autant les parents que les adolescents croient à l'utilité du programme et le recommandent.

3.1.3.2 Satisfaction à l'égard des exercices et des outils cliniques

Les adolescents trouvent que les exercices, les outils et les thèmes proposés étaient la plupart du temps pertinents et utiles. L'exercice des *post-it* qui traite du sentiment de culpabilité et la rédaction de la lettre à la personne suicidée ont suscité le plus d'intérêt et de satisfaction, autant pour les adolescents que pour les intervenants.

« Le *J'aurais dû, j'aurais pu, j'aurais voulu*. Ça c'était vraiment intense, c'était vraiment spécial. Puis là, ça m'a montré que si on avait fait de quoi d'autre, ça aurait pas fait de

différence non plus, là. T'sais, je dis pas que c'était une destinée, pis que c'était ça mon père, mais c'est arrivé, pis c'est ça. (Poulet - Entrevue #2)

« Mais si on parle d'activité charnière, pour moi, ce serait les *post-it* ou la lettre. J'hésite un peu. » (Intervenants groupe A – Entrevue #2)

Charlotte, qui trouve que l'exercice des *post-it* a été « difficile, mais libérateur » suggère même d'ajouter une quatrième phrase à compléter : *Ce que j'ai fait dont je suis fière, c'est...*

Certains exercices plaisent un peu moins aux adolescents. L'exercice de la carte postale qui consiste à écrire au groupe en se projetant dans le futur et l'exercice de la résolution de problème n'ont pas fait l'unanimité. Ce sont les seuls exercices qui demandaient d'être faits à la maison, et la majorité ne les ayant pas faits (4/7 pour la carte postale ; tous pour l'exercice de la résolution de problème), ils ont dû les effectuer sur-le-champ en présence du groupe. La pertinence de l'exercice de résolution de problème est même remise en question par une intervenante.

« Pis celle que j'ai toujours envie d'enlever [...]. Non, non, non, mais une que je sens qui est toujours dure à faire, mais qui marche après-coup. On s'en rend toujours compte après-coup. C'est la résolution de problèmes. Mais elle ne marche jamais sur le coup. Jamais. En tout cas, en mon sens à moi. (Intervenants groupe A - Entrevue #2)

Au moins 2 adolescents³⁶ disent avoir perdu de l'intérêt lorsqu'on leur demandait de répondre à des questions par écrit ou lorsqu'ils devaient lire des extraits de documents.

« Qu'est-ce que je trouvais plate, c'est qu'on était tout le temps assis à parler de la même affaire quasiment. Ça, j'ai trouvé ça plate un peu.[...] Mais t'sais, on était tout le temps assis à regarder des feuilles pis des affaires de même. Ça j'aimais pas ça. » (BSA - Entrevue #2)

«Moi, genre, qu'est-ce qui était long, je trouve, c'est quand on lisait, genre, t'sais, y'avaient plein de lettres là, des questions à côté, pis là, on lisait... » (Lali-Shine – Entrevue #2)

Ce sont les exercices où les adolescents sont invités à bouger et à interagir de manière plus physique qui suscitent le plus d'intérêt. À cet effet, les nouveaux exercices créés par les intervenants du groupe B ont permis de rendre certaines rencontres plus interactives et ont été

³⁶ Lorsqu'un nombre de sujets est rapporté sans mention au reste de l'échantillon, cela signifie que l'information présentée n'a pas été recueillie systématiquement auprès de tous. Dès lors, cela ne suppose pas que les autres sujets sont en désaccord ou en accord avec les propositions.

fort appréciés des adolescents. Voici les propos de Poulet concernant l'exercice du coffre à outils sur les mécanismes d'adaptation :

« Ce que j'avais aimé positivement, c'est qu'à un moment donné, elle nous a toutes fait lever debout, puis ils nous avaient fait aller dans les vrais et les faux, puis où que tu te situais, puis si c'était ni positif ni négatif, dans le milieu. Ça, c'était le fun. Hei! on est debout, puis nous a fait un peu : Youpi, on va bouger. C'était l'fun, ça, j'avais ben aimé ça. » (Poulet – Entrevue #2)

Les suggestions apportées par les adolescents pour améliorer le programme vont d'ailleurs dans le sens de créer des exercices qui nécessitent une participation plus active. On suggère entre autres de faire un rallye, de créer un jeu de société et de faire une sortie à l'extérieur. Et pour susciter la discussion, une adolescente propose de visionner un film.

« Écouter un film, genre, t'sais avoir un coin, disons, pour écouter un film sur le deuil, un film qui peut-être mettrait dans l'émotion, là. T'sais admettons, un film qui est pas facile à écouter, mais que après ça, vous pouvez dire ce que vous avez à dire, mais après ça, là, le monde va tellement parler, tellement se vider le cœur, ça aura même pas de bon sens. T'sais, se prendre une rencontre admettons où on dit : O.K. c'est une rencontre spéciale, ça va commencer à 5 heures, apportez-vous votre lunch, t'sais. On écoute un film, puis après ça, on parle. » (Melz – Entrevue #2)

Malgré tout, les adolescents croient qu'il est nécessaire de consacrer des moments à des notions théoriques surtout quand leur traitement est imagé. Par exemple, dans le cas de la présentation théorique du processus de deuil, l'outil des papillons est préféré à celui qu'illustrent des vagues ou à celui qui suggère une progression en boucle.

« L'outil du papillon la rend moins théorique. Ça donne une image. Ça normalise, ça sécurise.» (Poulet – Dossier clinique)

Bref, les exercices et les outils cliniques proposés par le programme sont généralement appréciés par les intervenants et les adolescents. Ces derniers préférèrent toutefois les exercices permettant plus d'interactions entre les membres et qui ne demandent pas une préparation préalable à l'extérieur de la rencontre de groupe.

3.1.3.3 Satisfaction à l'égard des intervenants

Les adolescents du groupe B disent avoir beaucoup aimé leurs intervenantes. En plus d'être bienveillantes, souriantes et énergiques, elles ont été perçues comme ouvertes, attentives, à l'écoute des besoins et dépourvues de jugement. Ces attributs sont corroborés par le témoignage des parents.

« [...] je dirais : attentives à ce qu'on disait; elles nous écoutaient tout le temps; elles étaient toujours en train d'essayer de comprendre un peu nos points de vue, nous aussi, nous faire comprendre ce qu'on disait, qu'on lançait pas dans le vide. Que quand on disait quelque chose, elles pouvaient nous ramener sur ce qu'on disait pour essayer de comprendre pourquoi on l'avait dit. Elles étaient toujours à l'écoute » (Chibi – Entrevue #2).

« Elles sont correctes les filles. Je n'ai jamais eu rien à dire de négatifs sur eux autres. Elles ont toujours été très ouvertes de toute façon. Elles ont toujours été là quand quelqu'un avait besoin. Je n'en ai pas eu nécessairement besoin. Mais j'ai eu connaissance qu'il y a du monde qui en avait de besoin, pis elles étaient là. Elles étaient là pour eux autres. Elles sont bien fines. » (Mère de Sram – Entrevue).

Les parents des adolescents du groupe B témoignent de leur confiance envers les intervenantes. Selon eux, ce sentiment de confiance est partagé par leur adolescent. « [Pokmon132] s'est attaché à ces gens-là, mais s'il s'est attaché c'est parce qu'il a confiance en ces personnes-là. Il sait qu'il peut avoir une oreille attentive, il peut avoir des conseils. » (Mère de Pokmon132 – Entrevue)

Les adolescents du groupe A disent aussi avoir aimé les intervenants. Ils mentionnent surtout leur sens de l'écoute, leur « grand cœur » et leur habileté à trouver les bons mots au bon moment pour remonter le moral.

« Euh... ben, les deux écoutent beaucoup ; [...] Elle savait quoi dire pour nous remonter le moral » (Lali-Shine – Entrevue #2).

« Pour faire c'te métier-là, il faut avoir un grand cœur; il sait quoi dire pis il connaît les Centres d'Accueil, fait que à chaque fois que j'étais frustrée, il avait le petit mot pour me faire comprendre les choses, me faire rester dans l'émotion » (Melz – Entrevue #2).

Trois adolescents du groupe A soulèvent toutefois une disparité dans l'animation des intervenants. On souligne que l'un d'eux était plus effacé et ne parlait pas suffisamment. De plus, Lilou s'est sentie moins soutenue à certains moments, dit-elle. « Elle était

compréhensive à des moments, mais à d'autres moments, elle l'était pas, genre. Ça dépendait, genre, surtout des journées » (Lilou – Entrevue #2)

Somme toute, la satisfaction générale des adolescents, des parents et des intervenants demeure assez élevée. Les exercices proposés dans le programme sont appréciés par les adolescents à cette nuance près qu'ils préfèrent les exercices interactifs qui s'éloignent davantage des activités de nature scolaire. Mis à part certaines exceptions, les intervenants sont tenus pour des personnes attentives, chaleureuses, ouvertes et dignes de confiance.

Tout bien considéré, l'implantation du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* est relativement différente au sein des deux groupes. Les différences s'observent principalement dans la conformité au Guide d'animation en regard à la phase de travail de groupe ainsi que dans les facteurs qui définissent le processus de groupe (rôle des intervenants, patrons de communication, vie socioaffective). Malgré tout, la satisfaction à l'égard du programme reste élevée pour les différents acteurs sans égard à leur groupe d'appartenance ou au fait qu'ils terminent ou pas le programme.

3.2 Évaluation des effets à court terme

Cette section porte sur les résultats associés principalement à l'évaluation des effets à court terme du programme et répond, par conséquent, au deuxième objectif : évaluer les effets à court terme du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)*. À cet égard, nous présentons les résultats des analyses quantitatives effectuées à partir des données de l'inventaire des questionnaires aux deux temps de mesure. Ces données concernent le niveau de détresse (symptômes de dépression, sentiment de désespoir), les capacités de résolution de problème, les stratégies de gestion du stress, les perceptions de l'apport des relations sociales dans l'adaptation au stress et aux réactions de deuil. Apparaissent d'abord les résultats servant à vérifier l'homogénéité de l'échantillon avant la participation au programme, et ce, en fonction du groupe d'appartenance. Vient ensuite une vérification de la présence de sous-groupes en fonction de différentes variables indépendantes (genre, degré de sévérité des symptômes de dépression, abandon ou non de la participation). Suivent les résultats concernant les changements observés chez les adolescents entre le temps

précédant leur exposition au programme (T1) et le temps suivant leur participation à celui-ci (T2). La section se termine sur les propos des différents acteurs (adolescents, parents et intervenants) quant à leur propre évaluation de l'atteinte des objectifs individuels et collectifs du programme. Ces informations de nature qualitative complètent et enrichissent les observations quantitatives précédentes.

3.2.1 Homogénéité de l'échantillon

La démonstration de l'homogénéité de l'échantillon justifie de poursuivre des analyses de variance à mesures répétées pour vérifier les changements opérés entre le T1 et le T2 en utilisant l'ensemble de la population à l'étude indépendamment du groupe d'appartenance (A et B). L'homogénéité de l'échantillon se vérifie en comparant, à l'aide de test-t standards, les scores moyens de chacune des échelles de l'inventaire de questionnaires³⁷ au T1 entre le groupe A et le groupe B. Comme préalable au test-t, ces analyses ont été conduites en s'assurant de la normalité respective des sous-échantillons comparés (coefficient d'asymétrie de Fisher entre 3 et -3 (Tabachnick & Fidell (2013))).

En fait, il n'existe aucune différence significative selon l'âge entre le groupe A ($M = 13,4$; $ÉT = 1,27$) et le groupe B ($M = 14,2$; $ÉT = 1,84$), $t(11) = 0,85$, $p = 0,41$. Il en est de même pour le nombre de mois depuis le décès $t(11) = 0,08$, $p = 0,94$ (groupe A : $M = 16$; $ÉT = 14,5$; groupe B : $M = 15,3$; $ÉT = 10,5$). Cette parité entre le groupe A et le groupe B persiste pour chacune des échelles utilisées dans le cadre de la recherche. Cela sous-entend que les deux groupes étaient homogènes avant le début du programme, ce qui permet de procéder à des analyses de variance à mesures répétées pour vérifier les changements opérés entre le T1 et le T2 en utilisant tous les adolescents ($N=13$) de l'étude.

³⁷ La confusion de la part des adolescents relativement à certaines questions-maison sur les réactions de deuil et le réseau social a donné lieu à des données extrêmes qui n'ont pas été retenues dans l'analyse.

3.2.2 Différences entre sous-groupes au T1

Sans distinction de la ville d'appartenance, des analyses de variance à mesures répétées supplémentaires permettent de vérifier l'existence de différences entre sous-groupes déterminés en fonction de variables indépendantes. Ces variables indépendantes sont le genre, le degré de sévérité des symptômes de dépression (élevé ou minimal) calculé à partir des scores au *Beck depression inventory-II* (BDI-II) et l'assiduité aux rencontres du programme.

Selon le genre, entre les garçons ($n = 5$) et les filles ($n = 8$) au T1, on trouve trois différences significatives. Tout d'abord, les filles ont un score moyen significativement inférieur sur la sous-échelle *prise de décision* de l'échelle principale *habiletés de résolution de problème de la version abrégée de l'inventaire de résolution des problèmes sociaux* (IRPS) ($M = 9,88$; $ÉT = 2,53$) comparativement aux garçons ($M = 13,2$; $ÉT = 2,59$), $t(11) = 2,28$, $p = 0,04$, $d = 0,32$. Autrement dit, comparativement aux garçons, devant un problème à résoudre, les filles montrent significativement moins d'habiletés basées sur une évaluation rationnelle de la situation lorsque vient le temps de décider des actions à poser.

Aussi, les filles montrent-elles un score moyen significativement inférieur sur la sous-échelle *attachement* de l'*Échelle des provisions sociales* (EPS) ($M = 11,6$; $ÉT = 1,85$) à celui des garçons ($M = 14$; $ÉT = 1,87$), $t(11) = 2,25$, $p = 0,05$, $d = 0,31$. Cela signifie que les filles perçoivent qu'elles entretiennent significativement moins de relations intimes empreintes d'un sentiment de sécurité affective que les garçons.

Finalement, les filles ont un score moyen significativement plus élevé sur la sous-échelle concernant les réactions de deuil générales du *Grief experience questionnaire* (GEQ) ($M = 15$; $ÉT = 4,11$) que les garçons ($M = 10,4$; $ÉT = 2,41$), $t(11) = 2,25$, $p = 0,05$, $d = 0,32$. Cela signifie que les filles présentaient une intensité et une quantité de réactions de deuil générales supérieures à celles des garçons avant d'amorcer le programme.

De manière à différencier les adolescents selon leur degré de sévérité des symptômes de dépression, tous les adolescents sont classés (indépendamment de leur participation au groupe A ou au groupe B) en fonction de leurs scores au BDI-II au T1. Le groupe d'adolescents

présentant un degré de symptômes dépressifs élevé ($n = 4$) montre un score de dépression de modéré à sévère (allant de 20 à 63), tandis que le groupe de ceux qui présentent un degré de symptômes dépressifs minimal ($n = 9$) montre un score de dépression de minimal à léger (allant de 0 à 19). Tel qu'attendu, la différence sur le BDI-II entre ces deux groupes est significative, $t(11) = 4,71$, $p = 0,001$, $d = 0,67$ (degré de symptômes dépressifs élevé : $M = 30,8$; $ÉT = 12,2$; degré de symptômes dépressifs : $M = 9,89$; $ÉT = 4,34$).

On observe six différences significatives entre le groupe qui présente un degré de symptômes dépressifs élevé et le groupe qui présente un degré de symptômes dépressifs minimal. La première concerne la *Beck hopelessness scale* (BHS) tenue pour corrélérer au BDI-II. À cet égard, le groupe des adolescents dont le degré de symptômes dépressifs se révèle élevé présente un score moyen significativement plus élevé ($M = 11,8$; $ÉT = 5,44$) que le groupe de leurs pairs dont le degré de symptômes dépressifs se révèle minimal ($M = 2,67$; $ÉT = 1$), $t(11) = 5,1$, $p < 0,001$, $d = 0,7$.

Les autres différences significatives entre ces deux groupes apparaissent sur trois des six sous-échelles de l'EPS (Figure 3.1) et sur son score total (Tableau 3.2) où le groupe à degré de symptômes dépressifs élevé obtient un score moyen significativement inférieur ($M = 63,5$; $ÉT = 8,27$) au groupe à degré de symptômes dépressifs minimal ($M = 78,12$; $ÉT = 9,1$), $t(11) = 2,74$, $p = 0,02$, $d = 0,41$. Autrement dit, comparativement à celui-là, ce groupe-ci perçoit le soutien reçu de leur entourage comme significativement plus intense. En examinant chacune des sous-échelles, les différences touchent plus particulièrement le soutien de nature émotionnelle (attachement), le sentiment d'intégration sociale et la confirmation de sa valeur personnelle (Tableau 3.2)

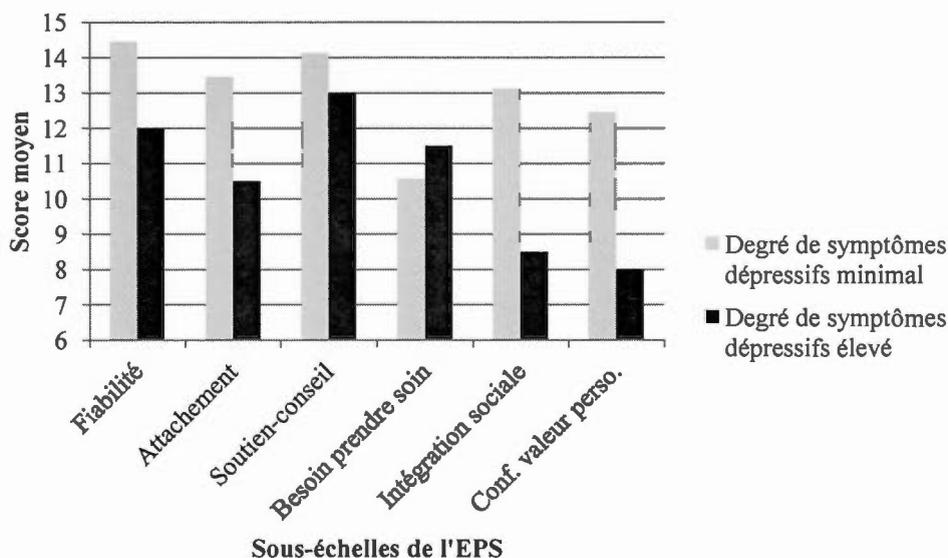


Figure 3.1 Différences au T1 entre le groupe à degré de symptômes dépressifs minimal et le groupe à degré de symptômes dépressifs élevé aux sous-échelles de l'EPS

Tableau 3.2 Résultats test-t entre le groupe à degré de symptômes dépressifs minimal et le groupe à degré de symptômes dépressifs élevé aux sous-échelles de l'EPS

Groupes	Déresse minimale (n=9)		Déresse élevée (n=4)		<i>t</i> (11)	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>			
EPS-TOTAL	78,1	9,1	63,5	8,27	2,74	0,02*	0,41
EPS-Fiabilité	14,4	2,35	12	2,16	1,77	0,1	
EPS-Attachement	13,4	1,59	10,5	1,91	2,91	0,01*	0,44
EPS-Soutien Conseil	14,1	2,42	13	2,16	0,79	0,45	
EPS-Besoin prendre soin	10,6	2,07	11,5	3,11	0,66	0,53	
EPS-Intégration sociale	13,1	1,54	8,5	2,08	4,51	0,001**	0,65
EPS- Confirmation valeurs perso.	12,4	2,35	8	2,94	2,93	0,01*	0,44

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,001$

Puisque ce ne sont pas tous les adolescents qui ont terminé le programme, il est pertinent de vérifier si certaines caractéristiques différencient déjà au T1 le groupe d'adolescents ayant complété le programme ($n = 7$) et leurs pairs qui ont abandonné en cours de route ($n = 6$). Considérant toutes les mesures de l'inventaire de questionnaires pré-groupe, on observe trois différences significatives entre ces deux groupes.

En premier lieu, le groupe d'adolescents ayant abandonné le programme montrait un score moyen significativement plus élevé sur la sous-échelle de la *diversion sociale* du *Coping Inventory for stressful Situations – Adolescents* (CISS-A) ($M = 19,4$; $ÉT = 3,05$) que le groupe d'adolescents qui n'a pas complété le programme ($M = 13,8$; $ÉT = 2,14$), $t(11) = 3,76$, $p = 0,003$, $d = 0,56$. Ce résultat signifie qu'avant même leur participation au programme, le groupe d'adolescents qui a complété le programme gérait mieux leur stress en s'engageant dans des activités sociales que le groupe qui a abandonné.

Également, le groupe d'adolescents ayant complété le programme montrait un score moyen significativement plus élevé quant au score total de l'EPS ($M = 79,7$; $ÉT = 10,2$) que le groupe d'adolescents qui a abandonné ($M = 66,5$; $ÉT = 7,29$), $t(11) = 2,64$, $p = 0,02$, $d = 0,39$. Ce résultat montre qu'avant leur participation au programme, le groupe de sujets ayant complété le programme percevait bénéficier de provisions sociales plus importantes que le groupe constitué de leurs pairs qui ont abandonné le programme.

Enfin, le groupe d'adolescents ayant complété le programme montrait un score moyen significativement plus élevé sur la sous-échelle *stigmatisation* du GEQ ($M = 10,7$; $ÉT = 3,63$) que le groupe d'adolescents a abandonné le programme ($M = 6,83$; $ÉT = 2,23$), $t(11) = 2,27$, $p = 0,05$, $d = 0,32$. Ce résultat signifie qu'avant la participation au programme le groupe qui devait le compléter se sentait davantage stigmatisé eu égard au deuil par suicide que le groupe qui n'allait pas le compléter.

À la lumière de ces résultats, il existe un nombre restreint de différences significatives sur les échelles et sous-échelles mesurées lorsque la population à l'étude est scindée en fonction de variables indépendantes telles que le genre, le degré de sévérité des symptômes de dépression et l'assiduité au programme. Ces découvertes, quoique limitées, nous entraînent à analyser avec plus de nuances les différences significatives qui pourraient être soulevées sur ces

échelles et sous-échelles entre le T1 et le T2 dans le cas où l'ensemble de population totale de l'étude est considéré sans distinction.

3.2.3 Différences entre le T1 et le T2

En raison de l'homogénéité observée entre les adolescents de l'échantillon relativement au groupe d'appartenance, il est donc justifié de faire des analyses de variance à mesures répétées auprès de tous les adolescents, c'est-à-dire indépendamment de leur appartenance à l'un ou l'autre groupe. Des analyses de variance à mesures répétées en fonction du degré de sévérité des symptômes de dépression et de la participation complète au programme n'ont pu avoir lieu en raison du nombre restreint d'adolescents dans chacun des groupes au T2.

En incluant donc tous les adolescents qui ont répondu à l'inventaire de questionnaires aux deux temps de mesure, les analyses montrent deux différences significatives entre le T1 et le T2 (sur 35 analyses effectuées en fonction des échelles et sous-échelles de mesure). Premièrement, sur la mesure du désespoir du *Beck hopelessness scale*, les résultats montrent que le score moyen diminue significativement entre le T1 ($M = 2,6$; $ÉT = 1,14$) et le T2 ($M = 1$; $ÉT = 1$) ($n = 5$), $t(4) = 3,14$, $p = 0,04$, $d = 0,71$. Cela révèle que les adolescents entrevoient plus d'ouvertures et de possibilités d'avenir après leur expérience de groupe qu'avant. Cependant, il est à noter que le score moyen au T1 était déjà peu élevé.

Également, les résultats mettent en lumière une baisse significative du score moyen entre le T1 ($M = 12,8$; $ÉT = 2,75$) et le T2 ($M = 9,25$; $ÉT = 2,63$) ($n = 4$) à la sous-échelle *honte* du GEQ, $t(3) = 4,04$, $p = 0,03$, $d = 0,89$. Cette diminution signifie que les adolescents ressentent significativement moins de honte à titre de réaction de deuil par suicide après leur expérience de groupe.

Notre observation d'un changement considéré extrême sur le BDI-II au T2 (évalué subjectivement par comparaison au reste de l'échantillon, $n = 6$) nous amène à procéder à une analyse approfondie en considérant les résultats avec et sans ce score (Figure 3.2). Ce changement considéré extrême provient du sujet Chibi qui montrait un score de 8 au T1 et au T2, un score de 28, ce qui traduit le passage d'un score de dépression minimal (T1) à un score

de dépression modéré (T2). C'est le seul sujet qui présente une augmentation d'un score à l'autre et, de surcroît, un écart aussi élevé. L'analyse de variance à mesures répétées effectuée à partir de ce score ne permet pas de déceler de différences sur le BDI-II entre le T1 et le T2. Indépendamment de ce score, les résultats signalent cette fois une différence significative entre le T1 ($M = 14,8$; $ÉT = 6,46$) et le T2 ($M = 6,6$; $ÉT = 5,77$) ($n = 5$), $t(4) = 8,95$, $p = 0,001$, $d = 0,95$.

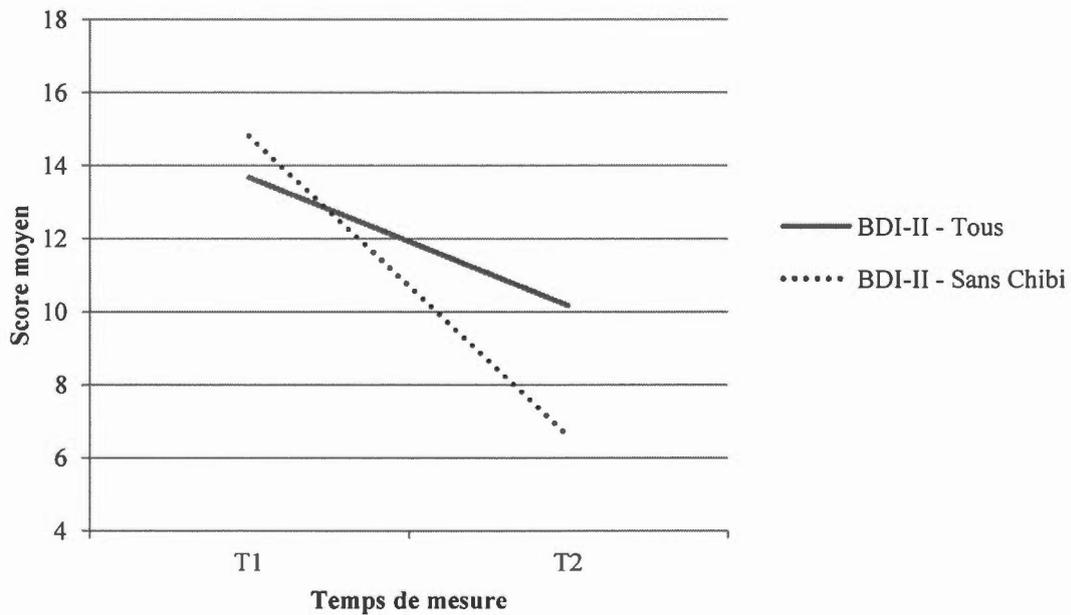


Figure 3.2 Différences entre le T1 et le T2 sur le BDI-II avec et sans Chibi

Notons que même en incluant les résultats non significatifs, mais qui marquent selon nous une tendance ($p < 0,1$ et $p > 0,05$), la direction du changement des scores moyens entre le T1 et le T2 pointe toujours vers une amélioration de l'état des adolescents. Aucun résultat ne laisse entrevoir une détérioration de l'état des adolescents après son passage dans le programme.

Les résultats révèlent également des changements différents en fonction du genre entre le T1 et le T2. Pour les filles, ces changements apparaissent sur la sous-échelle *attachement* de l'EPS où le score moyen au T1 ($M = 12,5$; $ÉT = 1,05$) augmente significativement au T2 ($M = 13,8$; $ÉT = 1,47$) ($n = 6$), $t(5) = 4$, $p = 0,01$, $d = 0,76$. Pour les garçons, la seule différence significative entre le T1 et le T2 se remarque sur le BDI-II : le score moyen diminue significativement du T1 ($M = 17,7$; $ÉT = 5,69$) au T2 ($M = 8$; $ÉT = 6,25$) ($n = 3$), $t(2) = 29$, $p = 0,001$, $d = 1$.

En somme, en considérant l'ensemble des adolescents indépendamment de leur groupe d'appartenance, les analyses de variance à mesures répétées montrent qu'après leur expérience de groupe les adolescents ressentent significativement moins de désespoir, moins de honte et, à une exception près, ont significativement moins de symptômes de dépression qu'avant leur participation. En plus, et cela uniquement chez les filles, on remarque une amélioration significative de la contribution des provisions sociales d'attachement.

3.2.4 Perception du niveau d'atteinte des objectifs individuels et collectifs

Le sentiment d'avoir atteint ou non ses propres objectifs à titre de participant ou ceux du programme selon les intervenants est un indicateur tout aussi important de l'adaptation au décès d'un proche chez des adolescents endeuillés par suicide. Les points de vue subjectifs des adolescents, des parents et des intervenants quant au niveau d'atteinte des objectifs individuels des adolescents et des objectifs collectifs du groupe enrichissent et approfondissent les résultats quantitatifs émanant de questionnaires standardisés.

D'abord seront présentés les attentes et les objectifs exprimés avant la participation au programme telles que rapportées par les adolescents et les intervenants. Suivent les opinions

des acteurs sur les causes des différents effets. Ensuite, les perceptions du niveau d'atteinte des objectifs seront classifiées d'après les thèmes principaux puisés dans les dossiers cliniques des adolescents, d'après les journaux de bord des groupes et d'après les contenus d'entrevues avec les adolescents, les parents et les intervenants. Ces thèmes se rapportent principalement aux effets à court terme de la théorie du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* (Figure 1.3, p.66), soit la sortie de l'isolement, l'augmentation du réseau de soutien, l'augmentation des mécanismes d'adaptation à la perte, l'augmentation des modes de résolution de problème, l'augmentation du sentiment de contrôle, l'acquisition de nouvelles connaissances sur le deuil et sur le suicide et l'augmentation de l'expression des émotions. Nous poursuivons avec les thèmes se rapportant aux effets à moyen terme (amélioration des relations familiales) et à long terme (exclusion du suicide comme solution à la souffrance). La présentation des effets secondaires et iatrogènes du programme sur l'amélioration des résultats scolaires clôt la section sur l'évaluation des effets du programme.

3.2.4.1 Attentes et objectifs préalables à la participation au programme

De manière générale, les intervenants s'attendent à atteindre les objectifs collectifs mentionnés dans le Guide d'animation du programme (Hamel, 2008, p. 25). Ils ne croient pas que le but du programme soit de conclure le processus d'adaptation à la perte des adolescents. Leurs objectifs seront plutôt atteints s'ils perçoivent que les adolescents ont progressé dans leur trajectoire d'adaptation à la perte et que, grâce à cette expérience, ils estiment avoir reçu une réponse positive à une demande d'aide.

« Moi je pense pas qu'ils ont fini leur deuil quand ils partent d'ici. [...] Il y a une question de temps dans le deuil qui, selon le moment auquel le deuil est arrivé, ils ne repartiront pas au même endroit. » (Intervenants groupe A - Entrevue #1)

« Ben je me dis si au moins ils repartent avec une chose. Que ce soit, que ce soit au moins que ça a été positif de venir se chercher de l'aide. Ben je me dis écoute ça va être énorme ça déjà. » (Intervenants groupe B - Entrevue #1)

À ces objectifs, les intervenants du groupe B ajoutent ceux de susciter chez les adolescents un espoir accru en l'avenir (« avoir espoir en l'avenir ») et la conscience « de l'héritage positif

laissé par le défunt » (Entrevue #1). Pour leur part, les intervenants du groupe A ont dressé des objectifs propres à chacun des adolescents pour personnaliser les objectifs collectifs mentionnés dans le Guide d'animation du programme et mettre l'accent sur certains éléments plus précis (par exemples : *diminuer le sentiment de culpabilité ; diminuer les idées suicidaires ; diminuer l'idéalisation du père suicidé, augmenter la capacité de communiquer avec l'entourage*). Il arrive également que ces objectifs formulés pour chaque adolescent soient ajoutés aux objectifs collectifs (par exemples : *diminuer la compulsion de lavage de main; maintenir des croyances spirituelles qui aident au lieu de nuire ; diminuer les symptômes de dépression et d'anxiété; augmenter le sentiment d'identité personnelle*).

L'attente principale nommée et partagée par au moins six adolescents est de pouvoir briser leur isolement en rencontrant d'autres adolescents endeuillés par suicide. Généralement, ils veulent aller mieux et être en mesure de mieux vivre malgré la perte.

« T'sais j'me dis : si j'en sors puis ça m'a rien fait, ben je vais pas être pire qu'avant, mais si je m'en sors pis ça va être plus le fun, puis je vais avoir peut-être plus de la facilité à voir les choses, puis à comprendre, puis à améliorer dans le fond mon sens, mon mode de vie pis des affaires comme ça, t'sais, par ça, m'aider, ben, ça peut juste être une bonne chose. » (Poulet - Entrevue #1)

Au moins sept adolescents disent souhaiter que le programme leur permette d'être en mesure d'exprimer leurs émotions convenablement et de pouvoir mieux les gérer, dont plus particulièrement la colère et la tristesse.

« Ben... genre, c'est juste pour pas arrêter de m'ennuyer de mon père mais, genre, pouvoir un peu plus contrôler ma peine, là. » (Sram - Entrevue #1)

« *Interviewer* : Tu sais si tu participes au groupe qui va commencer la semaine prochaine, c'est que j' imagine que tu t'attends à ce que ça change quelque chose pour toi.

Pokmon132 : M'ouais que ça me libère de sentiments ou de haine.

Interviewer : De haine?

Pokmon132 : Peut-être... de colère un peu.

Interviewer : Envers qui?

Pokmon132 : Ben! Être en colère, ben que ça soit arrivé, puis être en colère qu'il ait fait ça comme. » (Pokmon132 – Entrevue #1)

« Je vais tout simplement être capable de parler sans brailler comme un petit bébé. » (Melz – Entrevue #1)

Notoirement, briser l'isolement et l'expression des émotions sont deux effets à court terme de la théorie du programme (Figure 1.3, p.66).

Les deux soeurs du groupe B aimeraient que le programme les aide à améliorer la qualité de leurs relations familiales. Cette attente est quant à elle cohérente avec l'effet à moyen terme de la théorie du programme, soit d'améliorer les relations familiales.

« Elle souhaite que le groupe lui permette de se rapprocher de sa sœur aînée, car elles se parlent de tout, sauf du suicide de leur père. » (Charlotte – Dossier clinique)

Les adolescents ont aussi des attentes individuelles inédites, par exemple : être en mesure d'accepter le décès, mieux dormir, penser moins à la personne décédée ou bien pouvoir aider les autres.

Au moins cinq adolescents mentionnent ne pas entretenir d'attente par rapport à leur participation au programme. Quatre d'entre eux ne savent pas quoi répondre quand on leur pose la question, tandis qu'un autre exprime qu'il est réceptif à ce qui se présentera sans pour autant se faire d'attentes.

« Moi dans le fond, ce que je fais, c'est que je laisse la vie me conduire à ce qui va m'arriver plus tard, pis dans le fond, je me laisse comme aller dans la vie. » (Lilou – Entrevue #1)

Tous les adolescents espèrent atteindre au moins un score de 7,5 sur l'échelle de bien-être proposée dans le programme (où « 1 » indiquant un profond mal-être et « 10 », un bien-être total). Indépendamment de ce score, ils souhaitent retrouver une stabilité dans l'humeur. Certains visent « 10 » alors que d'autres croient qu'atteindre ce niveau de bien-être est impossible.

« Ben 8, 8 et demie, là. Ça, ça serait plus raisonnable, parce que moi, je me dis que ça se peut pas, là, qu'on soit à 10, là, pile, là. 9 et demie ou 8, là. » (Lilou – Entrevue #1)

Somme toute, après leur participation au programme, les adolescents qui ont répondu à la question confirment l'atteinte du niveau de bien-être visé.

3.2.4.2 Attribution de l'atteinte des objectifs

La majorité des adolescents (6\11) et des parents (7\9) imputent en bonne partie au programme la progression qu'ils perçoivent dans leur adaptation à la perte. Et cela, même s'ils jugent que le programme n'a pas eu tellement d'effets ou que le passage du temps et la réflexion personnelle influencent également cette progression.

« Ben, je pense que c'est le groupe, puis le temps, puis, tu sais, tout que je m'assisais pour y penser, que je pensais que... le temps de réfléchir et tout ça. » (Charlotte – Entrevue #2)

Par ailleurs, un adolescent ne fait pas directement le lien entre sa progression et les exercices qu'il a fait durant le programme. Le programme ne semble pas non plus avoir joué un rôle particulier selon trois adolescents qui l'ont quitté prématurément. Un de ceux-là affirme avoir profité davantage du programme offert aux enfants que celui offert aux adolescents. La mère de ce dernier adolescent attribue plutôt les changements de son fils aux changements dans sa médication qu'aux bienfaits du programme.

« C'est dur à dire parce qu'en même temps qu'il a participé au groupe, il a changé de médication. Fait que là ça a été une période difficile dans le sens qu'il a passé du *Ritalin* à l'*Adderall* pis ça pas marché du tout. Fait que c'est bien difficile de mettre le doigt sur la cause. Moi d'après moi c'est plus la médication que d'autres choses. Parce que quand il est retourné à sa médication, il était correct. » (Mère de Sram – Entrevue)

Selon les intervenants du groupe A, ce sont les adolescents les plus meurtris par le décès de leur proche qui ont fait les progrès les plus notoires. Pour les autres, la perception de leur progression reste ambiguë.

« Les plus poqués cette année, [BSA] et [Melz], ont bénéficié du groupe d'après moi de façon supérieure aux autres. Ils partaient de beaucoup plus loin. Ont fait des acquis qui, non seulement par rapport au deuil, mais dans leur vie. Mais ceux qui étaient théoriquement les moins poqués se sont peut-être rendu compte qu'ils étaient plus poqués qu'ils pensaient. Ce qui est en soi un gain. Mais pas tellement un gain non plus. » (Intervenants groupe A – Entrevue #2)

Bref, pour certains adolescents et leur parent, il ne fait aucun doute que l'atteinte de leurs objectifs dépend en grande partie de leur participation au programme. Pour d'autres, ce lien est moins évident à faire et s'entremêle au passage du temps et à la prise de médication

adéquate. Les sections qui suivent rendent compte plus finement du degré perçu d'atteinte des objectifs du programme.

3.2.4.3 Sortie de l'isolement

Sortir de l'isolement était l'un des principaux objectifs des participants. Or, les extraits puisés dans les dossiers cliniques des adolescents à propos de la première rencontre de groupe témoignent d'un résultat déjà clair à cet égard. Un adolescent n'ayant participé qu'à quatre rencontres avant de quitter le programme admet à tout le moins que l'aspect positif du programme aura été de le sortir de son isolement.

« Aussi, elle dit que la thérapie n'est pas si aidante puisque les quatre rencontres ne lui ont rien donné, sauf de briser son isolement. » (Kidess – Dossier clinique)

La sortie de l'isolement se traduit chez les adolescents par le fait de se sentir normalisé dans leurs réactions de deuil. Selon les notes colligées aux dossiers cliniques des adolescents, l'exercice portant sur les réactions inhérentes au deuil atteint cet objectif. Ces deux rencontres (séances #3 et #4) ont créé un effet de soulagement chez au moins neuf adolescents. Ils se sont reconnus dans les réactions énoncées sur la liste des réactions de deuil distribuée. En entendant les pairs parler de leurs propres réactions, ils découvrent qu'ils ne sont pas fous, déviants ou « extra-terrestres ». L'extrait suivant émanant du plus jeune membre du groupe B témoigne de ce sentiment de soulagement associé à la normalisation d'un comportement qu'il croyait immature.

« Parce que tu vois quand on a fait les réactions. Ce qui était d'ailleurs très intéressant quand on est tombé au niveau des peurs. Quand lui a dit que depuis le suicide de son père il couchait avec sa mère. Il avait eu des périodes où il a couché avec sa mère. Pis que les filles sont allées dire : nous aussi. Ben là mon dieu pour lui c'était comme : Hein, ben moi je me trouvais bébé. Fait que là il était comme content de voir. Pis là c'était comme de dire : Elle, elle a 17 ans pis ça arrive encore qu'elle va coucher avec sa mère. » (Intervenants groupe B – Entrevue #2)

Se sentir normalisé dans ses réactions de deuil ne s'opère pas uniquement dans l'observation que les autres adolescents expérimentent spécifiquement les mêmes que soi. Les adolescents en arrivent à reconnaître leur normalité au-delà de la similarité de leurs réactions de deuil, soit dans la diversité et les différentes manières de les vivre, de les gérer et de les ressentir.

« *Charlotte* : Ben genre, sur le deuil, là, c'est pas tout pareil que... dans le fond c'était tout pareil, mais on vivait pas toute la même manière. Y'en a qui vivait ça plus mal, plus bien. Dans le fond y'avait tout plein de réactions différentes.

Interviewer : Et ça t'a permis de faire quoi ça, de réaliser ça?

Charlotte : Bien de réaliser que je suis pas, tu sais que je suis pas folle à cause que je réagis pas de la même manière que les autres. » (Charlotte – Entrevue #2)

L'effet du programme sur la sortie de l'isolement des adolescents s'observe aussi à travers l'augmentation du réseau de soutien. Alors que la sortie de l'isolement désigne un sentiment qualitatif, l'augmentation du réseau de soutien est une évaluation plus pragmatique du nombre de personnes en soutien et du type de soutien offert.

3.2.4.4 Réseau de soutien

Le programme a entre autres permis aux adolescents de rencontrer d'autres adolescents avec qui ils partagent un événement de vie similaire. Cet aspect est d'autant plus important que les adolescents de notre échantillon ont délaissé à leur propre initiative certaines relations amicales et amoureuses en évoquant que leurs amis ou partenaires ne comprenaient pas la gravité et l'ampleur de leur situation.

« Puis j'ai appris à connaître des nouvelles personnes. Qui disaient la même chose. Je me sentais seule au monde puis je suis pas seule, y'en a plein d'autres à qui ça arrive. » (Melz-Entrevue #2)

« À la fin du groupe, elle dit que le groupe permet de diminuer l'isolement, car elle trouve que ce n'est pas la même chose que de parler avec des amis qui ne comprennent pas vraiment. » (Chibi - Dossier clinique)

Le programme favorise indirectement la provision d'un meilleur soutien social de la part de l'entourage en permettant aux adolescents d'oser traiter de la mort de leur proche. En allant vers les autres et en s'ouvrant davantage, les adolescents sont plus susceptibles de recevoir le soutien social nécessaire et adéquat. Autant les parents que les adolescents soulèvent que le programme a augmenté la capacité de parler plus ouvertement et librement de la personne suicidée. Les adolescents sont également capables de choisir les moments où ils parlent du suicide.

« Ben! t'sais, je suis pas portée à en parler avec tout le monde; il y a quelques personnes avec qui j'en parle pis tout, sauf que je suis plus portée à pas nécessairement parler de ça, mais t'sais dire un peu plus ce que je ressens. » (Chibi – Entrevue #2)

3.2.4.5 Mécanismes d'adaptation à la perte

Chez nos sujets, les effets sur les mécanismes d'adaptation à la perte se remarquent par la correction de distorsions cognitives quant à l'idéalisation de la personne suicidée et l'application de nouvelles stratégies d'adaptation.

Les distorsions cognitives quant à l'idéalisation de la personne suicidée sont soulevées uniquement par les intervenants du groupe A en regard de trois adolescents qui ont terminé le programme, soit Melz, Lali-Shine et BSA. Selon les notes colligées dans leurs dossiers cliniques respectifs, chacun de ces participants a reconnu, à un moment ou à un autre, que leur père n'était pas l'être aussi parfait qu'ils prétendaient. Le premier extrait suivant concerne le cas le plus préoccupant ; le deuxième, renvoie à ce qui s'est produit chez Lali-Shine lors de l'exercice de la lettre adressée à la personne suicidée.

« Aussi, elle réalise qu'elle plaçait son père sur un piédestal. Elle n'a pas à se venger en agissant contre sa mère alors que c'est son père qui l'a violée et battue. » (Melz – Dossier clinique)

« Paradoxalement, elle adresse l'enveloppe "au père idéal". Explorons cet "idéal" avec elle, puis elle change ce qu'elle avait écrit. Elle semble fière de ce pas. La félicitons pour être plus capable de nommer les émotions négatives et ne pas maintenir que le côté idéalisé. » (Lali-Shine – Dossier clinique)

À la suite du programme, les adolescents disent appliquer de nouvelles stratégies d'adaptation. Ces stratégies sont variées d'un adolescent à l'autre et font référence à la fois aux stratégies orientées vers la perte qu'à celles orientées vers la restauration (crier, pleurer, écouter de la musique, faire du sport, lire, écrire, magasiner, parler à des amis, etc.). Ces stratégies ont été mises en lumière principalement par l'exercice de résolution de problème (séance #9 et #10) et par l'exercice sur l'efficacité des mécanismes d'adaptation (séance #7), ce dernier créé et mis en place uniquement dans le groupe B. Pour un adolescent, l'application de nouvelles stratégies d'adaptation lui a permis de retourner dormir seul dans sa chambre. Chose qu'il ne faisait plus depuis le suicide de son frère.

« Il nous annonce aussi qu'il a recommencé à dormir seul dans sa chambre en bas depuis hier, ce qui est une bonne nouvelle pour lui. » (Sam – Dossier clinique)

L'application des nouvelles stratégies d'adaptation est aussi fortement associée à de nouveaux modes de résolution de problème.

3.2.4.6 Modes de résolution de problèmes

L'application de nouveaux modes de résolution de problème s'observe dans les situations impliquant des relations interpersonnelles. Chez un adolescent en particulier, la mise en pratique des étapes de la résolution de problème lui a permis de mieux contrôler ses comportements agressifs et violents. Ce qui lui a valu de ne plus se faire suspendre de l'école cette année.

Par ailleurs, l'exemple le plus éloquent de résolution de problème provient de Pokmon132 qui a mis en oeuvre une stratégie suggérée par les autres membres du groupe.

« Il rapporte aussi se faire souvent écœurer à l'école, mais avoir appliqué des suggestions proposées par les filles lors d'une rencontre de groupe qui était d'ignorer la personne qui l'écœure ou de lui répondre comme s'il se foutait d'elle. Il confie que cela a marché et que la personne qui l'écœurerait n'a pas su quoi répondre et est partie. » (Pokmon132 – Dossier clinique)

3.2.4.7 Sentiment de contrôle

Le sentiment de contrôle réfère ici aux effets du programme quant à l'amélioration de la confiance en soi et de la capacité à respecter ses limites. Ces effets trouvent un écho uniquement dans le groupe B où les adolescents disent être plus authentiques envers eux-mêmes et les autres, qu'ils s'assument plus.

« Je trouve que ça fait grandir. Sentiment d'avoir acquis quelque chose. Ça m'a redonné confiance en moi. Ça m'a montré que j'étais une bonne personne. » (Poulet – Dossier clinique)

« Oui, je sens qu'elle est vraiment mieux et qu'il y a des choses qu'elle assume plus. Elle se dit : ben, bon c'est de même, c'est de même et si ils ne m'aiment pas de même ils ont juste à ne pas m'accepter comme ça. Elle s'assume plus. » (Mère de Chibi – Entrevue)

« Façon de réagir avec les gens. Se permet davantage de mettre ses limites. S'assume plus. » (Poulet – Dossier clinique)

3.2.4.8 Acquisition de nouvelles connaissances

Le programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* avait entre autres pour objectif de fournir de nouvelles connaissances principalement sur le processus du deuil. Les intervenantes du groupe B ont également spécifiquement transmis des connaissances sur le processus suicidaire dans le cadre d'un exercice distinct. Selon les adolescents, le programme leur a permis non pas seulement d'acquérir de nouvelles connaissances sur le suicide et le deuil, mais aussi de réviser celles qu'ils avaient déjà.

« Ça te met des... des... des certitudes, là. Mais oui, c'est sûr que (mot incompréhensible) sur le deuil, sur le suicide aussi, mais c'était pas des trucs que je savais pas. C'est des fois des trucs que tu veux pas entendre, mais que tu sais que c'est ça, mais que tu veux comme pas euh... » (Poulet – Entrevue #2)

« C'est au bout des choses, à force de me faire expliquer que mon père, il avait ses raisons. Y'a pas juste [PSY], y'a ma mère qui essayait de me faire comprendre, tout le monde qui essayait de me faire comprendre... au bout de la ligne, j'ai fini par comprendre que ils avaient peut-être raison, t'sais. » (Melz – Entrevue #2)

Les adolescents croient que le programme a été utile pour leur transmettre des connaissances sur le processus du deuil. Selon les notes recueillies dans les dossiers cliniques, les adolescents auraient davantage approfondi certaines notions sur le deuil déjà connues et acquis de nouvelles. Comme mentionné plus haut, cet approfondissement a principalement servi à normaliser leurs différentes réactions de deuil. Seul un adolescent ayant déjà participé à un programme similaire dans le passé (Pokmon132) mentionne que le programme a été peu ou pas du tout utile pour parfaire ses connaissances sur le processus de deuil.

Les adolescents croient aussi que le programme est utile pour valider, consolider et approfondir leurs connaissances préalablement acquises sur le processus suicidaire. Les connaissances transmises plus formellement à l'aide d'un exercice distinct (groupe B) ou non

(groupe A) ont eu un effet principalement sur les causes du suicide. Ils déclarent comprendre maintenant que le suicide est le fait de personnes très souffrantes, qu'il peut être normal qu'il n'y ait pas de signes précurseurs et qu'il ne s'agit pas non plus d'un acte courageux. La notion de choix dans le suicide reste empreinte d'ambivalence et se retrouve encore dans le discours de plusieurs adolescents.

« Ben, qu'est-ce que j'ai pu apprendre là-dessus? Ben, dans le fond, c'est que c'est un choix, mais un choix qui est pas tout le temps pensé, genre, des temps à l'avance. T'sais, pis. J'ai de la misère à répondre à celle-là. Ben, je sais pas. Je pourrais pas te dire, là. Vraiment plus ça, t'sais, j'ai vu que c'était, que c'était pas, que c'était vraiment un mal de vivre, que c'était pas euh... , c'est pas euh..., à cause d'une niaiserie, là. » (Poulet – Entrevue #2)

« Je le sais pas, c'est parce que j'ai réalisé juste que c'est son choix pis que je sois fâchée ou pas, il peut pas revenir pareil. » (Lali-Shine – Entrevue #2)

Pour Pokmon132, le contexte du programme a éveillé chez lui le désir d'approfondir ses connaissances sur la maladie mentale de son père. Il a réalisé une recherche sur le trouble bipolaire dont souffrait son père à l'occasion de l'expo-science de son école.

« [...] comme la bipolarité là, je pense que si mon père aurait pas été mort, pis savoir qu'il avait cette maladie-là, je pense que j'aurais jamais su c'était quoi, là, fait que ça apporté des nouvelles connaissances. » (Pokmon132 - Entrevue #2)

3.2.4.9 Expression des émotions

Le programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* parvient à des degrés divers à jouer sur la régulation et l'expression des émotions dont plus particulièrement sur les sentiments de culpabilité, de colère et de tristesse.

De prime abord, le sentiment de culpabilité a diminué chez les adolescents qui reconnaissent se sentir moins responsables du suicide de leur proche. À cet égard, l'exercice ciblé des *post-it* (séance # 10 dans le groupe A et séance #9 dans le groupe B) parvient à produire son effet selon les notes colligées aux dossiers cliniques de plusieurs adolescents après cet exercice.

« Avant, je me sentais peut-être un petit peu plus coupable, là, mais ça, c'est sûr, dans le début, c'est souvent culpabilité au boutte, là, mais, non, maintenant, moi, ç'a vraiment changé pour dire que là : non t'es pas responsable de ça. » (Poulet – Entrevue #2)

Selon les dires des adolescents, le programme a aussi contribué à diminuer la colère et ses manifestations chez au moins six adolescents. Cette diminution est attribuable en partie au fait de reconnaître et de nommer la colère, et de mieux comprendre les différents aspects plus généraux et particuliers du suicide de leur proche.

« Ils m'ont juste appris en même temps, genre, à pas être fâchée après mon père pour ce qu'il a fait, mais à part ça, y'a pas grand-chose d'autre ; y'a juste ça que j'avais pas réalisé encore. » (Lali-Shine – Entrevue #2)

« Non, ben genre, t'sais, j'étais fâchée, pis je comprenais rien, j'étais toute mélangée; ça m'a fait comprendre des choses. » (Melz – Entrevue #2)

La diminution de cette colère joue surtout favorablement sur les relations interpersonnelles avec les pairs, la fratrie et les parents. Le premier extrait renvoie à une prise de conscience de la part d'un adolescent dont les manifestations de colère s'étaient déplacées, avant sa participation au programme, sur ses camarades de classe. Le deuxième extrait expose une situation où l'adolescent, en cours de programme, est parvenu à déplacer la colère qu'il entretenait envers sa mère (séparée du père peu longtemps avant le suicide) sur son père suicidé.

« Il dit que la violence et la colère (qu'il perçoit comme un sentiment amenant la violence) ne règlent rien et provoque plutôt plus de problèmes. » (Pokmon132 - Dossier clinique)

« Il a évolué beaucoup [BSA]; il a vraiment changé par rapport à la mort de son père, par rapport à la colère qu'il avait envers moi. Ça l'a comme tout apaisé. C'est sûr qu'il y a encore de la souffrance, mais il en veut à son père. Il m'a lâchée un peu ; il s'en prend plus à lui : il nous a abandonnés. Il voit que c'est pas de ma faute. » (Mère de BSA – Entrevue)

Il ressort toutefois que la tristesse ressentie par les adolescents endeuillés par suicide n'a pas subi pareille atténuation suite à l'exposition au programme. Alors que son intensité a faiblement diminué chez au moins cinq adolescents, elle est restée stable chez d'autres ou même augmentée chez un participant.

« La colère, je l'ai plus ; ma peine, ça dépend des moments, là. » (Lali-Shine – Entrevue #2)

« Ouais, on voyait qu'elle était vraiment, qu'elle était vraiment plus triste. Je le sentais, je le savais, ça brassait plein d'émotions et qu'elle était en train de vivre son deuil là. C'est sûr, c'est compréhensible aussi. » (Mère de Chibi – Entrevue)

Ce sont plutôt les manifestations de cette tristesse qui se sont positivement modifiées à la suite de la participation au programme. Au moins cinq adolescents disent avoir apprivoisé leur tristesse et sont maintenant en mesure de mieux contrôler son intensité et le moment de son expression. Cet extrait résume bien l'ensemble des propos recueillis à ce sujet.

« C'est ça. Oui, oui, c'est vrai. Tu te dis : je pleure pis c'est correct ; pis t'sais, là, je pleure pas pour n'importe quoi, mais je pleure quand il le faut, là. » (Poulet - Entrevue #2)

La participation au programme permet aussi à au moins deux adolescents de retrouver une authenticité perdue. Depuis le suicide de leur proche, ces adolescents avaient pris l'habitude de masquer leurs émotions négatives à leur entourage pour éviter de les contrarier et de devoir expliquer la nature de leur souffrance.

« Ben, je cachais un peu les choses; je disais que ça allait toujours super bien, puis, t'sais, je faisais comme si rien ne s'était passé souvent, sauf que là, t'sais il y a eu des changements autant de la façon que j'agissais ou quoi que ce soit, puis aussi de la façon dont j'agis, t'sais de la façon je me sens, là... » (Chibi – Entrevue #2)

En somme, le programme a généralement permis, dans la plupart des cas, l'expression générale des émotions ressenties par les adolescents. Cela est alors perçu comme utile pour progresser dans son deuil.

« Il dit réaliser que parler plus du deuil et de son père l'a fait progresser plus vite que son grand-père qui n'en parle pas. » (BSA - Dossier clinique)

« Ça nous a aidés comme à plus rentrer dans les sujets qu'on devait, que nous on avait besoin plus de parler. T'sais, que ce soit dans n'importe laquelle activité ou quoi que ce soit, le fait de nous laisser à nous, de nous laisser dire ce qu'on avait envie de dire, que ça nous a fait tous du bien. » (Chibi – Entrevue #2)

3.2.4.10 Relations familiales

De façon plus distale, on remarque une amélioration des relations familiales immédiate. Les conflits éclatent moins souvent et les adolescents s'ouvrent et se confient plus facilement à

leur parent qu'avant leur participation au programme. Cet effet s'observe même dans l'aide aux différentes tâches ménagères.

« Mais depuis un petit bout de temps, ça va bien, il fait ses affaires, quoique je m'attends à plus de lui, côté ménage, côté aide. Là, la fin de semaine passée, il m'a aidée à mettre la table : Maman, tu veux-tu que je coupe les concombres... Oui, oui, oui, t'sais. Fait que ça s'améliore. » (Mère de BSA – Entrevue)

Des résultats plus complets concernant l'état des relations familiales seront traités dans une section subséquente à propos de la qualité du soutien offert dans la famille immédiate. Nous avons retenu ici les résultats qui nous apparaissaient liés aux effets du programme et non pas aux conséquences du suicide lui-même.

3.2.4.11 Comportements suicidaires

Bien qu'il s'agisse d'un effet attendu à long terme, les analyses montrent déjà certaines modifications mitigées sur la diminution des idéations suicidaires, des comportements suicidaires et des comportements d'automutilation en cours de programme. Un adolescent rapporte encore des idées suicidaires lors de la dernière rencontre de groupe, alors qu'un autre témoigne d'idées suicidaires et des comportements d'automutilation à la huitième rencontre ; il traversera par ailleurs un épisode d'automutilation entre la 11^e et la 12^e rencontre.

« [Pokmon132] tient des propos suicidaires. Il dit qu'il est tellement tanné que sa vie soit comme cela, que ça lui dérangerait même pas de sauter en bas d'un pont. [Pokmon132] dit merci aux autres membres pour leur conseil, mais les met tous en échec pour son cas. (Pokmon132 - Dossier clinique)

« [Melz] s'est auto-mutilée.[...] Elle n'a pas utilisé les stratégies connues. » (Melz – Dossier clinique)

Par ailleurs, les idées suicidaires et les comportements d'automutilation ont diminué et même disparu chez un adolescent qui avait commis une tentative de suicide entre la première et la deuxième rencontre de groupe puis des comportements d'automutilation entre la troisième et la quatrième rencontre.

« Il rapporte que depuis qu'il utilise le truc de la glace, il ne s'est plus automutilé et en est fier. Les éducateurs le soutiennent là-dedans. » (BSA – Dossier clinique)

« À noter: autre gain, il n'a plus d'idées suicidaires ni de comportements d'automutilation. » (BSA – Dossier clinique)

Aussi, lors de la dernière rencontre de groupe, une adolescente confie qu'elle a fait appel à la ligne d'intervention du centre de prévention du suicide parce qu'elle pensait à aller rejoindre son père. Cette expérience positive l'a encouragée à écrire à propos du suicide de son père sur son blogue et d'y ajouter le numéro de téléphone du centre de prévention du suicide.

« [Charlotte] partage avoir mis notre numéro sur son blogue (Internet), avoir parlé de son père et même dit qu'elle avait eu de l'aide du CPSQ lorsqu'elle pensait à rejoindre son père. » (Charlotte – Dossier clinique)

L'information sur les autres adolescents qui avaient rapporté des idées suicidaires ou des comportements suicidaires avant leur participation au programme n'a pu être recueillie à la fin de celui-ci.

3.2.4.12 Effets secondaires et iatrogènes du programme

Quoique difficilement attribuable au programme, d'autant plus qu'il ne poursuit pas cet objectif, au moins trois parents observent des améliorations scolaires chez leurs adolescents. Ces derniers font preuve d'une plus grande concentration. Pour un adolescent en particulier, ses résultats scolaires ont augmenté de manière considérable depuis le début de l'année scolaire qui coïncide avec la participation au programme.

« Il a des scores à l'école comme tu n'as jamais vu. L'année passée, c'était un torchon son bulletin. Pis cette année, regarde... Il pète des 100%, des 90 en Maths. Si il continue de même, à la 3e étape, il n'a pas besoin de faire l'examen à la fin de l'année. » (Mère de Sam - Entrevue)

Comme mentionné précédemment, le programme a toutefois entraîné un effet non désirable en ce qui concerne l'exacerbation de la tristesse. On le remarque particulièrement chez Chibi pour qui le score au *Beck depression inventory-II* augmente entre le début et la fin du programme. De plus, pour au moins quatre adolescents qui ne complètent pas le programme, l'augmentation de la tristesse explique en grande partie leur départ. Un des adolescents quitte

après la troisième rencontre et deux autres après la quatrième. Ces rencontres portent sur la présentation de la personne décédée et sur l'identification des réactions de deuil. Le dernier de ces adolescents quitte le programme à la neuvième rencontre. Il décrit sa confusion sur les objectifs du groupe qu'il croyait axés sur les moyens et stratégies de s'adapter à la perte et non de discuter du suicide.

« Appel de la mère de [Kidess]. Elle dit que [Kidess] ne veut plus venir car parler de [la personne suicidée] fait mal et pour aller mieux elle doit cesser d'en parler. Elle a aussi interdit à sa mère de parler de [la personne suicidée]. » (Kidess – Dossier clinique)

« Ben il y a des journées que j'ai l'impression qu'on parlait, genre, du suicide pis je trouvais ça bizarre. Il me semble qu'on est ici pour qu'ils nous apprennent ou qu'ils nous montrent des trucs, genre. » (Lilou – Entrevue #2)

Notamment, dans le groupe A, tous les adolescents qui ont quitté le programme avant la fin ont eu, pour leur dernière séance, un score sur l'échelle de bien-être qui a diminué en cours de rencontre. Ce qui signifie qu'ils percevaient que leur état s'était détérioré entre le début et la fin de la rencontre à laquelle ils ont participé.

Pour résumer l'ensemble des résultats issus de l'évaluation des effets, nous pouvons avancer que le programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* a produit des effets positifs, tels que mesurés avec des instruments standardisés. Ces effets plus généraux traduisent une diminution du degré de désespoir, des symptômes de dépression et du sentiment de honte. D'un point de vue qualitatif, les témoignages des adolescents, des parents et des intervenants évaluent la qualité de ces effets et en dévoilent d'autres dont la sortie de l'isolement, l'augmentation du réseau de soutien, l'augmentation des mécanismes d'adaptation, l'augmentation des modes de résolution de problème, l'augmentation du sentiment de contrôle (confiance en soi, respect des limites), l'acquisition et la révision de connaissances sur le deuil et le suicide, la régulation des émotions (sentiment de culpabilité, colère, tristesse), l'amélioration des relations familiales et l'occurrence des conduites suicidaires.

3.3 Processus d'adaptation à la perte

Cette dernière section porte sur l'approfondissement des connaissances relativement au vécu des adolescents endeuillés par suicide et répond au troisième objectif : mieux documenter les facteurs qui influencent le processus d'adaptation à la perte des adolescents endeuillés par suicide. Pour ce faire, nous avons recueilli de l'information qualitative sur les thèmes associés aux théories contemporaines du deuil. Ces informations concernent l'implication de l'adolescent dans l'historique familial, les composantes du processus d'adaptation à la perte chez les adolescents endeuillés par suicide et la qualité du soutien dont ils disposent. L'exploration de ces thèmes permet de déceler les facteurs importants associés au processus d'adaptation à la perte des adolescents endeuillés par suicide qui pourront inspirer l'auteure du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* dans sa modélisation générale ainsi que pour le développement de nouveaux exercices et outils d'intervention. Pour plus de précision, les portraits des adolescents présentés à l'Annexe C expliquent bien le contexte des propos rapportés.

3.3.1 Implication de l'adolescent dans l'historique familial du suicide

L'implication de l'adolescent dans l'historique familial du suicide se rapporte au contexte familial préalable au décès par suicide du proche de l'adolescent. Il s'agit plus précisément de présenter les caractéristiques de la relation entre l'adolescent et la personne suicidée préalablement à son décès et, par la détermination d'une typologie d'événements de vie, d'appréhender le rôle des événements qui précèdent le suicide sur les conséquences de celui-ci pour l'adolescent.

3.3.1.1 Caractéristiques de la relation entre l'adolescent et la personne suicidée

Les informations recueillies au travers des entrevues et à la lecture des dossiers cliniques révèlent les caractéristiques de la relation entre l'adolescent et la personne suicidée relativement à la qualité de la relation (positive ou négative) et au degré de proximité (fréquence des contacts). Élaborée selon un procédé comparatif et itératif entre les différents cas, la Figure 3.3 présente un diagramme à cadran qui fait état de notre observation du degré

de proximité (fréquence des contacts) et de la qualité de la relation vécue avec la personne décédée. Ce diagramme représente avant tout une façon d'organiser et de résumer les informations recueillies.

Majoritairement, les adolescents de l'échantillon perçoivent qu'ils entretenaient une relation de qualité et de proximité avec la personne qu'ils ont perdue. Et dans les cas où le degré de proximité est moindre, la qualité de la relation reste positive dans la plupart des cas. À l'exception de Sram qui n'entretenait pas une bonne relation avec son père. Toutefois, les effets de cette mauvaise relation sont amoindris du fait qu'il ne le côtoyait pas régulièrement. Le cas le plus préoccupant reste celui de Melz qui entretenait une relation très étroite (cohabitation) et malsaine (agression sexuelle, incitation à la consommation d'alcool et de drogues) avec son père.

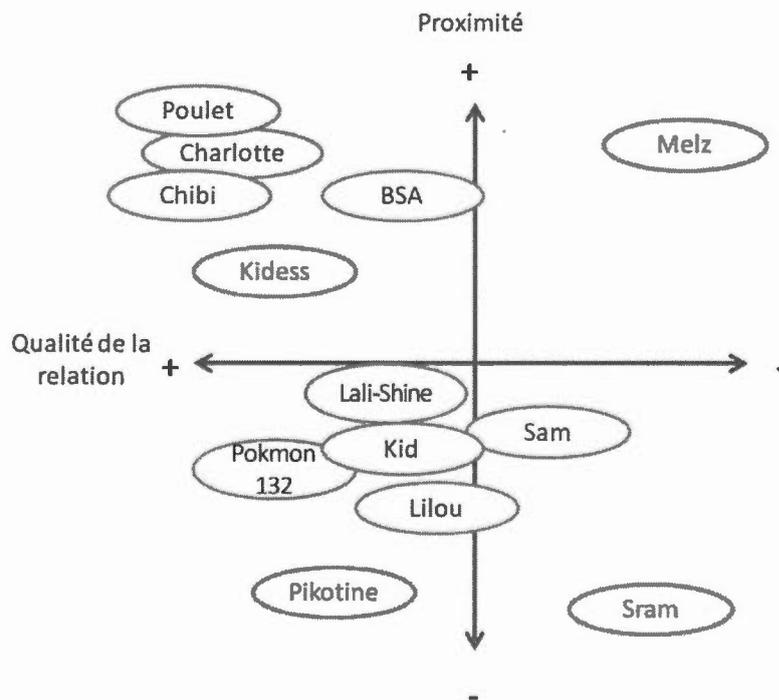


Figure 3.3 Degré de proximité et qualité de la relation

3.3.1.2 Typologie d'événements de vie

Tousignant et Séguin (2008) ont mis au point une typologie des événements significatifs précédant le suicide d'un père (présentée au Tableau 1.5, p. 28) dont on peut s'inspirer pour appréhender l'implication de l'adolescent dans l'historique familial du suicide et les conséquences inhérentes. Leur typologie s'est construite par la mise en commun des informations recueillies lors d'autopsies psychologiques permettant ainsi d'identifier et de dater avec précision le dernier événement de vie majeur ayant provoqué le suicide. Leur typologie provient de pères suicidés. Le titre des sous-sections suivantes circonscrit un scénario typique en fonction d'un (ou des) événement(s) significatif(s) dans la vie du proche de l'adolescent et qui précède(nt) son suicide établi. Le premier scénario concerne spécifiquement le suicide d'un membre de la fratrie ou d'un cousin. Les cinq suivants concernent le suicide d'un père. Sont rapportées les conséquences de chacun de ces scénarios sur l'intensité et les particularités des réactions de deuil chez nos sujets. Des extraits d'entrevue et de notes dans les dossiers cliniques des adolescents appuient cette analyse.

Situation conflictuelle à l'extérieur d'une cellule familiale (frère ou cousin)

Dans les cas où c'est le frère ou le cousin de l'adolescent qui se suicide, les événements significatifs qui précèdent le suicide relèvent de situations extérieures à l'adolescent. Les événements repérés sont une peine d'amour (3 cas sur 4) et des problèmes de santé mentale liés à une consommation excessive de drogue actuelle ou passée (2 cas sur 4).

L'adolescent qui perd par suicide un frère ou un cousin ressent généralement une tristesse davantage associée aux diverses conséquences qu'entraîne le suicide qu'une tristesse associée à l'ennui. C'est que pour quatre adolescents sur cinq³⁸, dont trois habitent sous le même toit que leur frère, la fréquence des contacts avant le suicide n'est pas très élevée. Aussi, pour quatre adolescents sur cinq, la différence d'âge avec l'adolescent endeuillé est de plus de cinq ans et aucun ne partage le même groupe d'amis que leur frère ou cousin avant le suicide.

³⁸ Ici, pour quatre cas de suicide, cinq adolescents sont endeuillés. C'est qu'un de ces cas touche à la fois le frère et le cousin.

« Ma mère, elle, elle a beaucoup de misère avec ça parce que c'était son fils, t'sais, c'est ça. Pis elle s'en est pas mal occupée quand il était jeune pis tout le kit, t'sais. C'est elle qui s'en est vraiment occupée. Moi, c'est moins difficile pour moi à prendre ça. C'est quand même dur, mais c'est moins, t'sais. Pis elle, elle a plus de misère avec ça de voir que moi, ça me fait pas trop de mal, t'sais, comme elle. » (Lilou – Entrevue #1)

Quoique plus le lien entre l'adolescent et la personne suicidée était intense (positif et fréquent), plus le sentiment de tristesse est également associé à de l'ennui. Chez certains, cette tristesse s'accompagne d'une plus ou moins forte identification au proche suicidé. Cette identification se traduit dans des comportements d'imitation ou d'appropriation de certains objets ayant appartenu au proche suicidé pour combler son absence, pourrait-on penser.

« Je vais faire du *snow* parce qu'il faisait du *snow*. Je vais faire comme lui. » (Kidess-Entrevue #1)

« Ça lui fait peut-être du bien aussi d'être avec les choses de [la personne suicidée]. Ça, il en parle pas. On le sait pas. Mais j'imagine que oui. Il a son cellulaire, il met sa casquette, ses pantalons, des chandails il a son porte-clés à [la personne suicidée] ; il met même les petites culottes à son frère, t'sais, c'est vraiment les choses à son frère. Fait que je pense que quand il couche dans la chambre de son frère, ça le reconforte aussi en même temps. Il en parle pas. » (Parents de Kid – Entrevue)

Dans ce genre de perte par suicide, les sentiments de responsabilité et de culpabilité apparaissent très faibles, sinon absents.

Père dont l'enfance fut difficile

Deux cas de suicide de père se produisent dans des familles nucléaires jugées harmonieuses. Alors qu'aucun signe ne laissait présager le suicide, les histoires de vie de ces deux pères se rejoignent sur un point : une enfance difficile dans un milieu familial peu soutenant. Généralement, les adolescents ne connaissent pas les événements difficiles de la jeunesse du père. À l'instar de la mère qui pourtant les connaît, ces adolescents ne font pas le lien entre l'histoire familiale du père et peinent à comprendre ce qui a pu provoquer le suicide.

« C'est inexplicable. Pis probablement que ça va rester inexplicable toute notre vie. Ça c'est plus difficile à accepter. C'est sûr que tu te dis que même si j'aurais aimé ça le savoir, je ne pourrai jamais le savoir. Pis les filles pareilles, ils ne comprennent pas et ne pourront jamais comprendre. » (Mère de Chibi – Entrevue)

« Ben, t'sais, mon père c'était pas un... prémédité ou c'était pas, genre, qu'il nous le cachait v'là une semaine; ça l'a vraiment été un coup de tête. » (Poulet – Entrevue #2)

Ces adolescents ne ressentent aucun sentiment de responsabilité ou de culpabilité, mais plutôt une colère associée à l'incompréhension du geste suicidaire, et à l'ennui et au vide laissé par la personne suicidée.

« Puis je me sens pas responsable, c'est pas moi. C'est un ensemble de choses, moi j'pense. » (Poulet – Entrevue #2)

« Dans la lettre que [Chibi] a écrite à son père, il est possible de percevoir le vide et l'ennui qu'elle ressent à cause de son suicide. » (Chibi – Dossier clinique)

Père délaissé par la mère

Pour deux cas, le suicide du père suit une rupture récente d'avec la mère. La rupture est l'initiative de la mère. Les adolescents restent ensuite sous la garde de leur mère et voient leur père à l'occasion.

Déjà avant le suicide, mais surtout après, les adolescents sont en colère contre leur mère et la rendent responsable du suicide du père. Tel que démontré par l'extrait suivant, cette colère peut s'exprimer de façon agressive et active. Elle peut toutefois être plus insidieuse et passive (par exemple par des comportements d'indifférence).

« Ben! il me faisait des crises; des grosses crises; il cognait, il criait, il me menaçait qu'il était pour se tuer. Il disait clairement que c'était de ma faute si son père était mort, puis que j'aurais pas dû le laisser, puis ce serait pas arrivé. Mais là, je pense qu'il a compris, ça fait longtemps qu'il m'a pas rien dit à propos de ça. » (Mère de BSA – Entrevue)

Pour justifier cette colère, ces adolescents en viennent à idéaliser leur père et à le croire irréprochable. Tel qu'établi dans la section précédente sur les effets du programme, la correction de cette distorsion cognitive permet d'apaiser la colère des adolescents. Par contre, leurs mères peuvent craindre que proposer une vision plus réaliste de la situation (père toxicomane, père bipolaire et violent) rende les choses encore plus difficiles.

« J'espère que non, parce que son père, il était comme placé sur un piédestal, fait que, il faudrait pas qu'il sache que son père prenait de la *coke*, que son père... » (Mère de BSA – Entrevue)

Adolescent qui rejette son père

Dans un des cas, l'adolescent est entré directement en conflit avec son père peu de temps avant son suicide. C'est le cas de la situation préoccupante soulevée plus tôt où l'adolescent, victime d'abus de la part de son père et qui habite avec lui, décide, peu de temps avant le suicide, de retourner vivre chez sa mère. L'annonce de cette décision au père fut explosive, truffée de reproches et d'insultes.

L'adolescent ressent alors de forts sentiments de culpabilité et de responsabilité relativement au suicide puisqu'il nourrit l'impression que l'absence de conflit avec son père eut évité le suicide de celui-ci.

« J'ai vraiment été comme méchante, pis, du jour au lendemain, il était plus là, pis j'ai pas pu rien dire. La journée même où ce que j'étais sensée aller chez eux, je voulais aller retourner vivre chez eux parce que j'étais tannée de ma mère, pis j'avais fait mes bagages pis toutte, pis j'avais hâte d'aller chez eux. Pis, t'sais, mon père, je l'aimais même à ça, pis je voulais m'expliquer, pis m'excuser, pis... ils viennent me chercher le matin à l'école pour me dire ça. Ça m'a fait comme le plus gros choc qu'y a pas, là! » (Melz – Entrevue #1)

« [Melz] parle de l'histoire du suicide de son père. Elle revient sur ses nombreuses responsabilités au sein de sa famille. Elle nomme un grand sentiment de responsabilité par rapport au décès de son père. » (Melz – Dossier clinique)

Ces sentiments s'accompagnent d'une forte idéalisation du père, laquelle donne à l'adolescent une occasion de racheter ses fautes puis, finalement, de se pardonner. L'adolescent croit que pour s'excuser de ses agissements répréhensibles et parvenir à se pardonner, il doit préserver (pour lui-même et les autres) une image positive de son père au-delà de sa mort. Il en vient même à nier la situation d'abus et les conséquences négatives que celle-ci lui faisait déjà vivre avant le suicide.

« Disons que c'était le meilleur homme qui pouvait y avoir sur terre. C'était l'homme le plus heureux de vivre, le plus souriant, le plus joyeux... C'était le meilleur père qu'y avait pas. C'était un homme bon pour tout. Il avait fait un enfant à ma belle-mère. Ma belle-mère était enceinte. Il avait tout pour être heureux ; il avait ses filles. » (Melz – Entrevue #1)

L'intensité des réactions de deuil chez cet adolescent diminue à mesure qu'il parvient à comprendre que ses agissements étaient nécessaires à sa propre survie vu la situation adverse engendrée par le père.

Père en conflit avec la mère

Dans un cas, le suicide du père a lieu dans une famille éclatée où les parents sont séparés depuis déjà un certain temps. La relation entre la mère et le père a toujours été conflictuelle, même avant la séparation. La mère se préoccupe peu de préserver une image positive du père et parle ouvertement de ses problèmes et ce qu'elle lui reproche devant les enfants. Le père est peu présent dans la vie de ses enfants.

Cet adolescent est aux prises avec un conflit de loyauté : des réactions de deuil intenses laisseraient entendre son allégeance au père suicidé, alors que de faibles réactions signaleraient un parti pris en faveur de sa mère. Cette situation fait en sorte que l'adolescent prétend à sa mère qu'il a fait le deuil de son père alors qu'il partage aux intervenants qu'il s'ennuie encore beaucoup de lui.

Cette ambivalence se traduit dans la capacité de nommer des caractéristiques paternelles déplorables, alors que les autres adolescents dont le père s'est suicidé tendent à nier tout aspect négatif.

« De plus, il explique que son père avait deux personnalités, un côté gentil, généreux et serviable qui lui manque ainsi qu'un côté avec de mauvaises habitudes comme de fumer la cigarette, et ce, même s'il était asthmatique, qui ne lui manque pas. » (Sram – Dossier clinique)

Adolescent convaincu de son implication dans le conflit entre les parents

Pour le dernier cas, le suicide du père se produit dans une famille où les parents sont séparés depuis près de cinq ans. La raison de la séparation n'est pas étrangère au trouble bipolaire du père dont les manifestations contribuent à rendre le climat familial difficile. Dans ce cas-ci, les contacts entre les parents sont restés cordiaux et l'adolescent continue à voir son père sur une base régulière lorsque son état le permet. Peu de temps avant le suicide, l'adolescent avait remarqué que le comportement de son père avait beaucoup changé, qu'il semblait malheureux et qu'il s'inquiétait pour lui. Son père avait perdu son emploi et avait des ennuis financiers.

Cet adolescent reste convaincu d'avoir pris part au conflit entre ses parents et d'avoir fait peser entre eux un poids intolérable. Il croit qu'il représentait un fardeau supplémentaire dans la situation précaire de son père. Il éprouve un fort sentiment de culpabilité et s'attribue une grande responsabilité en regard du suicide, sinon toute la responsabilité. L'adolescent croit que son deuil serait plus facile à traverser si son père avait été tué plutôt que d'être décédé par suicide. Cette croyance évoque tout le poids du sentiment de responsabilité dont l'adolescent aimerait s'absoudre : dans le cas d'un meurtre, même s'il s'agit aussi d'une mort violente et subite, l'adolescent ne pourrait pas se tenir responsable.

« [...] à la question demandant s'il y a un responsable du décès de son père, il a répondu que oui, que s'il n'était pas né, son père ne serait peut-être pas suicidé. [Pokmon132] nous explique avoir marqué cela comme une hypothèse, car sa mère ne pouvait pas avoir d'enfants et que finalement elle l'a eu. Il explique que sa naissance avait amené beaucoup de frais, car son père lui achetait plein de choses. Après vérification, il dit penser que cela faisait plaisir à son père de le gêner. Il dit savoir que la maladie bipolaire de son père n'a pas de lien avec sa naissance et qu'elle était présente bien avant lui. Il dit avoir déjà parlé de cette hypothèse avec sa mère et que celle-ci lui a dit qu'il avait été plus une source de bonheur pour son père. [Pokmon132] mentionne n'avoir jamais douté de l'amour que son père avait pour lui. Il confie qu'il aimerait croire que son père est mort par homicide et non par suicide. » (Pokmon132 – Dossier clinique)

Ces sentiments peuvent conduire à des idées suicidaires ou à des excès de colère et d'irritabilité, ce qui n'empêche pas l'adolescent de manquer cruellement la présence de son père.

En somme, l'ensemble de ces informations laisse paraître l'existence d'un lien entre le degré et le type d'implication de l'adolescent dans l'historique familial de suicide et le caractère des réactions de deuil vécues par l'adolescent. La nature et l'intensité des réactions de deuil des adolescents dépendent de manière interdépendante des caractéristiques de la relation entre l'adolescent et la personne suicidée ainsi que du type d'événements significatifs précédant le suicide. La section suivante offre une description de la nature générale de ces réactions de deuil.

3.3.2 Composantes du processus d'adaptation à la perte

Selon le modèle théorique de Hogan et DeSantis (1996a, 1996b), les réactions de deuil sont catégorisées à l'intérieur de trois composantes principales du processus d'adaptation à la perte selon qu'elles réfèrent au deuil, à la croissance personnelle et à l'attachement persistant. Les résultats sur le processus d'adaptation à la perte sont donc présentés selon cette logique³⁹.

3.3.2.1 Composante de deuil

La composante de deuil se divise en six catégories : le changement permanent dans la réalité personnelle et familiale, les conséquences physiques, l'accroissement de la vulnérabilité, l'interférence cognitive, le désir de retrouvailles et les stratégies d'adaptation utilisées. Ces dernières sont traitées selon qu'elles représentent des stratégies orientées vers la perte ou vers la restauration.

Changement permanent de la réalité personnelle et familiale

Pour ce qui concerne notre échantillon, le décès d'un membre de la famille par suicide représente évidemment une diminution quantitative du système familial. D'un point de vue qualitatif, cette diminution se traduit différemment selon qu'il s'agit du père d'une famille nucléaire, du père d'une famille séparée, d'un frère plus âgé ou d'un cousin.

Dans le cas du décès du père d'une famille nucléaire, la famille n'a d'autre choix que de réorganiser les rôles quotidiens de chacun de ses membres. Pour l'adolescent lui-même, ce changement consiste à s'approprier un rôle originellement tenu par le père ou à le faire endosser par un autre membre de la famille. Ces rôles peuvent être très tangibles comme de

³⁹ Les titres originaux de Hogan et DeSantis (1996a, 1996b) qui définissent les catégories de chacune des trois composantes sont utilisés ici par souci de conformité. Nous convenons toutefois qu'à l'occasion ces titres ne sont pas aussi représentatifs des thèmes qu'ils sont censés couvrir. Notamment en raison de notre échantillon de convenance limité qui ne permet pas de couvrir tous les éléments de leur modèle théorique.

déterminer qui va maintenant sortir les ordures ou, comme en témoigne l'extrait suivant, ces rôles peuvent être émotifs et moins manifestes.

- « *Interviewer* : Ou ça se peut-tu aussi vu que [la personne suicidée] avait le rôle du modérateur, là il faut que vous repreniez ça, ben vous, je parle de vous chacun, faut que vous vous diffusiez la responsabilité de modérer un peu.
- Mère de Charlotte et Poulet* : Oui. Oui, d'apaiser ça, oui c'est ça. Ben au début, début, c'était [Charlotte]. [...] Mais [Charlotte] elle me fait tellement penser à [la personne suicidée]. Elle m'a toujours apaisée. Elle m'apaise, elle me fait tellement de bien. »
(Mère de Charlotte et Poulet – Entrevue)

Dans le cas du décès du père d'une famille séparée, la réorganisation des rôles quotidiens au sein de la famille n'est pas nécessaire puisqu'elle avait déjà pris place sous l'effet de la séparation. Le décès joue toutefois sur la routine de garde de l'adolescent qui habite maintenant à temps plein chez sa mère (à l'exception de BSA et Melz qui résident en Centre jeunesse). On remarquera chez Pokmon132 (deuxième extrait) un désir plus marqué de remplacer la figure paternelle et masculine.

« Il y a rien qui a changé, non. La seule affaire qui avait changé un peu, ben c'est parce qu'ils y allaient une fin de semaine sur deux. J'avais comme une fin de semaine sur deux une fois de temps en temps que je me retrouvais à moi-même. Mais c'est pas grave. On s'organise pareil pour avoir une fin de semaine de temps en temps. » (Mère de Sram – Entrevue)

« C'est sûr qu'il aurait peut-être besoin d'une présence masculine. Il y a quand même le frère de son père qu'il voit quand même à l'occasion parce qu'il est à l'extérieur. [...] [Il] le prend régulièrement peut-être une fois par mois ou par deux mois. [...] et ils se parlent souvent au téléphone, ils ont une bonne relation. Je pense que c'est important pour lui cette relation-là. Il y a peut-être ça qui manque pour [Pokmon132], la relation père-fils qu'il n'a pas là. C'est sûr que ça lui manque beaucoup, je le sens là. (Mère de Pokmon132 – entrevue)

Dans le cas du décès d'un frère plus âgé, il arrive – tel que constaté – que l'adolescent endeuillé transpose volontairement ou involontairement des rôles originellement endossés par le frère suicidé sur des parents et sur des amis du défunt. Ce qui donne parfois cours à des fréquentations plus ou moins adéquates aux dires des parents.

- « *Père de Kid* : On a un beau contact, ça fait du bien. [Kid], il aime ça être avec eux autres. Au début, il y allait souvent, puis on lui a dit ; pas tout le temps, on a des choses à vivre nous autres aussi. Ils sont pas mal plus vieux que lui aussi, fait que des fois, des fois eux autres, il les voit consommer de la bière, n'importe quoi...
- Mère de Kid* : Ça fait pas une bonne influence sur [Kid]. » (Parents de Kid – Entrevue)

Dans le cas du décès d'un cousin, on voit l'adolescent concerné se tourner plutôt vers son propre groupe d'amis pour remplir les rôles laissés vacants. Ce dernier n'ayant pas autant accès aux amis de son cousin que le frère de celui-ci.

Conséquences physiques

Lorsque celles-ci sont soulevées par les adolescents, les conséquences physiques se résument principalement par des troubles du sommeil et à de la fatigue. Des symptômes de fatigue et d'insomnie sont notés dans le dossier clinique de cinq adolescents.

Accroissement de la vulnérabilité

L'accroissement de la vulnérabilité se traduit entre autres par l'intensité des réactions de deuil telles que la tristesse, l'ennui, le sentiment de culpabilité, la colère, et le sentiment d'isolement. Ces réactions ont été rapportées et analysées à une section précédente (sect. 3.2.2 et 3.2.3).

La peur qu'un nouvel événement tragique ne survienne accroît cette vulnérabilité, par exemple – et c'est souvent ce genre de peur – qu'une autre personne proche meure par suicide ou de mort naturelle.

« Elle nomme aussi sa peur de perdre un autre proche par suicide. » (Chibi – Dossier clinique)

« Depuis que mon frère s'est... est décédé, ben hmmm... j'ai peur que mes parents y d..., y ss..., y, y, y, euhhh meurent. » (Pikotine – Entrevue #1)

- « *Pokmon132* : Je suis plus stressé, c'est sûr, qu'il y ait quelque chose qui m'arrive ou qui arrive à ma famille après tout ce qui s'est passé. Ça, c'est sûr.
- Interviewer* : Quel genre d'affaires?
- Pokmon132* : J'sais pas : un accident d'auto, maladie subite, n'importe quoi. »
(*Pokmon132* – Entrevue #1)

Cette peur est exacerbée chez deux sujets qui mentionnent avoir prévu la possibilité que leur proche décède par suicide.

Interférence cognitive

Tel que déjà mentionné, le décès par suicide d'un proche peut provoquer des difficultés de concentration qui peuvent diminuer le rendement scolaire ou exacerber des difficultés académiques antérieures.

Désir de retrouvailles

Contrairement à ce que prévoit le modèle théorique de Hogan et DeSantis (1996a, 1996b), le désir de retrouvailles n'est pas directement associé à des comportements suicidaires (idéations, tentatives, automutilation) chez les adolescents de notre échantillon. Le souhait de retrouver l'être cher est présent, mais pas nécessairement dans l'immédiat. Dans l'extrait suivant, ce désir est traduit par des besoins d'affection et de réconfort.

« Elle mentionne que chaque soir, quand elle se couche, elle lui dit qu'elle a hâte de le revoir et de le coller, mais qu'elle sait que ça sera dans longtemps. (...) Elle lui confie aussi l'aimer et qu'elle aimerait le serrer dans ses bras encore. » (Charlotte - Dossier clinique)

Quant aux comportements suicidaires, ils renvoient à du mimétisme : le suicide devient un moyen de résoudre les problèmes ou stopper la souffrance ; ils doivent être considérés comme des stratégies d'adaptation orientées vers la perte.

« Ouin, j'aimais pas la vie. Je, j'dis ça sert à rien que, que j'vive. Que j'm'aime pas. J'aime mieux mourir que souffrir. » (Pikotine – Entrevue #1)

« A déjà fait une tentative de suicide. Elle a arrêté quand son petit frère l'a interpellé. Elle n'en pouvait plus de sa souffrance liée au décès. » (Melz – Dossier clinique)

Stratégies d'adaptation orientées vers la perte ou la restauration

Dans le modèle de Hogan et DeSantis (1996a, 1996b), les stratégies d'adaptation se limitent aux comportements à risque. Nous y ajoutons les stratégies d'adaptation orientées vers la perte ou la restauration telles que définies par Stroebe et Schut (2001).

En plus des réactions de deuil, les adolescents utilisent des stratégies d'adaptation orientées vers la perte telles que la consommation d'alcool ou de drogues et la négation des changements provoqués par le suicide du proche. Par exemple, Poulet confie qu'il lui arrive de sortir une assiette pour son père lors des repas. Les comportements violents et agressifs de BSA envers ses pairs et sa famille précédemment mentionnés entrent aussi dans cette catégorie.

Les stratégies d'adaptation orientées vers la restauration se traduisent quant à elles par le recours des adolescents touchés à plusieurs sources de réconforts et de distraction (le sport, les animaux, les amis, le magasinage), la modification de liens d'attachements, la négation des réactions de deuil et la feinte d'un bien-être.

« Ben, je cachais un peu les choses; je disais que ça allait toujours super bien, puis, t'sais, je faisais comme si rien ne s'était passé souvent,[...]. (Chibi - Entrevue #2)

« [...] c'était tout le temps une espèce de *fake smile*, là, parce que je voulais pas que le monde pense ça : Ah! elle va tout le temps mal cette fille-là.» (Kidess – entrevue #1)

L'abandon prématuré du programme par certains adolescents peut aussi être interprété comme une stratégie d'adaptation orientée vers la restauration : ils fuient l'expression des émotions associées à la perte de la personne disparue. Pour sa part, un adolescent qui a terminé le programme révèle au groupe son souhait d'oublier le décès par suicide de son père.

« Il dit au groupe que la chose qu'il voudrait oublier, c'est qu'il s'est suicidé et ainsi oublier qu'il n'est plus là. » (Pokmon132 - dossier clinique)

3.3.2.2 Composante de croissance personnelle

La deuxième composante du modèle théorique du processus d'adaptation à la perte proposé par Hogan et DeSantis (1996a, 1996b) est celle de la croissance personnelle. Elle revêt cinq catégories : le changement permanent de la réalité, l'ouverture aux autres, la résilience, la révision des croyances et la capacité de demander, de recevoir et d'offrir de l'aide.

Changement permanent de la perception de la réalité

Le changement permanent de la réalité se traduit par la conscience des caractères à la fois précieux et fragile de la vie. La majorité des adolescents (11/13) développe cette conscience, alors qu'une minorité (2/13) considère plutôt que c'est la vie de leurs proches qui est précieuse et fragile plutôt que la leur.

« Ben, c'est sûr que la vie c'est précieux parce que ça te permet de découvrir ce que c'est... là... de vivre une vie, t'sais. » (Lilou - Entrevue #1)

« Oui, vraiment. Puis moi, j'ai profité vraiment de mon père. Puis peut-être qu'une personne qui l'aura eu toute sa vie l'aura pas eu autant que je l'ai eu. Ça fait que je pense que la vie, c'est vraiment précieux. Puis, je fais attention. » (Poulet – Entrevue #1)

« Ça dépend des jours, genre, mais la vie, elle nous appartient pas, ça fait que on peut pas dire vraiment qu'elle est précieuse. Mais, par exemple, quand on dit qu'elle est précieuse, c'est pas tellement à propos de nous, c'est à propos des autres. Parce qu'on tient pas à nous, mais aux autres. » (Sram – Entrevue#1)

Ouverture aux autres

L'ouverture aux autres, ou la maturité émotive, se traduit par une amélioration des comportements relationnels avec l'entourage : on se découvre plus empathiques, davantage à l'écoute des autres.

« Je vois mieux les choses, genre. Le monde qui braille parce qu'ils ont perdu leur chum, pis toute, c'est normal de pleurer, c'est pas superficiel, pis c'est pas stupide. Ils s'ennuient de leur maman, c'est normal. T'sais je vois plus ça pareil. J'ai plus de compassion, je compatis plus avec le monde. (Melz- Entrevue #2)

On montre également un changement dans l'appréciation de la gravité des choses : cette empathie distingue ce qui est superficiel de ce qui ne l'est pas. Un problème jugé superficiel suscitera donc moins d'empathie. Concurrément, les irritants de la vie quotidienne prennent moins de place dans la vie de ces adolescents.

« Je vois vraiment toute, pis j'ai de la misère avec, t'sais, avec le monde qui se plaint ou, t'sais, voit plus les choses... la vie est simple, plus : Arrête donc de chialer, là. T'es ben avec ce que t'as, Fait qu'arrête. Je vois plus ça de même vraiment. Parce que je peux pas croire, non, ça fait voir la vie moins superflue. (Poulet - Entrevue #1)

Résilience

La résilience renvoie à la croyance que l'expérience de deuil rendra plus fort. Elle se traduit principalement par l'accroissement de la confiance et de l'estime de soi. Ces facteurs sont traités à une section précédente (sect. 3.2.3.7). La résilience se reflète également par la façon dont les adolescents endeuillés par suicide entrevoient leur avenir. Pour la plupart d'entre eux, les perspectives d'avenir sont encourageantes. Pour d'autres, elles sont chargées de craintes, sinon difficiles à concevoir.

« Elle a mentionné que cela avait été facile pour elle écrire des choses positives qui iraient bien dans son futur, car ça va déjà de mieux en mieux et que ça ne peut que s'améliorer. » (Charlotte – Dossier clinique)

« Mais je peux pas me dire t'sais, en regardant, t'sais, je ferme mes yeux pis je regarde l'avenir, t'sais, je peux pas me voir être vétérinaire ou pas, je suis pas... comme, je suis pas capable, je me fais pas d'idées, je veux pas me faire d'idées, puis c'est comme si je peux pas... entre parenthèses. » (Pokmon132 – Entrevue #2)

Malgré cette difficulté, quand nous leur posons la question, la grande majorité des adolescents (11/13) répond qu'ils souhaitent vivre « vieux » (au-delà de 70 ans) et avoir des enfants. Nous voyons dans ces réponses le signe d'une perspective d'avenir souhaitable, positive.

Révision des croyances

La révision des croyances se traduit par une nouvelle façon de se percevoir et d'interpréter le monde. Certains adolescents endeuillés signalent qu'avant le suicide de leur proche, ils n'avaient jamais réfléchi à leurs croyances et leurs valeurs.

La majorité des adolescents (10/13) disent faire encore confiance à la vie malgré l'événement dramatique. Un seul adolescent se méfie des aléas de la vie. Un autre mentionne que le décès par suicide de son père et de son grand-père a diminué sa croyance en Dieu (Poulet – Dossier clinique)

« *Interviewer* : O.K. Je t'avais aussi demandé si tu faisais confiance à la vie.
Pokmon132 : Des fois, je me méfie d'elle. (...) Parce que j'ai perdu beaucoup de personnes : ma grand-mère, mon grand-père, mon père... là, j'aurais le goût d'y dire : cout'donc, tu me veux-tu la vie ou tu me veux pas. Dis-moi le. »
 (Pokmon132 – Entrevue #2)

Plusieurs adolescents préfèrent maintenant s'en remettre au destin et vivre une journée à la fois. Par contre, l'idée de pouvoir contrôler un tant soit peu certains événements persiste chez un adolescent.

« Je prends ça plutôt au jour le jour, puis à savoir, t'sais, je veux pas nécessairement savoir ce qui va arriver demain ou quoi que ce soit. Je me dis Je me donne pas de but et je vais aller ou est-ce que ça va me mener. » (Chibi - Entrevue #2)

« Ça dépend quoi, mais je pense que certaines choses, là, je me dis que ça peut pas être juste du destin, là, je peux pas croire que... non, moi je pense des fois qu'on peut pas contrôler, y'a tellement peut-être toutes les effets que ça va faire mais on peut essayer d'essayer... de contrôler un petit peu, là. » (Poulet - Entrevue #1)

Les adolescents endeuillés considèrent que le monde ne fonctionne pas selon les principes de justice et d'équité. Alors que certains se rapportent à leur situation personnelle pour justifier leur sentiment d'injustice, d'autres évoquent plutôt des constats généraux à propos des inégalités sociales. Seuls deux adolescents croient à ce qu'ils appellent le karma : les bonnes actions entraînent d'heureuses conséquences, tandis que les mauvaises en engendrent de mauvaises.

« Des fois, tu fais des trucs qui sont corrects, pis des trucs qui sont pas corrects. Mais même si tu fais les choses correctes, il vient des trucs, y a des choses pas correctes dans ta vie. » (Charlotte - Entrevue #1)

« Non. Pas pantoute. Y'a pas juste dans notre vie à nous que c'est pas juste, partout dans la vie, le monde sont pas justes; il y a du monde pauvre qui font des choses niaiseuses pour cinq cennes, dix cennes, puis la vie est pas juste, là! » (Pokmon132 – Entrevue #1)

« *Pikotine:* Ben, ça dépend. Moi j'crois au karma.

Interviewer: Huhumm.

Pikotine: Quand qu'y arrive de quoi...Quand tu fais quelque chose de bien, ben... T'es récompensé.

Interviewer: OK.

Pikotine: J'crois à ça, mais... C'est, c'est bizarre.

Interviewer: Mais le karma, toi dans lequel sens tu l'entends?

Pikotine: Ben si à mettons... Admettons qu'tu fais quelque chose de mal. Mettons qu'j'envoie chier quelqu'un, ça va me r'tomber d'ssus. » (Pikotine – Entrevue #1)

Capacité de demander, de recevoir et d'offrir de l'aide

Bien que les adolescents rapportent une satisfaction générale à l'égard de leur expérience de demande d'aide dans le cadre du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)*, peu d'informations permettent de sonder leur capacité à demander et à recevoir de l'aide dans le futur. La probabilité qu'ils soient en mesure de le faire est illustrée par l'exemple de BSA. Au départ récalcitrant à participer au programme, il participe finalement à toutes les rencontres et, au terme des activités, il souhaite intégrer un nouveau groupe d'entraide. Après avoir franchi le programme, trois autres adolescents bénéficieront de rencontres individuelles régulières avec des intervenants du CLSC, de l'école ou d'un autre organisme.

Le fait d'offrir eux-mêmes de l'aide à leur entourage est fortement lié à l'ouverture aux autres. Les adolescents se soucient du bien-être de leur entourage et n'hésitent pas à offrir leur soutien par des conseils ou de l'écoute.

« Ben! Depuis que mon père s'est suicidé, je suis beaucoup plus à l'écoute des autres. Comme avant, j'aurais jamais pensé vouloir être psychologue ou ben aidante à l'école ou ben des affaires de même là, mais depuis ce temps-là, ça me fait de quoi, je veux tout le temps savoir si tu vas bien, ou si t'es correct, ou si t'as besoin d'aide. Je suis vraiment plus à l'écoute qu'avant. » (Charlotte – Entrevue #2)

3.3.2.3 Composante de l'attachement persistant

L'attachement persistant se manifeste de plusieurs façons, dont le sentiment d'entendre, de voir et de sentir la présence de la personne suicidée (en éveil ou en rêves) et le besoin de la prendre pour guide et de communiquer avec elle.

« Elle dit qu'au quotidien, ça lui arrive d'entendre la voix de son père, notamment lorsqu'elle travaille. Elle dit penser que c'est son père quand elle voit un homme en moto. » (Poulet - Dossier clinique)

« [...] elle dit [...] parler avec son père et lui demander conseil, même si elle sait qu'il l'entend, mais ne peut lui répondre [...] » (Charlotte – Dossier clinique)

Aussi, l'attachement persistant s'exprime par le fait d'avoir manqué d'attention envers la personne défunte pendant qu'elle était encore vivante. Selon les réponses données lors de l'exercice des *post-it* répertoriées dans les dossiers cliniques respectifs des adolescents, ces derniers regrettent surtout de ne pas avoir suffisamment montré leur amour et leur admiration à la personne suicidée. Certains regrettent de ne pas lui avoir offert des conseils. Pour d'autres, le regret se transpose dans le futur : leur proche ne pourra pas partager avec eux les événements heureux et marquants au cours de leur avenir, et cela les attriste.

« Dans la lettre s'adressant à son père, [Charlotte] mentionne qu'elle aurait aimé qu'il soit là pour les beaux événements (mariage, enfant, etc.) et pour voir la fille qu'elle devient. » (Charlotte - Dossier clinique)

L'identification à la personne suicidée relève de l'attachement persistant ; il s'agit d'une forme de réaffirmation de leur amour pour elle, de lui témoigner à la fois hommage et reconnaissance pour tout ce qu'elle lui a donné.

« [Poulet] dit aussi idéaliser son père, car elle trouve qu'il est le meilleur père du monde. Par contre, elle dit que cette idéalisation n'est pas exagérée, car elle veut lui ressembler seulement sur ses bons côtés et ne veut pas se suicider comme lui. » (Poulet Dossier-clinique)

« Il est très fier de ressembler à son père. Il dit au groupe que la chose qu'il voudrait oublier, c'est qu'il s'est suicidé et ainsi oublier qu'il n'est plus là. Il dit avoir le même défaut que son père, soit être colérique. » (Pokmon132 - Dossier clinique)

« Je souris tout le temps pis tout, pis t'sais lui, il était une personne très souriante, pis orgueilleuse, pis il était orgueilleux, je suis orgueilleuse. On faisait tout le temps plein de conneries sans aucun sens, là, juste pour avoir du fun. Pis, genre, il m'a construit dans le fond, là. » (Kidess - Entrevue #1)

Bien que cela ne soit pas toujours très explicite, le besoin de comprendre les raisons du suicide est présent chez les adolescents. Leur discours et celui de leurs parents abondent en interprétations des causes du suicide. Ce besoin s'estompe toutefois comme si on parvenait mieux à lâcher prise et à accepter ce qui restera toujours mystérieux.

« La raison, je la sais pas. La raison, je veux pas nécessairement non plus la savoir (...). » (Chibi – Entrevue #2)

En résumé, les informations recueillies sur les composantes du processus d'adaptation à la perte recoupent dans la plupart des cas les catégories définies dans le modèle théorique de Hogan et DeSantis (1996a, 1996b). Le seul endroit où les observations de ces auteurs diffèrent des nôtres concerne les manifestations du désir de retrouvailles qui, dans notre cas, ne sont pas directement associées à des comportements suicidaires. Aussi avons-nous traité des stratégies d'adaptation orientées vers la restauration.

3.3.3 Qualité du soutien offert

La qualité du soutien offert aux adolescents endeuillés par suicide contribue à leur adaptation à la perte. Cet aspect qualitatif du soutien reçu diffère en fonction de sa provenance (famille immédiate, entourage, intervenants).

3.3.3.1 Soutien de la famille immédiate

Du point de vue des intervenants il est important de considérer la capacité des parents à accompagner et à soutenir adéquatement leur enfant durant le deuil. Quand ils sont eux-mêmes endeuillés, les parents peuvent être cependant plus ou moins disponibles pour offrir ce

soutien. Six mères (dont celle des sœurs du groupe B) ont participé à un programme de groupe pour personnes endeuillées par suicide pour s'assurer, entre autres, une disponibilité à leur adolescent en deuil.

« Parce qu'il faut pas oublier que les parents sont souvent endeuillés souvent. Fait que les ados n'ont pas toujours le soutien dont ils ont besoin à la maison. Mais quand on mobilise les parents, il y a comme un tissu qui se resserre au fil du groupe. Pis ça ça aide aussi. » (Intervenants groupe A - Entrevue #1)

L'extrait qui suit témoigne d'une situation où des adolescents n'ont pas pu profiter du soutien de leur mère qui se disait envahie par les émotions et nullement disponible à ses enfants.

« Mais moi j'ai tellement pas été là. Je me dis, elles ont été toutes seules pendant six, huit, dix mois. Parce que moi... Elles avaient plus peur pour moi. Elles avaient peur pour moi. [...] Mais je veux dire elles ont été toutes seules avec leur deuil. Moi j'étais disjonctée, j'étais plus là. » (Mère de Charlotte et Poulet – Entrevue)

La qualité de la relation qui s'installe entre les adolescents et les parents à la suite du décès de l'être cher diffère d'une famille à l'autre. Sept adolescents sur treize ont une bonne à très bonne relation avec leur parent. Certains de ces adolescents se sentent plus proches de leur mère depuis l'événement du suicide qui leur permet des moments d'intimité bénéfiques.

« Ben! moi pis ma mère, c'est comme les deux doigts de la main. [...] Moi, c'est plus comme : ma mère, c'est ma confidente, je vais lui dire tout ce que j'ai à lui dire. Elle connaît ma vie entière du moindre recoin, pis c'est elle qui va me donner des trucs pour régler mes problèmes ou quand j'ai vraiment besoin de ressources, c'est à elle que je vais tout dire. Si je *feel* pas, elle va le savoir. Ça fait qu'elle va être la première à savoir la raison ou la personne qui a pu créer la raison. » (Chibi - Entrevue #2)

Quatre adolescents sur 13 ont une moins bonne relation avec leur parent. Cette relation peut être minimale et peu développée, conflictuelle ou caractérisée par un renversement de rôle. Il reste que les conflits et les altercations entre l'adolescent et son parent peuvent être attribuables aux défis de l'adolescence selon la phase de développement.

« Tu sais que [Pokmon132] est un adolescent, hein ? Donc, c'est une période un p'tit peu entre guillemets transitoire dans le sens que bon, il rouspète beaucoup. Beaucoup de jeux d'ordinateurs et tout ça.. » (Mère de Pokmon132 - Entrevue)

Deux adolescents ont une mauvaise relation avec leur(s) parent(s). Pour l'un d'entre eux, cette relation est désorganisée et entrecoupée de séjours en Centre jeunesse. L'autre

adolescent déclare explicitement la piètre qualité de sa relation avec sa mère et l'absence de soutien qu'il obtient de sa part.

« Ben, je sais que je peux pas compter sur ma mère, là. [...]. Ma mère, c'est pas une, je peux pas lui parler; elle me soutiendra jamais; elle me rabaisse tout le temps; ça a pas de bon sens. » (Melz - Entrevue #2)

Les adolescents ayant un frère ou une sœur (9/13) mentionnent que leur relation s'est améliorée et qu'ils se sont rapprochés à la faveur de l'événement dramatique. Un seul adolescent rapporte s'être éloigné de son grand frère à la suite au décès de leur père.

« T'sais, j'ai quand même développé quelque chose de bien avec ma sœur, on s'engueule vraiment moins puis tout. On va plus coopérer pour faire des choses; elle va m'amener magasiner comme je veux, puis elle va m'acheter des cadeaux, puis je vais faire la même chose pour elle, puis t'sais, on s'aime vraiment vraiment beaucoup. » (Chibi – Entrevue #2)

« [Sram] a nommé comme changement le plus négatif depuis le suicide de son père, moins jouer avec son grand frère. [Sram] confie lui avoir dit à son frère, mais en vain. (Sram - Dossier clinique)

3.3.3.2 Soutien de l'entourage

D'autres personnes provenant de la famille élargie comme un grand parent, un cousin ou un oncle peuvent être une source de soutien pour l'adolescent. Généralement, les adolescents qui continuent à entretenir des liens avec ces membres de la famille élargie préservent une bonne relation avec eux.

« Elle et sa sœur racontent être allées dans leur famille du côté maternel en fin de semaine passée et que c'était bien amusant. Elles ajoutent que chaque fois qu'elles voient cette famille, elles rient de tout et de rien et pleurent beaucoup en parlant de leur père. » (Poulet - Dossier clinique)

Les relations amicales des adolescents ont été mises à l'épreuve par l'événement du suicide dans leur famille. Tandis que certains amis se sont rapprochés d'eux, d'autres sont restés à l'écart. Les relations amoureuses des adolescents sont également ébranlées : cinq adolescents ont vécu une séparation amoureuse après le suicide de leur proche. Pour quatre d'entre eux, la rupture s'est produite à l'initiative de l'adolescent endeuillé. L'incompréhension du

partenaire en regard des manifestations des réactions de deuil vécues par l'adolescent est une des raisons évoquées pour mettre fin à la relation.

Plusieurs adolescents (6/13) rapportent aussi avoir été victimes de moqueries et avoir eu l'impression d'être jugés par leurs pairs. Un adolescent soulève le malaise que sa présence suscite chez certains de ses amis.

« Puis quand j'étais revenue à l'école, genre, y avait du monde qui riait, genre, de ça. J'sais pas ils étaient jeunes, là. Puis ils riaient parce que j'avais pas de père, genre, ça fait que là, j'ai arrêté l'école temporairement. » (Lali-Shine - Entrevue #1)

« Oui, si on fait une activité, moi, je dis : Ah! Mon père il faisait ça, genre. Là, je fais... une petite pensée là. Je fais juste le dire. T'sais, la plupart du temps, les gens se sentent mal, là, mais faut pas qu'ils se sentent mal, c'est juste que moi, j'ai envie de le dire, ça fait que je le dis. » (Charlotte - Entrevue #2)

3.3.3.3 Soutien des intervenants

Peu d'information concerne la qualité du soutien de la part d'intervenants (autres que les intervenants du programme). Il semble toutefois que les adolescents ayant reçu un soutien individuel à l'extérieur de leur institution scolaire (CLSC, Centre de prévention du suicide, pratique privée) ont moins apprécié leur expérience que leurs pairs qui ont bénéficié du soutien individuel d'un intervenant en milieu scolaire.

« Ça fait que je pensais avoir trouvé la bonne personne, puis elle l'a rencontrée peut-être trois fois, ou peut-être quatre ; puis encore là, les deux dernières fois, c'est moi qui l'ai un petit peu amenée parce qu'elle voulait pas y aller, t'sais, mais je lui disais que ça va lui faire du bien, parce qu'à moi, elle s'ouvrait pas vraiment, [...] [Lali-Shine], vu qu'elle abordait pas le sujet, ben là, elle se disait : qu'est-ce que je fais là? Elle me parle de, de comment ça va aujourd'hui, qu'est-ce que j'aime faire, mes activités. Je sais même pas pourquoi je suis là avec elle. Puis là, la psychologue me disait qu'elle voulait qu'elle ait confiance en elle avant d'aborder le sujet. Pis, en tout cas, elle s'est tannée avant, t'sais. » (Mère de Lali-Shine - Entrevue)

« Elle a déjà rencontré à quelques reprises une intervenante de son école secondaire à la suite du suicide de son père. [Poulet] qualifie ces rencontres de positives. » (Poulet - Dossier clinique)

« [Sam] accepte qu'on le rappelle et dit qu'il parle de son deuil avec sa travailleuse sociale de son école et avec sa mère. » (Sam - dossier clinique)

En somme, la qualité du soutien offert est perçue tantôt positivement, tantôt négativement par les adolescents en fonction de sa provenance et sa nature. Ce soutien provient surtout du parent et des personnes significatives déjà présentes dans la vie des adolescents avant le suicide de leur proche. Quoi qu'il en soit, une modification se produit dans le réseau social qui réagit au décès en se rapprochant de l'adolescent endeuillé ou, au contraire, en prenant une distance. Le soutien individuel et formel obtenu de la part d'intervenants psychosociaux est peu apprécié à moins qu'il provienne du milieu scolaire de l'adolescent.

Pour résumer, ce chapitre présentait les résultats échelonnés en fonction de leur correspondance à chacun des trois objectifs de recherche. Au premier aspect, l'implantation du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés pas suicide (13-18 ans)* s'est déroulée de manière suffisamment conforme aux prescriptions du Guide d'animation pour pouvoir tirer des conclusions sur ses retombées. Les distinctions répertoriées entre les deux groupes concernent les éléments du processus de groupe faisant référence au rôle tenu par les intervenants, aux patrons de communication et à la qualité de la vie socioaffective. Et malgré une satisfaction générale assez élevée des adolescents, des parents et des intervenants, le degré de participation au programme demeure modeste.

Pour leur part, l'ensemble des résultats issus de l'évaluation des effets du programme montre des effets positifs chez les adolescents tels que mesurés à l'aide d'instruments standardisés et répertoriés au travers des entrevues, des journaux de bord et des dossiers cliniques. Ces effets plus généraux traduisent premièrement une diminution du degré de désespoir, des symptômes de dépression et du sentiment de honte. Se dégagent également des effets sur la sortie de l'isolement, l'augmentation du réseau de soutien, l'augmentation des mécanismes d'adaptation, l'augmentation des modes de résolution de problème, l'augmentation du sentiment de contrôle (confiance en soi, respect des limites), l'acquisition et la révision de connaissances sur le deuil et le suicide, la régulation des émotions (sentiment de culpabilité, colère, tristesse), l'amélioration des relations familiales et l'occurrence des conduites suicidaires.

Finalement, en regard à l'approfondissement des connaissances relativement au vécu des adolescents endeuillés par suicide, les résultats présentés font état des facteurs qui influencent

le processus d'adaptation à la perte des adolescents de notre échantillon. Les manifestations des différentes composantes du processus d'adaptation à la perte varient d'un adolescent à l'autre en fonction de plusieurs facteurs. La nature et l'intensité des réactions de deuil vécues par les adolescents fluctuent en fonction du type de lien qui l'unissait à la personne suicidée ainsi qu'en fonction d'événements significatifs préalables au suicide. Il ressort aussi que les composantes du processus d'adaptation à la perte couvrent les catégories déjà définies dans la littérature à la nuance près de l'absence d'association entre les manifestations du désir de retrouvailles et les comportements suicidaires. Reconnue dans la littérature comme le facteur de protection par excellence, la perception de la qualité du soutien offert n'est pas unanime et varie selon la provenance et la nature de ce soutien.

Le chapitre suivant discute de l'ensemble des résultats présentés sur l'implantation du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)*, ses effets sur la clientèle et les facteurs d'influence du processus d'adaptation à la perte chez les adolescents endeuillés par suicide.

CHAPITRE IV

DISCUSSION

Ce dernier chapitre fournit une synthèse de notre étude et discute des principaux résultats de la recherche évaluative du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)*. Il se divise notamment en sections selon les trois objectifs généraux de la thèse, soit l'évaluation du processus d'implantation du programme, l'évaluation de ses effets à court terme et la documentation des facteurs qui influencent le processus d'adaptation à la perte des adolescents endeuillés par suicide. Les informations et les résultats rapportés au chapitre précédent sont maintenant organisés de manière à ce qu'on puisse porter un jugement quant au bien-fondé du programme.

Suivront les implications pratiques concernant l'intervention auprès des adolescents endeuillés par suicide présentées sous forme de recommandations adressées aux promoteurs du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* dans l'optique de possibles modifications. Nous traitons ensuite des implications pour la recherche évaluative et le développement des connaissances. Pour terminer, nous exposons les limites de cette recherche.

4.1 État du processus d'implantation du programme

Le premier objectif de cette thèse consistait à évaluer l'implantation du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)*, c'est-à-dire vérifier si les prescriptions du Guide d'animation (but, objectifs, modalités d'intervention, exercices) s'insèrent dans la pratique comme prévu. L'appréciation des différents acteurs (adolescents, parents, intervenants, informateurs clés) a fait office d'indicateur de la qualité de l'intervention en fonction de leurs attentes respectives.

L'analyse approfondie des données de l'évaluation de l'implantation du programme fait ressortir trois points importants qui nous inspirent des recommandations : 1) le déroulement de la phase de planification, 2) l'influence du rôle tenu par les intervenants dans le processus de groupe, et 3) les contraintes d'implantation. Notons que l'ensemble des recommandations relatives au programme sont regroupées au Tableau 4.1 présenté à la section traitant des implications de la recherche pour la pratique (p.231). Cependant, nous prenons soin de marquer dans le texte les interprétations à l'origine de chacune des recommandations en indiquant entre parenthèses le numéro de recommandation auquel celle-ci fait référence dans le Tableau 1.4.

4.1.1 Phase de planification

La phase de planification d'une intervention de groupe est déterminante pour le déroulement subséquent de tout le processus de groupe. Une planification incomplète peut entraîner de fâcheuses conséquences : taux d'abandon élevé, présences irrégulières, manque de participation et faible cohésion (Turcotte & Lindsay, 2008). Cette phase embrasse toutes les étapes de développement du programme y compris celle de la détermination des critères d'inclusion et d'exclusion et de la constitution du groupe qui comporte le recrutement des membres et la préparation des intervenants. C'est à cette étape de la constitution du groupe que nous nous intéressons puisqu'elle a représenté un problème pour les intervenants, dont la résolution s'est répercutée sur la suite de la démarche de groupe.

D'entrée de jeu, le fait de disposer de critères de sélection précis facilite la tâche des intervenants qui assurent la sélection des futurs participants. Dans le Guide d'animation, certains critères d'inclusion et d'exclusion sont clairs et précis (âge, abus ou dépendance à l'alcool ou aux drogues, présence d'un état de stress post-traumatique), tandis que d'autres sont plutôt flous (comportements qui nuisent au fonctionnement du groupe, degré de maturité trop grand ou trop faible, attentes, besoins et capacités qui nécessitent un suivi individuel). Le degré de motivation à participer au groupe est peu considéré alors que Yalom et Leszcz (2005) considèrent qu'il s'agit du critère d'inclusion le plus important et qui prédit mieux que tout autre le bon fonctionnement du groupe. En outre, on ne mentionne rien sur le type de lien

à la personne décédée ni sur le temps écoulé depuis le suicide (recommandations #12a et 12b). Pourtant, nos résultats suggèrent que ces critères jouent sur la manifestation des réactions de deuil et sur le fait de compléter leur démarche. En effet, sauf une exception, tous les adolescents qui ont quitté le programme en cours de route avaient perdu un frère ou un cousin, et la majorité d'entre eux étaient en deuil depuis moins de trois mois. Ces informations méritent certainement d'être considérées dans la phase de la composition d'un groupe. Sans conclure qu'un adolescent endeuillé d'un membre de la fratrie ou dont le deuil est trop récent (moins de trois mois) devrait être exclu du programme, il conviendrait de vérifier autant que possible le degré d'implication de l'adolescent dans l'historique familial de suicide. La situation où un adolescent n'entretenait que peu de contacts avec son frère ou sa sœur avant le suicide vaut la peine qu'on sonde encore davantage la nature et l'intensité de ses réactions de deuil. Cela dans le but qu'une fois rendu dans le groupe, en comparant ses réactions de deuil à celle des autres, il sente que sa participation est justifiée et utile. On a d'ailleurs pu remarquer que les adolescents n'hésitent pas, entre eux, à comparer la gravité de leur situation et l'ampleur de leur souffrance. Procéder dans ces cas-ci à une évaluation plus approfondie de la motivation à participer permettrait peut-être de prévenir des abandons du programme.

Pour sa part, le recrutement des adolescents endeuillés par suicide susceptibles de participer au programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* a préoccupé les intervenants des deux sites. Ces préoccupations soulevées par les intervenants sont aussi partagées par d'autres (Berteau, 2006). D'abord, les méthodes et les techniques de recrutement ne sont pas explicitées dans le Guide d'animation, ce qui laisse une grande latitude quant à la façon de procéder et aux choix des milieux à solliciter (recommandation #8). Le programme étant inconnu de la population générale et peu connu des réseaux d'intervention publics ou privés, les intervenants n'ont pas reçu de demandes de services suffisantes durant l'année ciblée pour l'évaluation pour former un groupe. Ils ont donc utilisé leur réseau de contacts pour que leur soient référés des sujets. Un nombre restreint d'adolescents a été identifié dont certains inscrits par la suite dans le groupe A provenaient de l'extérieur du territoire de l'organisme et d'autres, inscrits dans le groupe B, avaient déjà participé à un programme de groupe pour enfants endeuillés par suicide. Cette situation

génère un dilemme lorsque vient le temps d'évaluer l'admissibilité des adolescents au programme. Pour s'assurer de former un groupe de taille suffisante, les intervenants peuvent être tentés d'inclure des candidats qu'ils n'auraient peut-être pas sélectionnés s'ils avaient disposé d'un plus grand échantillon. De là l'importance de diffuser largement l'existence du programme dans divers milieux tels que les écoles, les organismes dévoués à la jeunesse et à la famille, les CLSC de même que les journaux locaux et les endroits publics de manière à ce que même des adolescents inconnus des services sociaux et des organismes communautaires spécialisés puissent manifester leur intérêt à participer au programme.

Une fois les adolescents repérés et référés au programme, il reste à les amener à se présenter à l'entrevue d'évaluation des besoins des membres. L'approbation des parents de ces jeunes mineurs ne fait généralement pas problème à cette étape : ils sont souvent les premiers à faire la demande d'aide et à insister pour qu'ils se présentent et participent au programme. Un contact téléphonique direct avec l'adolescent pour l'inviter à participer à l'entrevue d'évaluation des besoins demeure la méthode la plus efficace pour qu'il s'y présente de son plein gré (Toseland, 1981, cité dans Toseland & Rivas, 2009) (recommandation #13b). L'intervenant profite de ce contact pour préciser le but du programme, cerner les motivations de l'adolescent, explorer les bénéfices mutuels qu'ils pourraient en retirer et souligner l'aspect volontaire de la démarche (Turcotte & Lindsay, 2008).

L'entrevue d'évaluation des besoins s'est toujours déroulée dans les locaux de l'organisme qui offre le programme. Ce contexte est remis en question par une mère qui croit qu'une rencontre à domicile permettrait aux adolescents de se sentir plus en sécurité et, par conséquent, de s'exprimer davantage dès la première rencontre. Cette impression est corroborée par les résultats d'une étude menée auprès d'intervenants psychosociaux et de bénéficiaires de soins à domiciles. Les auteurs remarquent que « la pratique de l'intervention psychosociale à domicile offre plusieurs opportunités sur le plan clinique, notamment en offrant de meilleures possibilités d'évaluation des besoins psychosociaux de la personne » (Morin et al., 2009, p. 43). Plus précisément, procéder à l'évaluation de la clientèle à domicile augmente l'accessibilité du service, fournit des informations environnementales supplémentaires tout en permettant les témoignages de l'entourage, montre que la situation de la personne vaut la peine qu'on se déplace pour elle, rend la personne plus à l'aise et

confortable, facilite la relation de confiance par la convivialité du contexte d'entrevue donc plus propice à la confiance, et permet finalement d'accélérer le processus d'évaluation en donnant accès à des observations plus fines et plus justes (Morin et al., 2009) (recommandation #13d).

Tous ces avantages pourraient pallier la difficulté soulevée par les intervenants de devoir évaluer en une seule rencontre l'admissibilité de l'adolescent et l'adéquation entre ses besoins et la démarche proposée. Si pour des raisons d'ordre pratique et organisationnel, les intervenants ne peuvent se déplacer, la solution de rechange pourrait être de scinder l'entrevue d'évaluation des besoins en deux rencontres. En plus de mieux répartir les nombreuses informations à recueillir, cela pourrait favoriser l'établissement d'un lien de confiance mutuel. Cette solution permettrait aussi de maintenir l'intérêt et la motivation de l'adolescent à l'égard de sa participation s'il est recruté plusieurs mois avant le début du programme (recommandation #13c). Idéalement, la combinaison de ces deux propositions, soit de tenir une première entrevue à domicile et une seconde dans les locaux de l'organisme, comporte le maximum d'avantages, sans compter celui pour l'adolescent de pouvoir jeter un œil sur les locaux où se déroulera sa participation.

Aussi, le choix des questionnaires d'admission des adolescents passés durant l'entrevue d'évaluation des besoins pose un problème clinique et mérite d'être revu. Ceux-ci représentent majoritairement des mesures standardisées de symptômes psychopathologiques qui n'ont pas tous été adaptés à une population adolescente. Or, les connaissances actuelles montrent que les adolescents endeuillés par suicide présentent une symptomatologie en deçà des seuils cliniques. De tels instruments ne seraient donc pas les plus appropriés pour évaluer les facteurs de risque de l'adolescent qui souhaite participer au programme (Kuramoto et al., 2009) (recommandation #13a).

La préparation des intervenants fait l'objet du dernier examen de la phase de planification du programme. Il s'agit d'explorer comment leur formation préalable à l'application du programme, leur degré d'adhésion à celui-ci et leurs habiletés d'intervention influencent la fidélité de la mise en œuvre du programme. De prime abord, la formation des intervenants aux éléments du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide* (13-

18 ans) s'est déroulée de manière peu structurée. Ce contexte plus ou moins formel de formation n'a pas eu d'impact négatif sur la confiance des intervenants envers leur capacité d'intervenir auprès des adolescents endeuillés par suicide. Toutefois, l'absence d'une formation structurée augmente le risque d'erreurs d'interprétation du programme par les intervenants, ce qui risque de miner la fidélité de sa mise en oeuvre (Dusenbury, Brannigan, Falco, & Hansen, 2003). Nos observations montrent à cet égard que les intervenants se sont permis à quelques reprises de modifier la séquence des rencontres et d'ajouter de nouveaux exercices. Procéder à ces modifications et à ces ajouts semble avoir été un moyen pour les intervenants de s'approprier le programme sans compromettre ses fondements ni traduire un manque d'adhésion à celui-ci.

Dans ce cas-ci, l'absence d'une formation structurée ne compromet que minimalement la fidélité de la mise en œuvre du programme en raison de la formation universitaire initiale et de l'expérience des intervenants en matière d'intervention de groupe auprès d'une clientèle endeuillée par suicide. Dans le cas contraire, il serait nécessaire de procéder à une formation structurée misant tout autant sur les qualifications en matière d'intervention de groupe que les qualifications en matière d'intervention auprès des adolescents endeuillés par suicide puisque tout le programme repose sur le bon fonctionnement du groupe (recommandation #16). Selon Berteau (2006), les intervenants attribuent d'abord les difficultés qu'ils ont à intervenir dans un groupe aux facteurs inhérents à l'intervention de groupe. Ce n'est que dans une moindre mesure qu'ils imputent leurs difficultés à leur manque d'aisance relativement à la problématique.

Aussi, la relative fidélité de la mise en œuvre du programme s'explique par deux autres facteurs, soit : 1) la croyance unanime des intervenants en l'intervention de groupe et son efficacité auprès d'une clientèle adolescente endeuillée par suicide, et 2) le soutien administratif et clinique dont bénéficient les intervenants pour déployer l'intervention de groupe de façon convenable.

Mis ensemble ces facteurs ont somme toute permis le déploiement des attitudes et habiletés incontournables en matière d'intervention individuelle et de groupe telles qu'identifiées par les intervenants : la flexibilité et l'ouverture, la foi au potentiel de rétablissement des

adolescents, l'authenticité et la qualité d'écoute et la capacité d'enrichir la communication en impliquant chaque membre du groupe.

4.1.2 Rôle de l'intervenant et processus de groupe

Les divers éléments du processus de groupe influencent généralement l'atteinte des objectifs de celui-ci. Kivlighan Jr. et Tarrant (2001) mentionnent plusieurs études qui rapportent une corrélation positive entre une forte cohésion de groupe et les effets de l'intervention sur ses membres. Rice (2015) rapporte aussi des résultats d'étude où la cohésion de groupe serait associée à de plus faibles taux d'abandon du groupe, à un plus grand espoir envers le futur ainsi qu'à une meilleure estime de soi chez les personnes présentant des symptômes de deuil compliqué. Cela dit, il reste à circonscrire les facteurs qui qualifient le processus d'un groupe sous l'angle des résultats visés.

À l'instar de l'hypothèse de Yalom et Leszcz (2005), nos résultats suggèrent que le type de rôle tenu par les intervenants a joué sur l'établissement d'une cohésion de groupe qui, en retour, a influencé l'atteinte des objectifs des membres. La différence de position des intervenants dans chacun des groupes a engendré une dynamique de groupe distincte quant aux patrons de communication établis et quant aux caractéristiques de l'expérience socioaffective. D'un côté, un groupe dont les intervenants se sont positionnés en tant qu'experts et ont exercé rôle plus structurant qui privilégiait les interventions de nature individuelle en situation de groupe. On remarque que les interactions se passent entre l'intervenant et un seul membre à la fois, on encourage peu les interactions entre membres et les adolescents ont semblé éprouver des difficultés à exprimer leurs émotions. Ces intervenants eux-mêmes ont eu du mal à qualifier les caractéristiques du groupe et l'établissement d'une cohésion entre les membres du groupe est demeuré confus. Les adolescents de ce groupe ont fait preuve d'une aide mutuelle discrète et plutôt passive, se distinguant les uns des autres par la gravité de leur histoire (les pires et les moins pires) et démontrant une certaine indifférence lorsqu'un membre quittait le programme. De l'autre côté, un groupe dont les intervenants se définissaient comme des promoteurs d'aide mutuelle et qui ont adopté un style participatif. On remarque que les interactions entre les membres de

ce groupe étaient fortement encouragées, que l'expression des émotions était satisfaisante et que la cohésion du groupe a pris forme pendant le premier tiers du programme. Les intervenants ont qualifié leur groupe de courageux et intéressé à travailler le deuil. L'aide mutuelle entre les membres s'est installée de manière proactive, les adolescents prenant progressivement un rôle de soutien et, vers la fin du programme, s'adressant davantage à leurs pairs qu'à leurs intervenants. Le départ d'adolescents avant la fin du programme a provoqué des réactions différentes en fonction des rôles qu'ils tenaient dans le groupe.

Ces deux portraits de fonctionnement de groupe se distinguent par le rôle tenu par les intervenants lui-même tributaire des intentions initiales des intervenants. Selon les résultats de l'étude de Kivlighan Jr. et Tarrant (2001), l'intention des intervenants centrée principalement sur la création d'un environnement sécurisant pour le groupe est corrélée positivement à un engagement de sa part. Cette corrélation devient toutefois négative lorsque l'intention principale des intervenants se concentre sur le travail thérapeutique. Ce résultat s'explique du fait que le travail thérapeutique consiste avant tout à appliquer des techniques d'intervention individuelle plutôt qu'il ne s'oriente vers les besoins du groupe. Les résultats suggèrent également que les membres d'un groupe sont moins satisfaits et bénéficient moins des effets d'une intervention de groupe lorsque l'intervenant concentre son attention sur les individus plutôt que sur la création d'un environnement de groupe positif et sécurisant. Les chercheurs croient que ces réactions sont d'autant plus réelles que le groupe se compose d'adolescents en détresse.

Nos observations nous incitent donc à préconiser une position de l'intervenant qui promeut avant tout l'aide mutuelle chez les membres du groupe (recommandation #17). Le rôle de promoteur d'aide mutuelle n'empêche pas que le programme garde sa fonction thérapeutique en établissant des objectifs individuels pour chacun des adolescents, mais nécessite plutôt des habiletés d'intervention axées sur le groupe (recommandation #18). Les modifications et les ajouts d'exercices dans le groupe B ont été développés dans ce sens : des exercices plus interactifs permettant aux membres de bouger et de communiquer entre eux. En plus de concourir à la normalisation de leurs réactions de deuil, accroître les contacts entre les adolescents fournit une occasion de sortir de leur isolement tout en permettant d'augmenter leur estime d'eux-mêmes en posant des gestes prosociaux. Cette avenue semble d'autant plus

pertinente que les adolescents déclarent eux-mêmes les plus intéressants les exercices de nature interactive et manifestent une diminution d'intérêt lors d'exercices individuels (recommandations #20 et #21).

Qu'en est-il des vertus de la coanimation ? D'après certaines études, les membres déclarent retirer plus de bénéfices quand une intervention de groupe comporte deux animateurs plutôt qu'un seul (Kivlighan Jr., London, & Miles, 2012). Néanmoins, ce sont les manières de coanimer qui influent sur le processus de groupe, dont le partage des tâches, des rôles et des responsabilités. Pour éliminer les risques de conflit et de tension, Yalom et Leszcz (2005) recommandent que les intervenants aient le même statut auprès des membres et comptent des expériences d'intervention de groupe équivalentes. Or, dans le cas de notre étude, le statut des intervenants diffère dans les deux groupes. En outre, l'expérience en matière d'intervention de groupe est équivalente chez les intervenants du groupe A, tandis qu'elle diffère chez les intervenants du groupe B. L'attribution inégale des statuts entre les intervenants du groupe A semble avoir nui au développement d'une relation plus soutenue entre les adolescents et l'intervenant de statut inférieur. Celui-ci voyait principalement à la cohésion du groupe, tandis que l'intervenant identifié comme le responsable du groupe se consacrait au travail thérapeutique qui, rappelons-le, représentait l'intention majeure dans ce groupe. On recommande habituellement aux coanimateurs de se partager les deux rôles, mais à la condition que les contributions de chacun soient équitables (Toseland & Rivas, 2009) (recommandation #19). Par ailleurs, dans le groupe B, la moindre expérience de l'un des intervenants ne semble pas avoir eu un effet sur la satisfaction exprimée par les adolescents. Cela dit, l'aspect de la coanimation qui importe le plus pour qualifier la dynamique d'un groupe réside dans une vision commune des objectifs (Toseland & Rivas, 2009) et les deux groupes ont bien répondu à cette condition.

4.1.3 Contraintes d'implantation

Les contraintes d'implantation d'un programme incluent tous les facteurs qui risquent de mettre en péril son bon fonctionnement et, par conséquent d'entraver l'atteinte de ses objectifs. Dans le contexte de l'implantation du programme *Groupe de thérapie pour*

adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans), l'attrition élevée des adolescents représente l'obstacle majeur.

De plus, nous commentons ici la qualité de la structure et du contenu du Guide d'animation du programme ainsi que celle de la formulation du but et des objectifs qu'il propose. En tant qu'outils de base de l'application du programme, ces éléments méritent d'être soulignés.

4.1.3.1 Attrition

La mise en œuvre du programme a été perturbée par une attrition élevée (six adolescents sur 13) un problème qu'explique le modèle conceptuel des obstacles à la participation au traitement (Kazdin, Holland, & Crowley, 1997). Testé auprès de parents dont un enfant participe à un programme thérapeutique, ce modèle identifie des obstacles à la participation de la clientèle. Certains sont d'ordre pratique : interférence du traitement avec d'autres événements ou stressseurs, contraintes physiques et économiques. Le parent peut aussi juger que le traitement est trop exigeant, ou ne correspond pas aux besoins de l'enfant, ou que celui-ci n'a pas une bonne relation avec le thérapeute. La perception de tels obstacles chez les parents est associée à l'abandon du programme par les enfants. Ce sont de telles conditions qui ont entre autres joué dans le cas des adolescents qui ont déserté le programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)*. La distance géographique entre la résidence et le lieu des activités représentant pour certains un obstacle pratique important, il suffisait que leur adolescent manifeste un manque d'intérêt pour que le parent retire son adhésion au programme et que la participation prenne fin. Il est arrivé qu'outre cet obstacle d'ordre pratique survienne un événement exceptionnel (hospitalisation) ou bien un accroissement de la détresse d'un parent qui trouvait le programme de plus en plus exigeant. Or, il est reconnu qu'une faible adhésion du parent au processus thérapeutique de son enfant joue sur l'attitude du thérapeute qui sera porté à la confrontation comme stratégie d'intervention et à nourrir une moindre appréciation du parent (Patterson & Chamberlain, 1994). Cette conjoncture a été observée selon une plus ou moins grande mesure dans quatre des cas d'abandon du programme dont celui où le parent est entré ouvertement en conflit

avec l'intervenant à propos de la gravité des problèmes de l'adolescent et des moyens thérapeutiques à employer.

Comme mentionné plus haut, l'attrition observée peut aussi s'expliquer par des éléments du processus de groupe, et cela durant ses différentes phases. À la phase de planification, pour s'assurer d'obtenir une taille de groupe suffisante, les intervenants semblent avoir négligé l'importance de la motivation à participer au programme comme critère d'inclusion crucial au fonctionnement du groupe. En effet, on remarque que quatre adolescents sur six ayant quitté le groupe avant sa fin montraient déjà des signes d'ambivalence à participer. Dans la phase de travail de groupe, et plus précisément dans le groupe A, la position des intervenants à titre d'experts semble jouer sur la difficulté d'atteindre une cohésion de groupe, laquelle est reconnue pour protéger contre l'attrition (Rice, 2015 ; Yalom & Leszcz, 2005). Nous notons aussi qu'au moins quatre adolescents quittent le programme parce qu'ils se sentent entre autres bouleversés à la suite des rencontres. Le fait de parler en groupe des événements et des circonstances du suicide de l'être cher durant les trois premières rencontres peut avoir contribué à réactiver des émotions négatives qui les poussent à quitter le groupe. Sans proposer de recommandation formelle à ce sujet, nous suggérons toutefois que ces discussions soient limitées au sein d'une seule rencontre.

Plusieurs stratégies peuvent être mises en place pour prévenir la baisse de la motivation des participants, le retrait de l'adhésion des parents et, par ricochet, le départ prématuré des jeunes à un programme thérapeutique. Nock et Ferriter (2005) en font une énumération qui concorde avec ce que le programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* propose déjà et avec les suggestions dégagées de nos entrevues. À cet égard, la tenue d'une réunion avec les parents concernés avant le début des activités du programme aurait avantage à être prescrite plutôt que simplement préconisée et être mieux structurée en termes d'objectifs, de contenu et de déroulement dans le Guide d'animation du programme (recommandation #15). Tel que déjà mentionné, l'échelonnement de courts contacts avec les adolescents sélectionnés entre le moment du recrutement et le début des activités réduit les risques d'abandon en favorisant l'établissement d'un lien de confiance mutuelle (recommandation #14). Plus encore, l'ajout d'une ou deux rencontres réunissant

parents et adolescents pourrait contribuer à maintenir la motivation et l'adhésion des parents, diminuant ainsi les risques d'attrition (recommandation #22).

4.1.3.2 Structure et contenu du Guide d'animation

Le Guide d'animation représente un document complet qui décrit et explique les différentes modalités du programme à d'éventuels intervenants qui l'appliqueront dans un ensemble de rencontres de groupe. On y trouve un contexte théorique relativement aux adolescents endeuillés par suicide, une justification des choix de l'auteure de développer une intervention de groupe de type thérapeutique⁴⁰, la structure du programme (but, objectifs, consignes d'animation, description des rencontres, des exercices et des outils d'intervention), les caractéristiques des adolescents endeuillés ciblés (critères d'inclusion et d'exclusion), les ressources nécessaires à l'implantation du programme (local, matériel, supervision) et un plan de réalisation. Ces aspects couvrent bien tous les éléments clés d'une intervention sociale auprès des groupes (Turcotte & Lindsay, 2008).

Néanmoins, nous considérons que la structure et la mise en forme du Guide d'animation compliquent sa lecture et sa compréhension. Bien qu'il n'existe pas de modèle universel, nous sommes d'avis que la rédaction de ce programme demande une révision si l'on croit que la qualité du manuel descriptif ou explicatif d'un programme conditionne la fidélité de son implantation (Joly, Tourigny, & Thibaudeau, 2005). On remarque tout d'abord que la table des matières ne contient pas tous les sous-titres du texte et que la formulation de ces derniers n'est pas uniforme (recommandation #1a). Il devient difficile de distinguer ce qui fait référence au contexte théorique, à la justification des choix de l'auteure et à certains éléments de la structure du programme. Un réaménagement des différentes sections et sous-sections serait de mise pour limiter la confusion (recommandation #1b). Nous croyons aussi préférable de limiter les longues justifications des alternatives d'intervention pour plutôt justifier la pertinence de la méthodologie (intervention individuelle ou de groupe) et du type d'intervention (thérapie ou soutien) choisis et la documentation scientifique qui le soutient

⁴⁰ Celle-ci a été présentée au chapitre 1.

(recommandation #5). À cet effet, nous remarquons que les différents types d'intervention de groupe sont maladroitement interprétés et explicités, ce qui, selon nous, explique la différence observée chez les intervenants des deux groupes quant au rôle qu'ils doivent prendre dans le groupe. Le contenu du contexte théorique mériterait finalement d'être mis à jour en fonction des théories contemporaines du deuil qui, pourtant, imprègnent les exercices proposés (recommandation #4).

Quelques points méritent également d'être soulevés pour ce qui a trait à la présentation du déroulement des rencontres. En premier lieu, on aurait avantage à présenter fidèlement la répartition des rencontres selon les quatre phases principales du processus d'intervention de groupe : la phase de la planification qui comprend le recrutement et la sélection des membres, la phase de début qui consiste à établir le contact entre les membres et à définir le contrat avec le groupe, la phase de travail qui vise l'atteinte des objectifs et la phase de conclusion qui permet d'évaluer la démarche de groupe et de faciliter la séparation de ses membres (Toseland & Rivas, 2009 ; Turcotte & Lindsay, 2008) (recommandation #2). Par exemple, dans le cas de la phase de la planification, la proposition de tenir une rencontre d'information avec les parents pourrait se joindre à la section qui traite des démarches de recrutement et d'évaluation des adolescents.

De plus, la structure du programme et des rencontres risque d'être mieux appliquée par les intervenants si la description des rencontres inclut certains éléments comme l'objectif poursuivi, les consignes précises d'animation et d'intervention en fonction des phases principales du processus de groupe et un indicateur temporel pour chacun des exercices (recommandation #6). Ces éléments, à l'exception d'un indicateur temporel, apparaissent de manière éparse dans le Guide d'animation et mériteraient d'être exposés ou à tout le moins rappelés au cours de cette description. Cela mettrait l'objectif de la rencontre davantage en relief qui, selon nos observations, n'est que rarement signalé aux membres du groupe. Le fait de nommer l'objectif permet entre autres de réduire l'anxiété des membres qui ne savent pas trop à quoi s'attendre en participant au programme (Kivlighan Jr. & Tarrant, 2001). L'ajout d'un indicateur temporel donnerait aussi des balises plus précises aux intervenants qui se sont parfois sentis contraints par le temps (recommandation #7). Il conviendrait également que les

outils d'intervention utilisés pour la première fois soient déplacés à la suite de chacune des rencontres plutôt que présentés en bloc à la section suivante (recommandation #3).

Enfin, le Guide d'animation comprend une section intitulée « modalités diverses entourant la réalisation du groupe », sorte de *fourre-tout* qui donne l'impression qu'on ne savait pas trop où intégrer les éléments présentés : l'indication de la pause durant les rencontres, la présentation d'un exercice à chaque début de rencontre, la possibilité de créer des sous-groupes, les techniques de persuasion destinées aux candidats réticents, l'utilisation possible d'une chandelle, etc. Nous suggérons que chacun de ces éléments figure dans les sections appropriées (recommandation #1).

4.1.3.3 But et objectifs du programme

La formulation du but et des objectifs présentés dans le Guide d'animation du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* ne correspond pas à ce qu'on entend généralement par « but » et « objectifs généraux et spécifiques » dans le domaine du développement et de l'évaluation de programme. Le but d'un programme se formule par « un énoncé général du résultat visé » (Paquette & Chagnon, 2000, p. 67). Autrement dit, il expose de manière plus ou moins abstraite, générale et globale le changement que l'intervention tend à susciter chez la clientèle. Par conséquent, le but énoncé dans le Guide d'animation « regrouper des adolescents par suicide » correspond davantage à un moyen pour atteindre le résultat visé que le résultat lui-même. Il suffirait de réunir des adolescents endeuillés dans une même pièce pour atteindre le but du programme tel qu'énoncé, ce qui ne correspond nullement aux intentions des intervenants. D'après nos échanges avec l'auteure du programme et la formulation schématique de la théorie du problème (Figure 1.2, p.52), le but du programme pourrait se formuler comme suit : soutenir le processus d'adaptation à la perte chez les adolescents endeuillés par suicide (recommandation #10).

Les objectifs généraux d'un programme sont quant à eux concrets et plus spécifiques. Leur formulation les rend pour ainsi dire opérationnels, c'est-à-dire que leur atteinte peut être observable et mesurable de la même façon par plusieurs personnes (Paquette & Chagnon,

2000). D'où l'importance d'utiliser des verbes d'action qui permettent de déceler un changement observable tel que « augmenter le réseau social » et « diminuer l'intensité du sentiment de culpabilité ». Les verbes « favoriser », « permettre » ou « promouvoir » manquent de précision et n'indiquent pas à l'intervenant la mesure de ce qui est attendu en termes de résultats (recommandation #11a). Il importe aussi de bien circonscrire l'objectif de manière à ce qu'il ne couvre qu'une seule cible. Il est préférable d'augmenter le nombre d'objectifs du programme que de combiner deux objectifs semblables, mais qui ne portent pas directement sur le même objet (Rossi et al., 1999) (recommandation #11).

Selon la W.K. Kellogg Foundation (2004), l'acronyme SMART résume les caractéristiques des objectifs qui doivent être spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et temporellement définis. À ces critères s'ajoutent les lettres E et R pour : évaluable et réévaluable. Or, le respect de ces critères, comme dans bien des programmes, fait défaut dans la formulation des objectifs de celui qui est évalué ici, ce qui donne un contenu vague et des cibles mal définies que le lecteur doit interpréter lui-même pour déchiffrer les résultats attendus au risque de modifier la mise en œuvre du programme (recommandation #11b). Pour corriger cette faille, il serait impératif de procéder à la reformulation des objectifs généraux du programme et de définir des objectifs spécifiques à plus court terme (recommandation #11c). Soulignons que nous avons déjà entrepris cet exercice de reformulation dans le cadre de l'élaboration de la théorie du programme (Figure 1.3 et Figure 1.4).

Somme toute, le Guide d'animation comporte des lacunes qui ont mené à une implantation plus ou moins fidèle du programme dans les deux groupes relativement au recrutement et à la sélection des adolescents, au fonctionnement du groupe et au rôle de l'intervenant ainsi qu'à la coanimation. Pour s'assurer d'une implantation plus fidèle, les études rapportent que les instructions d'un guide de programme doivent être détaillées et clairement spécifiées en tant qu'incontournables ou moins essentielles, ce qui précise la latitude laissée aux adaptations nécessaires suivant les besoins de la clientèle tout en préservant ses fondements et sa logique d'action (Dusenbury et al., 2003) (recommandation #9). Une attention particulière doit être portée aux éléments de la phase de planification pour prévenir les éventuels écueils associés à une amorce trop hâtive des rencontres de groupe, ce qui peut encourir une attrition élevée. Le rôle de l'intervenant et l'aménagement de la coanimation méritent d'être orientés dans le sens

de l'utilisation du groupe en misant sur les ressources des membres et un partage des rôles équitable entre les coanimateurs. Une révision du Guide d'animation du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* est donc de mise pour limiter les divergences d'interprétation de sa mise en œuvre et, par ricochet, accroître les bénéfices de l'intervention pour le groupe.

4.2 État des effets à court terme du programme

Le second objectif de cette thèse consistait à évaluer les effets à court terme du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)*, c'est-à-dire à mesurer les changements induits par la participation à ce programme. Ces changements se rapportent principalement aux sept effets à court terme de la théorie du programme (Figure 1.3, p.54) qui a été validée par l'auteure du programme. L'évaluation des effets s'est réalisée par l'application d'une méthodologie mixte où les résultats qualitatifs viennent approfondir et compléter les résultats quantitatifs qui, pour leur part, ne couvraient pas l'entièreté des effets attendus. Ce manque dont nous avons déjà expliqué les raisons renvoie aux instruments de mesure imposés et au contexte de la cueillette de données.

Indépendamment du fait que les changements puissent être attribués à d'autres sources, nos analyses permettent d'en observer cinq types, lesquels recourent les sept effets attendus de la théorie du programme. Il s'agit des changements : 1) quant aux souffrances émotionnelles liées à la perte (tristesse, désespoir et symptômes de dépression) ; 2) quant aux difficultés d'adaptation sociale (honte, isolement ou problème d'intégration sociale) ; 3) quant aux réactions émotionnelles liées au suicide (colère, sentiment de culpabilité et sentiment de responsabilité) ; 4) quant à l'aspect cognitif (révision des connaissances et reconstruction du sens) ; 5) quant aux comportements (conduite générale et comportements suicidaires). Notre attention se porte également sur les effets différenciés du programme selon le genre et le degré de sévérité des symptômes de dépression.

4.2.1 Tristesse, désespoir et symptômes de dépression

Les résultats de l'étude, autant quantitatifs que qualitatifs, montrent l'efficacité du programme pour ce qui est de diminuer la tristesse, le sentiment de désespoir et les symptômes de dépression généralement éprouvés par les adolescents endeuillés par suicide. Les analyses quantitatives rapportent à cet égard une diminution significative du désespoir tel que mesuré par les énoncés d'une mesure standardisée reconnue (*Beck Hopelessness Scale*). On décèle aussi une diminution significative des symptômes de dépression lorsqu'on contrôle pour un changement considéré extrême chez un adolescent.

D'après nos analyses qualitatives, c'est la manière d'exprimer la tristesse et le désespoir qui se modifie et accuse un progrès. Bien que ces émotions continuent d'être ressenties, leurs expressions sont mieux contrôlées et davantage contenues. En fait, les adolescents disent avoir appris à identifier la source ou l'élément déclencheur d'une réaction de tristesse et sont, par conséquent, en mesure de réguler son expression. Par exemple, ils choisissent dorénavant le contexte temporel et social dans lequel ils acceptent ou non de la partager. À cet égard, le programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* atteint son objectif d'augmenter le sentiment de contrôle chez les participants (effet attendu #5 à la Figure 1.3).

Malgré cela, certains adolescents ne perçoivent pas l'atténuation de leur tristesse, tandis que d'autres croient qu'elle est même exacerbée par la participation au programme. Cette impression ressemble à ce que Farberow (1992, 1994) observe chez les membres de son groupe expérimental inscrits au *Los Angeles Survivors After Suicide Program*. À l'instar de cet auteur, nous croyons que cet effet résulte des discussions intensives au cours des rencontres de groupe, lesquelles raniment une tristesse plus ou moins enfouie. Autrement dit, la participation de l'adolescent aux différents exercices le renvoie à effectuer une tâche orientées vers la perte où domine la tristesse alors qu'il concentrait précédemment ses énergies sur des tâches orientées vers la restauration où ce sont les émotions positives qui dominant. En se basant sur la théorie du *Dual Process Model of Coping with Bereavement* (DPM), cette oscillation entre les deux types de tâches est souhaitable pour permettre une meilleure adaptation à la perte (Stroebe & Schut, 2001). À cet égard, le fait de ressentir plus

de tristesse n'est pas *de facto* négatif d'autant plus si les adolescents sont en mesure de réguler son expression. Nous pouvons donc dire du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* qu'il atteint son objectif d'augmenter et de réguler l'expression des émotions des adolescents (effet attendu #7).

4.2.2 Honte, isolement social ou problème d'intégration sociale

Quantitativement, les résultats montrent l'existence d'une diminution significative du sentiment de honte mesuré par une sous-échelle d'une mesure standardisée (*Grief Experience Questionnaire*). Tout comme dans l'étude de Servaty-Seib et Hayslip (2003), notre analyse qualitative révèle que ce sentiment de honte se manifestait initialement chez les adolescents par une difficulté à communiquer ses émotions, par des interactions inadéquates et par un sentiment d'infériorité vis-à-vis des pairs non touchés par le suicide. Dorénavant, les adolescents et leurs parents témoignent de leur récente capacité à s'exprimer ouvertement et librement sur leurs réactions de deuil et sur le suicide de leur proche en tenant judicieusement compte du contexte : ils choisissent le bon moment, les interlocuteurs et les informations pertinentes.

Ce serait principalement la rencontre de pairs semblablement endeuillés qui permet l'atténuation du sentiment de honte. Malgré les circonstances particulières inhérentes à leur propre histoire et la variété des réactions soulevées par ce type de deuil, les adolescents se sentent soulagés de n'être pas seuls à traverser cette épreuve. C'est donc en parvenant à normaliser les réactions inhérentes au deuil par suicide que le programme atteint son objectif relatif à la sortie de l'isolement (effet attendu #1). Aussi, les sujets se découvrent-ils mieux soutenus par leur entourage qu'ils ne l'étaient avant leur participation au programme grâce à cette double capacité d'exprimer leurs émotions et de partager leur expérience. Plusieurs autres adolescents disent retirer aussi des bénéfices d'ordre relationnel non explicitement prévus par le programme. Entre autres, certains exercices proposés contribueraient à contrer la timidité chez des participants ou les encourageraient à se montrer plus authentiques, ce qui peut ensuite se répercuter dans leurs relations quotidiennes avec les autres : ils savent mieux adopter la juste distance, deviennent plus enclins à demander de l'aide et proactifs devant la

détresse d'un autre. Ces éléments participent similairement à l'élargissement du réseau de soutien (effet attendu #2).

Notons que l'objectif du programme qui consiste à briser l'isolement de l'adolescent endeuillé par suicide nous semble atteint chez tous les adolescents même s'ils décrochent avant la fin; en fait, le résultat s'opérerait dès la quatrième rencontre de groupe. Néanmoins, l'effet sur le sentiment de honte ne s'observe que chez le groupe d'adolescents assidus qui, dès le départ, se sentaient déjà significativement plus stigmatisés que leurs pairs qui ont quitté le groupe précocement. On peut penser que cet aspect a joué dans leur assiduité au programme, tout comme avant leur participation ils se montraient significativement plus portés que leurs pairs non assidus à s'engager dans des activités sociales pour mieux gérer leur stress. Suivant la logique de ces observations, les adolescents endeuillés qui utilisent généralement des stratégies sociales pour gérer leur stress sont susceptibles de ressentir fortement le stigma social associé au deuil par suicide et, conséquemment, de profiter d'un contexte d'intervention de groupe pour apaiser leur sentiment de honte.

La diminution du sentiment de honte chez les adolescents allant de pair avec une plus grande capacité à exprimer leurs émotions permet d'améliorer ou de restaurer la communication intrafamiliale. À la suite de la participation au programme, les adolescents s'engagent plus facilement dans une conversation avec leur parent à propos d'anecdotes et de souvenirs associés à leur proche décédé. Ces échanges contribuent à rapprocher l'adolescent de son parent et à l'encourager à partager des confidences plus générales, c'est-à-dire qui ne sont pas nécessairement liées au décès ni au deuil. En accord avec les observations de Nelson et Frantz (1996), nous croyons qu'il en résulte un plus grand sentiment de sécurité dans la famille et, par le fait même, une diminution des conflits et un apaisement des ressentiments. Bien qu'intéressant, cet effet ne peut être directement attribuable au programme. C'est aussi pourquoi l'amélioration des relations familiales est seulement présentée comme effet à moyen terme du programme.

4.2.3 Colère, culpabilité et sentiment de responsabilité

La participation au programme des adolescents endeuillés par suicide laisse paraître une atténuation de leur sentiment de colère qui visait préalablement deux cibles. D'abord, la majorité de ces adolescents reprochent à la personne suicidée de les avoir abandonnés. Ensuite et dans une moindre mesure, certains adolescents dirigent leur colère sur l'autre parent auquel ils attribuent la source des souffrances à l'origine du suicide. Pour ce dernier cas de figure, l'exposition au programme a contribué au déplacement de leur hostilité vers le proche suicidé. Ce qui porte à croire que les cibles du sentiment de colère changent au cours du processus d'adaptation à la perte. Il reste que le sentiment de colère diminue dans les deux cas et que cet apaisement contribue à l'amélioration des relations interpersonnelles.

Cain et Fast (1966) soulignent le risque de voir la colère se transformer en sentiment de culpabilité chez les adolescents endeuillés par suicide. Nos observations ne permettent pas de rendre compte de cette transformation. Les sentiments de culpabilité et de responsabilité chez les adolescents de notre échantillon se sont atténués au même rythme que le sentiment de colère. Cet apaisement nous semble entre autres tributaire d'acquisitions cognitives que nous associons à l'augmentation des mécanismes d'adaptation (effet attendu #3) : le programme les habilite à reconnaître les manifestations de tels sentiments et à mieux comprendre le phénomène du suicide comme en témoigne la section qui suit.

4.2.4 Révision des connaissances et reconstruction du sens

Le programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* permet d'approfondir et de consolider les connaissances des participants sur les causes du suicide et les réactions inhérentes au deuil (effet attendu #6). Déjà au fait de la plupart des informations transmises sur ces sujets, les exercices ont tout de même permis aux adolescents de revisiter leurs conceptions initiales et de les ajuster de telle manière qu'elles leur procurent un effet de soulagement, conséquence souhaitable du processus de normalisation. Notons que ce sentiment de soulagement se distingue du réconfort consécutif au décès perçu comme une délivrance de la personne souffrante, tel que mesuré par l'étude de Cerel et al. (1999). Certes, les adolescents reconnaissent maintenant l'intensité de la souffrance qui affligeait leur proche

suicidé, mais cette reconnaissance se traduit davantage par une acceptation accrue du décès plutôt que par un soulagement.

Le programme a permis aux adolescents de situer leurs connaissances dans le contexte de leur propre histoire. Autrement dit, ils en sont venus à retracer le sens des événements entourant le suicide de leur proche en approfondissant leurs connaissances sur le suicide et les réactions de deuil afférentes. À cet égard, le programme remplit l'objectif visant à permettre aux participants de « comprendre les réactions de deuil par suicide et la souffrance spécifique au deuil par suicide ».

Notons de surcroît qu'une meilleure compréhension des changements émotifs et comportementaux qui s'opèrent au fil du processus d'adaptation à la perte par suicide jouerait favorablement sur l'estime d'eux-mêmes et sur leur confiance en soi. Ce dernier point témoigne de l'augmentation du sentiment de contrôle chez les adolescents (effet attendu #5).

4.2.5 Conduite générale et comportements suicidaires

Le programme a contribué à modifier chez certains adolescents une variété de comportements délétères manifestés avant leur participation. Ces changements souhaités figuraient parmi les objectifs individuels de chacun des participants. Par exemple, l'atténuation du sentiment de colère a nettement contribué à diminuer les comportements agressifs et violents chez l'un d'eux. La normalisation de ses réactions de deuil a encouragé tel autre à quitter le canapé pour retourner dormir dans son propre lit. D'autres ont montré une amélioration de leurs résultats scolaires grâce à une meilleure concentration pendant les cours. Ces types de changements seraient associés à l'application des étapes de résolution de problème transmises durant les rencontres de groupes (effet attendu #4).

Toutefois, en raison de l'ambivalence qui persiste chez certains participants, nous ne pouvons pas affirmer que le programme a pleinement atteint son objectif à long terme d'exclure le suicide à titre de solution à la souffrance des adolescents. Tout au plus pouvons-nous croire que l'apprentissage de nouvelles stratégies d'adaptation ait pu affaiblir à leurs yeux la pertinence de cette solution radicale.

4.2.6 Effets différenciés du programme selon le genre et le degré de symptômes dépressifs

Contrairement à d'autres études évaluatives de programmes analogues (Brownet al., 2007 ; Murphy et al., 1996, 1998 ; Sandler et al., 2003), le programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* semble avoir contribué à diminuer significativement le sentiment de désespoir des garçons (mesuré par le *Beck Hopelessness Scale*), alors que ces auteurs ne relèvent pas de bénéfices clairs chez les participants masculins.

Aussi, selon le témoignage des intervenants de notre étude, ce sont les adolescents dont la détresse initiale présentait l'intensité la plus élevée qui semblent avoir bénéficié davantage des effets du programme. Ces résultats sont conformes aux effets démontrés par d'autres évaluations de programmes analogues offerts aux personnes endeuillées par suicide (Farberow, 1992, 1994 ; Murphy et al., 1996, 1998, Rosner et al., 2010), mais n'ont malheureusement pas pu être confirmés statistiquement par nos analyses en raison du nombre restreint d'adolescents dans chacun des groupes.

En résumé, les effets du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* nous apparaissent suffisants pour justifier sa pertinence. Il rencontre à différents degrés chacun des sept effets attendus de la théorie du programme, et cela tant chez les filles que chez les garçons. En premier lieu, il permettrait aux adolescents endeuillés par suicide de sortir de leur isolement. Cela est d'autant manifeste chez les sujets particulièrement marqués par un sentiment de honte et par la stigmatisation sociale associée au suicide. Par ailleurs, le programme semble prémunir les participants contre le risque de transformer la colère en sentiment de culpabilité, mentionné par Cain et Fast (1966). En effet, les sentiments de culpabilité et de responsabilité eu égard au suicide chez les adolescents de notre échantillon s'atténuent au même rythme que la colère. Une évaluation continue du programme permettrait de confirmer de tels effets chez les adolescents et permettrait également d'accroître la taille de l'échantillon, condition nécessaire pour explorer les résultats en fonction des sexes et de l'intensité de la détresse ressentie au départ.

Et bien qu'on tienne habituellement l'assiduité des participants à un programme thérapeutique pour une condition favorable à des bénéfices supérieurs (Nock & Ferriter,

2005), on remarque qu'à la suite d'à peine quatre rencontres les participants qui ont quitté le programme mentionnent être déjà sortis de leur isolement. Ce résultat pourrait-il signifier qu'une fois cet objectif atteint, les participants concernés se seraient désintéressés du programme pour éventuellement chercher eux-mêmes d'autres ressources? Par ailleurs, telle que déjà mentionnée, l'assiduité au programme pourrait être améliorée en resserrant les critères de sélection des sujets et en mettant en place des stratégies susceptibles d'accroître l'intérêt, la motivation et l'adhésion des participants et de leurs parents. La discussion qui suit sur le processus d'adaptation à la perte peut servir d'inspiration pour développer de telles stratégies.

4.3 Facteurs d'influence du processus d'adaptation à la perte

Le troisième et dernier objectif de cette thèse consistait à mieux documenter les facteurs qui influencent le processus d'adaptation à la perte des adolescents endeuillés par suicide, c'est-à-dire d'approfondir les connaissances à propos de cette clientèle spécifique. De ces acquis se dégagent entre autres des priorités d'interventions.

L'analyse des données met en relief les facteurs d'influence du processus d'adaptation à la perte associés aux caractéristiques du lien initial entre l'adolescent endeuillé et la personne décédée par suicide, du processus de reconstruction du sens (la représentation du monde, les croyances, le sentiment d'identité, etc.) et du lien d'attachement persistant ainsi que du type de soutien social formel et informel.

4.3.1 Caractéristiques du lien avec la personne décédée

Tout deuil relève d'un lien d'attachement préalable suffisamment significatif entre la personne décédée et la personne qui subit sa perte (Bowlby, 1969, 1973, 1980 ; Hanus, 2003). Par contre, les caractéristiques relationnelles qui influencent l'intensité et la nature des mécanismes d'adaptation à la perte sont moins évidentes. La majorité des études ne parviennent pas à les préciser parce qu'elles regroupent généralement des sujets endeuillés qui entretenaient un lien de parenté analogue avec la personne décédée. En effet, si les deux modèles théoriques du deuil chez les adolescents décrits dans le premier chapitre de cette

thèse (Fleming & Adolph, 1986 ; Hogan & DeSantis, 1996a, 1996b) ne proposent pas des construits théoriques significativement différents pour distinguer le deuil d'un parent de celui d'un membre de la fratrie, ils ne tiennent pas davantage compte des facteurs relationnels relevant de la proximité avec la personne disparue ni de la qualité de la relation avec celle-ci.

Pour notre part, nos analyses de l'implication des adolescents dans l'historique familial du suicide mettent en relief de légères différences quant à la nature et à l'intensité de leurs réactions au deuil en fonction du type de lien avec la personne suicidée. L'expression *type de lien* renvoie au lien de parenté (s'agit-il d'un frère, d'un cousin ou d'un père?), au degré de proximité (se côtoyaient-ils souvent?), mais aussi à la qualité de la relation (était-elle davantage harmonieuse ou davantage conflictuelle ?). Lorsque le proche suicidé est un cousin ou un frère, c'est le degré de proximité qui semble jouer fortement sur la nature et l'intensité des réactions inhérentes au deuil. Par exemple, ces adolescents ressentent peu ou pas de culpabilité à la suite du décès tout comme ils apparaissent dépourvus de quelque sentiment de responsabilité dans la mesure où ils n'étaient pas impliqués dans les situations conflictuelles où se trouvait ce membre de la famille. Sans prétendre qu'il s'agisse d'une généralité, l'intensité de leur tristesse, de leur ennui du défunt et du degré d'identification à cette personne semble influencée par la fréquence et la qualité de leurs contacts. Dans le cas du suicide d'un père, c'est plutôt le lien de parenté qui apparaît prépondérant et présage l'intensité des réactions. Car certains adolescents qui n'entretenaient que peu de contacts avec leur père ou dont la qualité de la relation était discutable présentent tout de même de forts sentiments de culpabilité et de colère associés à leur perception des événements où s'inscrit le suicide de ce dernier. Ces observations accentuent donc l'importance de considérer l'ensemble des critères associés au type de lien avec la personne suicidée dans la planification et la révision du programme.

4.3.2 Reconstruction du sens et attachement persistant

Il n'est plus à démontrer que le suicide d'un proche suscite un accroissement de la vulnérabilité chez les adolescents. De nombreuses recherches, sinon la majorité, font état d'une gamme de symptômes psychopathologiques, des réactions et des comportements

délétères associés au suicide d'un être cher. Par contre, les théories contemporaines du deuil dégagent certains aspects constructifs du processus d'adaptation à la perte. À cet égard, les résultats de notre étude apportent un regard approfondi sur l'influence positive de la reconstruction du sens et de l'attachement persistant dans le processus d'adaptation à la perte des adolescents endeuillés par suicide.

D'après les témoignages des adolescents, ils restent marqués par l'événement du suicide, ce qui s'exprime entre autres par la crainte de voir d'autres personnes de leur entourage décéder par suicide ou soudainement. Ce type d'inquiétude se distingue de la peur typique du trouble de stress post-traumatique puisqu'elle n'est pas accompagnée de comportements d'évitement ni nécessairement d'une hyper vigilance ; elle n'est pas davantage répertoriée à titre de symptôme du deuil compliqué (Prigerson et al., 2009 ; Prigerson & Maciejewski, 2005 ; Shear et al., 2011). Cette réaction a déjà été signalée, cependant, dans le modèle théorique du deuil chez les adolescents de Hogan et DeSantis (1996a, 1996b) et elle semble déclencher une réflexion sur la finitude humaine et les caractères d'autant plus fragiles et précieux de la vie.

Pour la plupart des adolescents, il s'agit de leur première expérience de la mort, ce qui provoque un examen de leurs croyances quant au fonctionnement de l'univers et quant aux valeurs que privilégie leur milieu. Plus précisément, l'expérience de la perte plonge donc les adolescents dans la recherche des causes du suicide tout en les poussant à réévaluer leurs conceptions initiales de la vie et du monde où ils évoluaient auparavant sans trop de tracasseries existentiels. On remarque qu'une des trois croyances fondamentales présentes dans la culture nord-américaine selon Janoff-Bulman et Berger (2000) est ébranlée par le deuil à la suite d'un suicide chez les adolescents de notre échantillon, soit l'impression que le monde a un sens et qu'en vertu de celui-ci, une relation causale existe entre nos comportements et leurs conséquences. Vu l'ébranlement de leur confiance envers la vie que provoque le suicide d'un proche, les adolescents préfèrent dès lors s'en remettre au destin, vivre un jour à la fois et ne pas accorder autant d'importance à leurs projets sachant qu'ils pourraient ne pas se réaliser à la mesure de leurs attentes. Cette transformation existentielle parle d'un monde qui ne fonctionne pas selon les principes de justice et d'équité et d'une impuissance plus ou moins totale d'exercer un contrôle sur les événements. Continuer d'attribuer un caractère absolu à

ces nouvelles croyances risque de nourrir un sentiment d'impuissance et de désespoir défavorable au processus d'adaptation à la perte. Les adolescents concernés gagneraient donc à être guidés dans l'exploration de telles réflexions afin de contourner d'éventuelles difficultés d'adaptation à la perte. D'après Davis et al. (2000), l'effet adaptatif se révèle d'autant plus optimal que cette exploration a lieu dans les six mois suivant la perte.

Nous avons également remarqué que plusieurs adolescents retirent des gains de cette éprouvante expérience de deuil. Ces gains s'apparentent aux manifestations associées à ce que Tedeschi et Calhoun (2004) définissent comme la croissance post-traumatique. Ils se traduisent par une appréciation accrue du caractère précieux de la vie, par des choix relationnels plus enrichissants et la perception d'être mieux armés contre l'adversité. Ces éléments ressortent chez les adolescents de notre échantillon qui se montrent dorénavant plus ouverts, plus attentifs et plus empathiques à la souffrance des autres dans la mesure où celle-ci repose sur des raisons jugées valables. Ils n'hésitent alors pas à offrir leur aide, alors qu'ils n'ont souvent aucune oreille pour les déceptions liées à des futilités. Comme tout naturellement, les adolescents endeuillés font le tri de leurs relations interpersonnelles en priorisant celles qui ont de la substance et en délaissant les moins enrichissantes. La perception d'être mieux armés contre l'adversité ne s'est pas manifestée explicitement dans les groupes, mais elle nous paraît se faire jour dans des perspectives d'avenir optimistes. Proches de la résilience, certains adolescents gagnent en confiance et sont convaincus de pouvoir réaliser de belles choses dans l'avenir. Ces observations se rapprochent de celles de Sandler et al. (2004) : au terme de leur processus de deuil, certains sujets résilients perçoivent les péripéties de la vie comme significativement moins menaçantes pour leur bien-être et ils sentent qu'ils s'y adaptent plus efficacement.

À l'instar de Hogan et DeSantis (1996a, 1996b), nous constatons que l'attachement persistant à la personne défunte joue un rôle de premier plan dans la capacité des adolescents à reconstruire un sens à la vie et à tirer des gains de leur processus d'adaptation à la perte par suicide. En quête de repères, les adolescents n'hésitent pas à communiquer en paroles ou en pensées avec leur proche décédé et de lui attribuer le rôle d'un guide. Conscients qu'ils ne recevront pas de réponses claires à leurs questionnements, ils se sentent apaisés du seul fait que leur proche est à l'écoute et veille sur eux. Cette relation qui persiste entre l'adolescent et

son proche est empreinte du regret de ne pas lui avoir suffisamment montré son amour et son admiration alors qu'il était vivant. Nous croyons que l'identification à cette personne et son idéalisation sont des sources de réconfort en ce qu'elles confirment en revanche leur amour pour elle. Cela se traduit par l'identification à certaines qualités et à certains défauts de la personne défunte, le port de ses vêtements, la conservation de ses contacts et l'éloge de ses prouesses. Contrairement aux interprétations de Cain et Fast (1966), nos observations révèlent que les adolescents de notre échantillon qui ressentent de la colère envers la personne suicidée réussissent malgré tout à opérer le processus d'idéalisation.

Néanmoins, attribuer le rôle de guide à la personne suicidée et s'identifier à elle peuvent présager un risque accru de reproduire son geste suicidaire par imitation (Silverman et al., 2003). En nous fiant sur les cinq cas de notre échantillon qui n'ont pas eu d'idées ou de comportements suicidaires, nous croyons que ce risque est amoindri par la capacité de ne retirer que les aspects positifs de l'histoire de leur proche. Ces adolescents nourrissent aussi habituellement le désir de se surpasser eux-mêmes. L'entourage immédiat de la personne décédée ou l'autre parent (quand il s'agit de la perte d'un père) influencent grandement la préservation de l'image positive de celle-ci. Il s'agit alors de communiquer des détails favorables à une saine identification que l'inverse, bref de favoriser l'intégration d'un héritage positif. Le soutien de l'entourage mérite donc d'être souligné à titre de facteur déterminant pour que s'établisse un lien d'attachement persistant et bienfaisant entre l'adolescent et son proche suicidé. Car un tel lien joue certainement dans la reconstruction du sens à l'existence, garante d'une éventuelle croissance post-traumatique.

4.3.3 Soutien social formel et informel

Notre étude devait rendre compte des perceptions chez nos sujets du type et de la qualité du soutien reçu à la suite du suicide de leur proche. Le soutien *informel* renvoie à celui de l'entourage dont les parents, les membres de la famille élargie (grands-parents, oncles/tantes, cousins) et les amis ; le soutien *formel* provient d'intervenants oeuvrant dans un organisme de services psychosociaux. Selon une étude récente, les adolescents marqués par une épreuve sollicitent de préférence le soutien informel de leurs amis (Houle, Chagnon, Lafortune,

Labelle, & Belleville-Paquette, 2013). Particulièrement en situation de deuil, la qualité du soutien informel, précisent les adolescents, est supérieure à celle d'un soutien professionnel (Rask et al., 2002).

Les informations recueillies auprès des adolescents de notre échantillon révèlent plutôt que l'événement du suicide affecte la qualité des relations amicales et que le soutien de leurs amis reste inconsistant dans bien des cas. Tandis que certains amis se rapprochent, d'autres s'éloignent. Autant le rapprochement reconforte, autant l'éloignement risque d'exacerber le sentiment de honte et le caractère tabou du suicide. Tout comme Dyregrov et Dyregrov (2005), nous croyons que l'éloignement des pairs s'explique entre autres par leur inaptitude à comprendre les réactions de deuil et l'ampleur des perturbations que provoque le suicide d'un être cher. Non encore confrontés à un événement aussi tragique, ils n'ont pas acquis la maturité requise pour manifester adéquatement l'empathie.

Le soutien informel par les membres de la famille est jugé particulièrement fructueux pour le processus d'adaptation à la perte chez les adolescents endeuillés par suicide. D'après notre étude en effet, les sujets profitant déjà de liens chaleureux avec un ou des membres de leur famille immédiate ou élargie avant le suicide les reconnaissent intacts et bénéfiques après l'événement. Quant à la relation parent/enfant, elle peut s'approfondir dans certains cas et procurer un soutien salubre ou, au contraire, se détériorer en raison de maints conflits ou d'un renversement des rôles. En accord avec les études précitées (Cerel et al., 2006 ; Silverman et al., 2003), nous sommes d'avis que la santé mentale du parent vivant, sa disponibilité, sa chaleur humaine et la discipline dont il fait preuve présagent l'apport d'un précieux soutien à leur adolescent.

Concernant le soutien formel, tous les adolescents de notre étude ont rencontré un intervenant social et, dans la presque totalité des cas, à la suite d'une demande de la mère comme il en est d'ailleurs pour la participation au programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)*. L'étendue limitée de nos informations ne nous permet pas de savoir cependant si cette demande parentale reposait sur un désir préalablement exprimé par l'adolescent. Toutefois, l'étude de Houle et al. (2013) conclut que les adolescents qui se confient à leur mère lors d'événements qui les préoccupent sont plus susceptibles de recourir

à un soutien formel que ceux qui ne le font pas. Ce qui porte à croire que la demande d'une aide professionnelle aurait d'abord fait l'objet d'une discussion entre l'adolescent et sa mère, et que celle-ci avait tout au moins l'accord de celui-là. De son côté, Dyregrov (2009b) rapporte que la majorité des adolescents endeuillés par suicide expriment le besoin de recourir à une forme de soutien formel.

L'endroit et le format du soutien formel reçu semblent jouer sur l'appréciation qu'en font les adolescents. Tout comme cela a été soulevé ailleurs (Dyregrov, 2009a), les adolescents préfèrent les services individuels d'un intervenant scolaire comparativement à ceux d'un intervenant d'ailleurs. Que l'environnement scolaire soit familier et d'autant plus sécurisant, et que l'intervenant soit plus à même de favoriser l'intégration scolaire sont autant de facteurs qui peuvent expliquer ce résultat.

Concernant l'appréciation du soutien formel offert en groupe, objet principal de notre étude, la majorité des adolescents considèrent, même sans l'avoir terminé, que le programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* a répondu à leurs besoins et à leurs attentes. Ce niveau de satisfaction élevé ressort de toutes les évaluations des programmes d'intervention de groupe pour personnes endeuillées par suicide répertoriés (Braiden et al., 2009 ; Brown et al., 2007 ; Daigle & Labelle, 2006 ; Farberow, 1992, 1994 ; Murphy et al., 1996, 1998 ; Pfeffer et al., 2002). À l'instar de Jordan (2011), l'intervention de groupe auprès des personnes endeuillées par suicide, et plus spécifiquement encore auprès des adolescents, nous semble la modalité thérapeutique la mieux adaptée aux besoins de cette clientèle. Marqués par la honte et la solitude en raison de l'incompréhension et de l'immaturité de leur réseau, les adolescents sont déjà réconfortés du simple fait qu'ils se retrouvent entre pairs marqués par le même drame.

4.4 Implications pour la pratique

En tant que recherche évaluative, notre étude s'inscrit d'emblée dans une perspective d'amélioration des interventions auprès des adolescents endeuillés par suicide. Les promoteurs du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* ont sollicité cette évaluation dans le but d'y apporter des corrections si nécessaire ou,

tout au moins, de le peaufiner pour servir au mieux la clientèle ciblée. À partir de nos analyses, nous émettons donc une série de recommandations (Tableau 4.1) qui permettront à l'auteur du programme et à ses promoteurs d'examiner d'éventuelles modifications susceptibles de maximiser ses impacts auprès des adolescents endeuillés par suicide et de perfectionner la formation des intervenants impliqués.

Tel que mentionné, à l'exception des recommandations #23 et #24, chacune des recommandations est soulevée dans le texte en indiquant entre parenthèses le numéro de recommandation auquel elle fait référence. Pour les recommandations #23 et #24 concernant l'évaluation du programme, nous avons jugé pertinent de les ajouter par souci d'encourager la bonne pratique qu'est l'évaluation continue des programmes.

Tableau 4.1 Liste des recommandations relatives au programme

THÈME	RECOMMANDATIONS
Présentation du Guide d'animation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Réviser de manière générale la rédaction du Guide d'animation : <ol style="list-style-type: none"> a. compléter et uniformiser la Table des matières ; b. réaménager les sections et les sous-sections selon un ordre hiérarchisé. 2. Présenter la répartition des rencontres en fonction des quatre phases principales du processus d'intervention de groupe : la phase de la planification, la phase du début, la phase de travail et la phase de conclusion. 3. Identifier les outils d'intervention associés à chaque rencontre à la suite de la présentation de celle-ci.
Contenu du Guide d'animation	<ol style="list-style-type: none"> 4. Mettre à jour les fondements théoriques du programme en fonction des théories contemporaines du deuil. 5. Limiter les justifications des diverses alternatives d'intervention au profit de celles de la méthodologie d'intervention (individuelle ou de groupe), du type d'intervention de groupe (thérapie ou soutien) et des approches cliniques choisis. 6. Décrire chacune des rencontres en incluant l'objectif poursuivi et en précisant les consignes d'animation et d'intervention en fonction des phases principales du processus de groupe. 7. Ajouter un indicateur temporel pour chacun des exercices proposés. 8. Expliciter les méthodes et les techniques de recrutement afin de diffuser plus largement l'existence du programme. 9. Identifier les éléments incontournables du programme et déterminer ceux laissés à l'initiative des intervenants.
But et objectifs du programme	<p>S'inspirer de la théorie du programme développée dans le cadre de la démarche évaluative pour :</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Reformuler le but du programme en fonction du résultat visé. 11. Reformuler les objectifs dans une perspective opérationnelle: <ol style="list-style-type: none"> a. utiliser des verbes d'action marquant un changement ; b. respecter les critères de la méthode S.M.A.R.T.E.R., c. établir une hiérarchie d'objectifs généraux associés à des objectifs spécifiques.

Suite Tableau 4.1

Phase de planification	<p>12. Préciser les critères d'inclusion au programme :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. considérer l'intervalle de temps depuis le suicide ; b. considérer le type de lien avec la personne suicidée. <p>13. En ce qui concerne l'entrevue d'évaluation des besoins :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. choisir des questionnaires d'admission adaptés (pas nécessairement des mesures de symptômes cliniques) ; b. prescrire un contact téléphonique verbal avec l'adolescent pour l'y inviter ; c. échelonner l'entrevue sur deux rencontres ; d. favoriser qu'une de ces rencontres se tienne au domicile de l'adolescent. <p>14. Proposer de brefs contacts téléphoniques avec les adolescents entre l'entrevue d'évaluation des besoins et le début des rencontres de groupe.</p> <p>15. Prescrire, justifier et décrire la rencontre d'information avec les parents.</p> <p>16. Prévoir une formation structurée et sur mesure pour les intervenants.</p>
Rôle de l'intervenant / processus de groupe	<p>17. Favoriser le rôle de promoteur d'aide mutuelle.</p> <p>18. Préconiser des habiletés d'intervention axées sur le groupe.</p> <p>19. Répartir équitablement l'attribution des rôles et des statuts des coanimateurs.</p>
Exercices	<p>20. Multiplier les exercices qui stimulent les interactions dans le groupe.</p> <p>21. Limiter les exercices individuels (lecture, questionnaire...).</p> <p>22. Introduire au moins un moment durant le programme dédié à la participation conjointe des adolescents et de leurs parents.</p>
Évaluation du programme	<p>23. Prévoir un processus d'évaluation systématique de l'atteinte des objectifs du programme.</p> <p>24. Concernant les instruments d'évaluation :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. les choisir conjointement aux questionnaires d'admission ; b. s'assurer qu'ils couvrent tous les effets attendus du programme ; c. les adapter aux adolescents ; d. assurer la présence d'un intervenant lors de la passation.

Il convient de souligner la contribution de notre étude à l'enrichissement des connaissances concernant l'intervention de groupe. À la lumière de nos observations et des informations issues des entrevues avec les intervenants, nous appuyons les résultats de recherches qui démontrent un lien entre le rôle de l'intervenant et le processus de groupe (Kivlighan Jr & Tarrant, 2001; Yalom & Leszcz, 2005). D'après nos observations, le rôle de promoteur d'aide mutuelle crée un environnement sécurisant qui favorise des interactions à la fois plus fréquentes et plus significatives dans le groupe. Par le fait même, un partage des tâches, des rôles et des responsabilités entre les coanimateurs facilite l'aspect participatif de même que le développement d'une relation plus soutenue entre les adolescents et chacun des intervenants. Il demeure qu'il existe encore peu de données probantes quant à l'influence du rôle de l'intervenant dans les groupes d'intervention et sur la qualité du processus de groupe. De plus amples recherches pourraient corroborer nos observations.

4.5 Implications pour la recherche évaluative et le développement des connaissances

Diverses implications pour la recherche évaluative et le développement des connaissances se dégagent de cette étude. Nous décrivons ces implications comme des forces de notre étude. Tout d'abord, d'un point de vue méthodologique, notre étude offre un exemple révélateur sur les manières de procéder à l'évaluation des programmes. Il est effectivement reconnu comme une bonne pratique de trouver une évaluation de programme regroupant les deux niveaux d'évaluation en un seul devis, soit l'implantation et les effets. Le regroupement de ces niveaux d'évaluation a comme principal avantage de limiter les erreurs interprétatives à propos des effets du programme puisqu'il permet de les appuyer sur le contexte d'implantation comme source d'explication.

Cette étude se démarque également du fait qu'elle recourt à une approche méthodologique mixte dont l'usage reste encore marginal dans le domaine de l'évaluation de programme; notamment quand il s'agit d'en évaluer les effets. La combinaison simultanée des méthodes quantitatives et qualitatives de même que la triangulation des diverses sources d'information ont permis d'approfondir l'analyse des résultats et d'émettre des jugements nuancés à propos des effets du programme sur les adolescents endeuillés par suicide. Qui plus est, l'utilisation de cette méthode participe à la validation indirecte de la théorie du programme déjà validée

cliniquement en amont par l'auteure et les promoteurs du programme. Ce sont les informations qualitatives recueillies par les entrevues et l'analyse des journaux de bord et des dossiers cliniques qui nous ont permis de couvrir l'ensemble des éléments relatifs aux sept effets attendus du programme que les instruments de mesure quantitatifs ne nous permettaient pas de recueillir. En considérant ces avantages, il apparaît pour le moins profitable d'encourager l'usage de devis regroupés à méthodologie mixte même s'ils exigent des chercheurs de bien maîtriser chacune des méthodes et de disposer de ressources temporelles, humaines et financières plus importantes. Il en découlerait entre autres un enrichissement du savoir sur la phénoménologie du deuil par suicide (Cerel et al.,2008).

De notre étude ressort également un nouvel éclairage sur le modèle théorique du deuil chez les adolescents développé par Hogan et DeSantis (1996a, 1996b) dans le contexte d'un décès par suicide. Si notre méthodologie ne permet pas de confirmer la validité de ce modèle, des informations inédites recueillies dans le cadre de notre étude enrichissent son contenu et contribuent à étoffer le bagage scientifique encore fragmentaire des théories contemporaines du deuil. Plus spécifiquement, nous constatons que la persistance de l'attachement à la personne défunte permet aux adolescents endeuillés par suicide de mieux profiter du processus d'adaptation à la perte et de progresser dans la reconstruction d'un sens à leur vie. Notre apport principal à cet égard concerne l'effet légèrement différencié des caractéristiques du lien de parenté avec la personne décédée sur les réactions de deuil ou l'adaptation à la perte. D'après nos données, la nature et l'intensité des réactions de deuil ne sont pas influencées par la même caractéristique du lien de parenté selon qu'il s'agit de la perte d'un père ou d'un frère/cousin. Plus précisément, dans le premier cas, c'est la qualité de la relation au père qui joue sur le processus d'adaptation à la perte, alors que dans le deuxième cas, c'est plutôt la proximité du frère ou du cousin. À notre connaissance, aucune recherche n'a jusqu'à ce jour exploré l'influence des caractéristiques du lien dans le processus d'adaptation à la perte de cette façon. Nos observations représentent donc une contribution et un premier pas en ce sens. De futures recherches sur le deuil par suicide chez les adolescents mériteraient d'explorer ces variables relationnelles dans le but de parfaire le modèle théorique.

4.6 Limites de la recherche

Plusieurs facteurs limitent la portée des conclusions de cette recherche. D'abord, la petite taille de l'échantillon réduit les chances d'observer des différences significatives entre les différents groupes et sous-groupes ainsi qu'entre les deux temps de mesure. En effet, bien que cet échantillon de convenance comprenne tous les adolescents endeuillés par suicide participant au programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* entre l'automne 2008 et le printemps 2009, il ne comprend que 13 sujets. Des contraintes de temps et l'impossibilité de prévoir la reconduction du programme l'année suivante n'ont pas permis de planifier un devis de recherche échelonné sur deux ans afin d'augmenter le nombre de participants.

Cette limite prend une ampleur accrue du fait qu'au deuxième temps de mesure, la majorité des participants n'a pas répondu à l'inventaire de questionnaires post-groupe⁴¹, ce qui empêche l'analyse statistique de certaines mesures propres à vérifier les changements opérés chez les adolescents entre le moment précédant l'exposition au programme et la fin de l'expérience. Malgré cela, notons que les différences significatives que nous avons été en mesure d'observer entre les groupes et les temps de mesure demeurent valides et généralisables puisqu'elles sont issues de comparaison d'échantillons normalisés.

La perte de sujets s'explique entre autres par la différence contextuelle entre les deux passations de l'inventaire de questionnaires. Au premier temps de mesure, on demandait à l'adolescent de répondre aux questionnaires sur place en présence d'un intervenant ou en notre présence, tandis qu'au deuxième temps de mesure, l'adolescent devait répondre lui-même à la maison. L'utilisation d'un questionnaire en ligne prétendument dynamique et plus convivial n'a malheureusement pas démontré son efficacité au plan de la motivation des participants. La meilleure stratégie demeure donc la passation sur place en présence d'un

⁴¹ Notons toutefois que la majorité des adolescents a participé à l'entrevue post-groupe, et cela, même s'ils n'avaient pas tous complété le programme.

intervenant ou d'un autre adulte formé qui pourrait par ailleurs expliquer certains énoncés plus complexes dont ceux du *Grief experience questionnaire* (GEQ)⁴².

Nous avons aussi déjà soulevé la limite quant aux instruments de mesure quantitatifs utilisés. Bien qu'elles traitent de facteurs sous-jacents, les mesures ne correspondaient pas directement et ne couvraient pas l'ensemble des effets attendus de la théorie du programme. Rappelons que nous avons pris la décision éclairée de n'ajouter que quelques autres instruments de mesure standardisés aux instruments déjà prescrits par le Guide d'animation pour ne pas surcharger les adolescents. Cette limite a tout de même pu être amoindrie par l'utilisation d'une méthodologie mixte.

L'absence d'un groupe témoin représente également une limite considérable. Sans cette contribution, nous ne pouvons affirmer avec autant de confiance que les changements observés chez les adolescents après leur participation au programme sont redevables à l'intervention de groupe. Le simple passage du temps conjugué au processus de maturation des adolescents peut jouer dans ces changements, d'autant plus que notre échantillon compte trois adolescents endeuillés depuis plus de deux ans. Nous devons considérer l'influence de ces facteurs comme susceptibles de biaiser nos interprétations, ce que les informations qualitatives recueillies nous ont entre autres permis de faire. Toutefois, tel que souligné à la note 12 (p.69-70) du présent texte, la création d'un groupe témoin dans le cas de notre étude aurait soulevé des questions éthiques non négligeables qui, ajoutées à nos limites financières et temporelles, ont motivé notre choix de nous en tenir aux groupes expérimentaux.

Une lacune notable de la recherche relativement à l'évaluation d'implantation porte sur l'absence de considération, dans les outils de collecte de données, de la dimension groupale, dont les facteurs thérapeutiques et les habiletés en intervention de groupe. Une omission de même nature dans le cadre de l'évaluation des effets concerne la trop faible attention portée aux effets iatrogènes potentiels du programme chez les adolescents endeuillés.

⁴² Le GEQ fait partie des outils d'évaluation clinique prescrits par le Guide d'animation.

Aussi, les résultats à propos des facteurs qui influencent le processus d'adaptation à la perte sont à prendre avec nuance du fait que les grilles d'entrevue utilisées comportent des questions de type fermé susceptible de suggérer un certain type de réponse. Par exemple, dans la grille d'entrevue post-groupe auprès des adolescents, la question suivante : « As-tu peur qu'une chose aussi tragique pourrait arriver encore ? » suggère que ce pourrait être le cas. L'utilisation de questions ouvertes aurait pu mettre à jour des manifestations du processus d'adaptation à la perte auquel nous n'avions pas pensé alors que nos questions fermées ont pu diriger le sens des réponses. Aussi, lors de l'analyse qualitative, procéder à un accord interjuge aurait pu augmenter la validité de nos catégorisations conceptuelles.

Une dernière limite concerne la documentation des écarts entre l'implantation du programme dans le groupe A et le groupe B. Devant le refus d'observer ou de filmer les rencontres du groupe B, nous n'avons pu comparer *de visu* les deux processus de groupe ni la conformité entre les prescriptions du Guide d'animation et le déroulement du programme sur le terrain. L'ajout d'une entrevue de mi-parcours avec les intervenantes du groupe B permet de pallier en partie cet obstacle.

CONCLUSION

Cette étude visait deux buts distincts mais complémentaires concernant l'offre de service aux adolescents endeuillés par suicide. D'abord, évaluer l'implantation et les effets de l'unique programme francophone d'intervention de groupe destinée exclusivement aux adolescents endeuillés par suicide intitulé *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)*. Il s'agissait plus spécifiquement de vérifier si le contexte de mise en place des activités proposées par le programme produit les effets attendus chez la clientèle. Ensuite, vu l'absence de validation empirique des modèles théoriques existants, l'étude devait mieux documenter les facteurs qui influencent les processus d'adaptation à la perte chez les adolescents endeuillés par suicide. Il s'agissait donc de rendre compte de l'implication de l'adolescent dans l'historique familial du suicide, de décrire les composantes du processus d'adaptation à la perte et de préciser la qualité du soutien qui leur est offert.

Puisque les objectifs de cette thèse répondent en majeure partie à la demande des promoteurs du programme étudié, nous avons privilégié une évaluation globale (implantation et effets) selon l'approche dite participative pratique. Également, dans le but d'obtenir un tableau plus complet et une connaissance plus approfondie du programme en cause, et pour pallier le faible nombre de sujets participants, nous avons eu recours à une approche méthodologique mixte. Nous avons donc suivi le parcours de 13 adolescents endeuillés par suicide, répartis sur deux groupes, de neuf de leurs parents, de deux dyades d'intervenants animateurs et de deux informateurs clés impliqués dans le programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)*. L'investigation effectuée auprès de plusieurs acteurs permet de trianguler les informations et en accroître ainsi la validité.

Les résultats montrent que le programme rencontre plusieurs de ses objectifs dont certains de manière plus mitigée. Si ce programme contribue incontestablement à sortir les adolescents endeuillés par suicide de l'isolement, il ne parvient pas dans tous les cas à réduire certaines réactions inhérentes au deuil telles que la tristesse et le sentiment de culpabilité. En résumé, les changements observés chez les adolescents à la suite de leur participation au dit

programme sont encourageants et suffisamment importants pour suggérer la poursuite de son application ne serait-ce qu'en vertu de ses effets favorables qu'elle qu'en soit l'intensité de ces effets.

D'après nos observations de la mise en oeuvre du programme, le programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* pourrait être plus efficace s'il était modifié en fonction de nos recommandations. Principalement, pour accroître les chances d'une implantation plus uniforme, nous suggérons de réviser la présentation et une partie du contenu du Guide d'animation. La reformulation du but et des objectifs du programme dans une perspective opérationnelle permettrait de mieux évaluer les changements opérés chez la clientèle. Nous croyons que la rétention des adolescents dans le programme pourrait être mieux garantie par une phase de planification plus soutenue, des exercices qui favorisent les interactions dans le groupe et par une position de l'intervenant axée sur l'aide mutuelle.

D'un point de vue théorique, cette thèse aura permis de contribuer à l'avancement des théories contemporaines du deuil ne serait-ce que du fait qu'elle souligne aussi les gains associés à l'éprouvante expérience de deuil vécue par les adolescents. Une contribution se dégage de nos résultats selon lesquels un attachement persistant à la personne décédée et la reconstruction d'un sens à la vie influencent positivement l'adaptation à la perte ou, dit autrement, le processus de deuil. Les résultats de cette thèse se démarquent notamment en ce qu'ils suggèrent que les caractéristiques du lien avec la personne décédée influencent la nature du processus d'adaptation à la perte. Cet apport mériterait d'être documenté davantage à l'occasion d'autres recherches dans le but de mesurer la pertinence de l'intégrer aux modèles théoriques actuels.

En définitive, notre travail d'évaluation du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* conforte la recommandation de nombreux chercheurs et cliniciens d'encourager la modalité thérapeutique de groupe auprès de la clientèle endeuillée par suicide. Et bien qu'il faille mener encore de nombreuses recherches pour démontrer la singularité du deuil par suicide, l'importance de réserver exclusivement ces groupes aux adolescents endeuillés par suicide ne fait aucun doute dans notre esprit.

ANNEXE A

OUTILS D'EVALUATION ET INSTRUMENTS DE MESURE

A.1 Rapport d'évaluation des besoins

Informations nominatives, personne endeuillée

Nom de famille et prénom : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____ Téléphone : _____

École fréquentée et niveau scolaire : _____

Nom du parent : _____

Lien avec la personne suicidée : _____

Courriel: _____

Information, personne suicidée

Nom : _____ Âge : _____

Lieu de résidence: _____

Date du suicide : _____ Endroit du suicide : _____

Moyen utilisé : _____

Antécédents suicidaires : _____ Date de la dernière tentative : _____

Facteurs de risque présents avant le décès (problèmes psychiatriques, consommation d'alcool, drogues ou médicaments) : _____

Note, lettre ou courriel (teneur du contenu) : _____

Autres informations pertinentes : _____

Les conséquences immédiates du suicide

- L'annonce du suicide (par qui, quand) : _____
- Réactions au moment de l'annonce du suicide (psychosomatiques, cognitives, émotionnelles, comportementales) : _____

- Autres personnes touchées : _____

- Présence de l'État de Stress aigu (2 jrs à – 4 semaines) ou post-traumatique (+ 4 semaines)
 - Témoin de l'événement traumatique et avoir une réponse de peur intense, un sentiment d'être sans espoir ou d'horreur.
 - Durant ou après le trauma (sentiment de torpeur, détachement, ou absence d'émotion; réduction de la conscience - être dans le brouillard; impression de déréalisation; de dépersonnalisation; amnésie dissociative).
 - Revivre de manière persistante l'événement traumatique provoquant ainsi de la détresse (par des souvenirs répétitifs et envahissants; rêves répétitifs; impression de revivre le trauma en rêve ou éveillé ou flash-back et que le trauma va se reproduire; sentiment intense de détresse psychique et/ou physiologique lors d'une exposition à des indices ressemblant au trauma).
 - Évitement persistant des stimuli associés au trauma et émoussement de la réactivité (efforts pour éviter les sentiments, les pensées, les conversations; et les gens, les endroits; incapacité de se remémorer un aspect important; réduction nette de l'intérêt et/ou de la participation à des activités importantes; sentiment de détachement d'autrui; affect à plat; sentiment d'avenir bouché).
 - Symptômes anxieux persistants et activité neurovégétative (sommeil; irritabilité - accès de colère; concentration; hypervigilance; sursauts; agitation motrice).

Arrangements : funérailles, incinération (date et endroit) : _____

Participation

- Au salon funéraire ? Oui Non
- Aux funérailles ? Oui Non
- Au cimetière ? Oui Non
- À la réception ? Oui Non

Autres informations pertinentes : _____

La relation avec la personne décédée

- État de la relation récemment : _____
- Degré d'attachement : _____
- Lien de dépendance : _____
- Durée et intensité de la relation : _____
- Degré d'ambivalence face à la personne : _____
- Nature de la relation (procure un sens à la perte, à l'absence) : _____

Conséquences actuelles du suicide

Réactions de deuil par suicide

Protestation

- Choc : _____
- Négation de la mort ou de la façon dont la personne est décédée : _____
- Engourdissement et détachement émotif : _____
- Pleurs : _____
- Recherche d'un responsable : _____
- Autres : _____

Désorganisation

- Recherche d'un sens : _____
- Culpabilité : _____
- Honte : _____
- Colère et agressivité : _____
- Anxiété : _____
- Baisse d'estime de soi : _____
- Tristesse et ennui : _____
- Impuissance : _____
- Repliement sur soi et sentiment d'abandon : _____
- Autres : _____

- Réactions comportementales (au niveau du quotidien, appétit, sommeil, etc.)

- Réactions psychosomatiques ou physiologiques (fatigue, maux de cœur, de tête, de dos, perte ou gain de poids)

- Autres réactions émotives

- Idéations suicidaires

Urgence : _____

COQ : _____

Contrat de non-suicide ou de demande d'aide durant l'entrevue : _____

Vie quotidienne

Impact du suicide sur la situation familiale et sociale (déménagement, école, travail, routine quotidienne, loisirs, réorganisation (qui fait quoi, quand, qui s'occupe de lui, frères, sœurs), relations amicales et familiales): _____

Facteurs de vulnérabilité chez l'endeuillé

Facteurs prétraumatiques (ex. : fragilités, autres deuils, historique des pertes) : _____

- Antécédents de difficultés psychologiques
 - Diagnostic psychiatrique : _____
 - Depuis quand, suivi : _____
- Autres pertes importantes
 - Par suicide : _____
 - Autres décès : _____
 - Bris de relation : _____
 - Autres types de pertes : _____
- Antécédents suicidaires (avant la perte)
 - Élément déclencheur : _____
 - COQ : _____
 - Aide professionnelle : _____
- Consommation actuelle ou antérieure
 - Alcool : _____
 - Drogues : _____
 - Médicaments : _____
- Santé physique avant la perte: _____

Facteurs contribuant (ex. : autres stressseurs en mêmes temps : stress financier, travail, relations interpersonnelles, difficultés à l'école, rupture, etc.) _____

- Est-ce que l'adolescent...
 - vit la même situation que la personne décédée
 - est émotionnellement instable
 - présente des difficultés de développements qui entravent sa compréhension de la perte
 - présente une réaction de choc longtemps après que les autres enfants aient repris un rythme de vie normal.

Facteurs de protection (ex. : outils, résilience, réussites antérieures dans des épreuves, présence d'un modèle positif, etc.) _____

Soutien actuel

- Quantifier (perception et réalité)
 - Présent : _____ Qui : _____
 - Absent : _____
 - Refus de s'impliquer : _____
- Qualifier (perception et réalité)
 - positif : _____
 - négatif : _____

Ressources

- Personnelles : _____
- Interpersonnelles : _____
- Professionnelles : _____

Les attentes de la personne endeuillée : _____

Capacité à s'intégrer et participer au groupe : _____

Impressions cliniques et recommandations : _____

Service offert (date de début, description) : _____

Signature de l'intervenant : _____

A.2 Beck Depression Inventory (BDI-II)

Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Lis avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisis l'énoncé qui décrit le mieux comment tu t'es senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerle alors le chiffre placé devant l'énoncé que tu as choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, tu en trouves plusieurs qui semblent décrire également bien tes sentiments, choisis celui qui a le chiffre le plus élevé et encerle ce chiffre. Assure-toi bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe no16 (changement aux habitudes de sommeil) et le groupe no18 (changement à l'appétit).

1. Tristesse

- 0 Je ne me sens pas triste
- 1 Je me sens très souvent triste
- 2 Je suis toujours triste
- 3 Je suis si triste ou si malheureux(se) que ce n'est endurable

2. Pessimisme

- 0. Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir
- 1. Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir
- 2. Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi
- 3. Je n'ai aucun espoir dans l'avenir et je sens qu'il ne peut qu'empirer

3. Échecs dans le passé

- 0. Je n'ai pas l'impression d'avoir échoué dans la vie
- 1. J'ai subi plus d'échecs que je n'aurais dus
- 2. Quand je pense à mon passé, je vois un grand nombre d'échecs
- 3. J'ai l'impression d'être un échec complet en tant qu'être humain

4. Perte de plaisir

- 0. Les choses qui me plaisent me procurent autant de satisfaction qu'avant
- 1. Les choses ne me procurent pas autant de satisfaction qu'avant
- 2. Je retire très peu de satisfaction des choses qui avaient l'habitude de me plaire
- 3. Je ne retire aucune satisfaction des choses qui avaient l'habitude de me plaire

5. Sentiments de culpabilité

- 0. Je ne me sens pas particulièrement coupable
- 1. Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire
- 2. Je me sens coupable la plupart du temps
- 3. Je me sens tout le temps coupable

6. Sentiment d'être puni(e)

- 0. Je n'ai pas l'impression d'être puni(e)
- 1. J'ai l'impression que je pourrais être puni(e)
- 2. Je m'attends à être puni(e)
- 3. Je sens que je suis puni(e)

7. Sentiments négatifs envers soi

- 0. Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé
- 1. J'ai perdu confiance en moi
- 2. Je suis déçu(e) de moi-même
- 3. Je ne m'aime pas

8. Attitude critique envers soi

- 0. Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude
- 1. Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais
- 2. Je me reproche tous mes défauts
- 3. Je me sens responsable de tous les malheurs qui arrivent

9. Pensées ou désirs de suicide

- 0. Je ne pense pas du tout à me suicider
- 1. Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas
- 2. J'aimerais me suicider
- 3. Je me suiciderais si l'occasion se présentait

10. Pleurs

- 0. Je ne pleure pas plus qu'avant
- 1. Je pleure plus qu'avant
- 2. Je pleure pour la moindre petite chose
- 3. Je voudrais pleurer, mais je n'en suis pas capable

11. Agitation

- 0. Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude
- 1. Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude
- 2. Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille
- 3. Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement boucher ou m'occuper à quelque chose

12. Perte d'intérêt

- 0. Je n'ai pas perdu intérêt pour les gens et pour diverses activités
- 1. Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses
- 2. Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses
- 3. J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit

13. Indécision

- 0. Je prends des décisions aussi bien qu'avant
- 1. Il m'est plus difficile qu'avant de prendre des décisions
- 2. J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions
- 3. J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision

14. Dévalorisation

- 0. Je ne considère pas que je sois sans valeur
- 1. Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant
- 2. Je sens que je vauds moins que les autres
- 3. J'ai l'impression que je ne vauds absolument rien

15. Perte d'énergie

- 0. J'ai autant d'énergie qu'avant
- 1. J'ai moins d'énergie qu'avant
- 2. Je n'ai pas assez d'énergie pour faire grand-chose
- 3. Je n'ai pas suffisamment d'énergie pour faire quoi que ce soit

16. Changement aux habitudes de sommeil

- 0. Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé
- 1. Je dors un peu plus que d'habitude
- 2. Je dors un peu moins que d'habitude
- 3. Je dors beaucoup plus que d'habitude
- 4. Je dors beaucoup moins que d'habitude
- 5. Je dors presque toute la journée
- 6. Je me réveille une ou deux heures avant le temps et je suis incapable de me rendormir

17. Irritabilité

- 0. Je ne suis pas plus irritable que d'habitude
- 1. Je suis plus irritable que d'habitude
- 2. Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude
- 3. Je suis constamment irritable

18. Changement à l'appétit

- 0. Mon appétit n'a pas changé
- 1a. J'ai un peu moins d'appétit qu'avant
- 1b. J'ai un peu plus d'appétit qu'avant
- 2a. J'ai beaucoup moins d'appétit qu'avant
- 2b. J'ai beaucoup plus d'appétit qu'avant
- 3a. Je n'ai pas d'appétit du tout
- 3b. J'ai constamment envie de manger

19. Difficulté à se concentrer

- 0. Je parviens à me concentrer aussi bien qu'avant
- 1. Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien qu'avant
- 2. J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit
- 3. Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit

20. Fatigue

- 0. Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude
- 1. Je me fatigue plus facilement que d'habitude
- 2. Je suis trop fatigué(e) pour faire beaucoup des choses que je faisais avant
- 3. Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant

21. Perte d'intérêt pour le sexe

- 0. Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe
- 1. Le sexe m'intéresse moins qu'avant
- 2. Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant
- 3. J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

A.3 Beck Hopelessness Scale (BHS)

Indiquez, en utilisant la grille qui figure ci-dessous, à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacune des affirmations qui suivent en encerclant vrai (V) ou faux (F).

		VRAI	FAUX
1	Je regarde le futur avec espoir et enthousiasme	V	F
2	Je suis aussi bien de tout laisser tomber parce que je n'arrive pas à faire en sorte que les choses soient mieux pour moi	V	F
3	Lorsque les choses vont mal, cela m'aide de savoir qu'elles ne resteront pas toujours comme cela	V	F
4	Je ne peux pas m'imaginer à quoi ressemblera ma vie dans 10 ans	V	F
5	J'ai suffisamment de temps pour accomplir les choses qui m'intéressent le plus	V	F
6	Dans l'avenir, je pense réussir dans les entreprises qui m'intéressent le plus	V	F
7	Mon avenir me semble sombre	V	F
8	J'anticipe avoir plus de bonnes choses de la vie que l'ensemble des gens	V	F
9	Je n'ai tout simplement pas de chances, et je ne crois pas que cela changera dans l'avenir	V	F
10	Mes expériences passées m'ont bien préparé pour mon futur	V	F
11	Tout ce que je peux voir pour mon avenir sont des situations déplaisantes plutôt que des situations plaisantes	V	F
12	Je ne m'attends pas à avoir ce que je veux vraiment	V	F
13	Lorsque je regarde devant moi dans l'avenir, je m'attends à être plus heureux(se) que je ne le suis maintenant	V	F
14	Les choses ne fonctionnent tout simplement pas comme je le souhaite	V	F
15	J'ai beaucoup d'espoir en l'avenir	V	F
16	Je n'obtiens jamais ce que je veux, donc c'est sot de vouloir quoi que ce soit	V	F
17	C'est peu probable que je reçoive quelque satisfaction que ce soit dans le futur	V	F
18	Le futur me semble vague et incertain	V	F
19	J'anticipe plus de bons moments que de moments malheureux	V	F
20	C'est inutile d'essayer d'obtenir les choses que je veux parce que je n'obtiendrai probablement rien	V	F

Beck, A.T., & Steer, R.A. (1988). Manual for the Beck Hopelessness Scale. San Antonio, Tx: Psychological Corporation.

A.4 Échelle des provisions sociales (EPS)

Nous vous demandons de répondre le plus honnêtement possible au questionnaire suivant en vous basant sur votre expérience **dans l'année suivant le décès de votre proche**; il s'agit d'évaluer votre niveau d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés. Vous encerclez dans les cases adjacentes le chiffre qui correspond à votre niveau d'accord. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses; lorsque vous y répondez, essayez de penser aux personnes qui vous entouraient **dans l'année suivant le décès de votre proche (ou jusqu'à présent si le décès s'est produit à l'intérieur de 1 an)**.

	Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement en accord
	1	2	3	4
1. Il y a des personnes sur qui je peux compter pour m'aider en cas de réel besoin.	1	2	3	4
2. J'ai l'impression que je n'ai aucune relation intime avec les autres.	1	2	3	4
3. Je n'ai personne à qui m'adresser pour m'orienter en période de stress.	1	2	3	4
4. Il y a des personnes qui nécessitent mon aide.	1	2	3	4
5. Il y a des personnes qui prennent plaisir aux mêmes activités sociales que moi.	1	2	3	4
6. Les autres ne me considèrent pas compétent.	1	2	3	4
7. Je me sens personnellement responsable du bien-être d'une autre personne.	1	2	3	4
8. J'ai l'impression de faire partie d'un groupe de personnes qui partagent mes attitudes et mes croyances.	1	2	3	4
9. Je ne crois pas que les autres aient de la considération pour mes aptitudes et habiletés.	1	2	3	4
10. Si quelque chose allait mal, personne ne viendrait à mon aide.	1	2	3	4
11. J'ai des personnes proches de moi qui me procurent un sentiment de sécurité affective et de bien-être.	1	2	3	4
12. Il y a quelqu'un avec qui je pourrais discuter de décisions importantes qui concernent ma vie.	1	2	3	4
13. J'ai des relations où sont reconnus ma compétence et mon savoir-faire.	1	2	3	4
14. Il n'y a personne qui partage mes intérêts et mes préoccupations.	1	2	3	4
15. Il n'y a personne qui se fie réellement sur moi pour son bien-être.	1	2	3	4
16. Il y a une personne fiable à qui je pourrais faire appel pour me conseiller si j'avais des problèmes.	1	2	3	4
17. Je ressens un lien affectif fort avec au moins une autre personne.	1	2	3	4
18. Il n'y a personne sur qui je peux compter pour de l'aide si je suis réellement dans le besoin.	1	2	3	4
19. Il n'y a personne avec qui je me sens à l'aise pour parler de mes problèmes.	1	2	3	4
20. Il y a des gens qui admirent mes talents et habiletés.	1	2	3	4
21. Il me manque une relation d'intimité avec quelqu'un.	1	2	3	4
22. Personne n'aime faire les mêmes activités que moi.	1	2	3	4
23. Il y a des gens sur qui je peux compter en cas d'urgence.	1	2	3	4
24. Plus personne ne nécessite mes soins ou mon attention désormais.	1	2	3	4

Traduction du *Social Provisions Scale* (Cutrona & Wayne, 1984) par Caron (1996).

A.5 Grief Experience Questionnaire (GEQ)

En complétant les items de ce questionnaire, veuillez s'il vous plait réfléchir en arrière sur vos expériences depuis le décès de votre proche. Vous pouvez trouver que quelques-unes des questions posées ne s'appliquent pas à vous. Pour celles-ci, vous devriez encrer «Jamais». Pour les expériences dont vous vous rappelez, s'il vous plait essayez de déterminer pendant combien de temps elles ont duré. Vous pouvez trouver que quelques-unes étaient brèves, alors que quelques-unes ont duré longtemps avant qu'elles cessent. Pour d'autres items, vous pouvez trouver qu'ils s'appliquent encore à vous. Après avoir considéré si un item s'applique à vous, essayez de juger, du mieux que vous puissiez, à quelle fréquence vous l'avez éprouvé **au cours de la première année suivant le décès de votre proche (ou jusqu'à présent si le décès s'est produit à l'intérieur de 1 an).**

	JAMAIS 1	RAREMENT 2	PARFOIS 3	SOUVENT 4	PRÉSENT TOUJOURS 5
<i>Dans la première année suivant le décès de votre proche, à quelle fréquence avez-vous :</i>					
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					
24.					

	JAMAIS	RAREMENT	PARFOIS	SOUVENT	PRÉQUE TOUJOURS
	1	2	3	4	5
25.	Senti en quelque sorte que vous étiez stigmatisé par le décès?				1 2 3 4 5
26.	Pensé à des moments avant la mort où vous auriez pu rendre la vie de votre proche plus plaisante?				1 2 3 4 5
27.	Souhaité que vous n'aviez pas dit ou fait certaines choses durant votre relation avec votre proche?				1 2 3 4 5
28.	Senti qu'il y avait quelque chose de très important que vous vouliez redonner (ou compenser) à votre proche?				1 2 3 4 5
29.	Senti que peut-être vous ne vous souciez pas assez de votre proche?				1 2 3 4 5
30.	Senti que vous étiez en quelque sorte coupable suite au décès de votre proche?				1 2 3 4 5
31.	Senti que votre proche avait une sorte de plainte contre vous au moment de la mort?				1 2 3 4 5
32.	Senti que, si vous aviez été en quelque sorte une personne différente, votre proche ne serait pas mort?				1 2 3 4 5
33.	Senti que vous aviez rendu votre proche malheureux longtemps avant le décès?				1 2 3 4 5
34.	Senti que vous aviez manqué un signe précoce qui aurait pu vous indiquer que votre proche ne demeurerait pas en vie encore longtemps?				1 2 3 4 5
35.	Senti que les problèmes que vous et votre proche aviez ensemble ont contribué à un décès prématuré?				1 2 3 4 5
36.	Évité de parler du décès de votre proche?				1 2 3 4 5
37.	Senti que vous étiez inconfortable de révéler la cause du décès?				1 2 3 4 5
38.	Senti que vous étiez embarrassé par le décès?				1 2 3 4 5
39.	Senti que vous étiez inconfortable de rencontrer quelqu'un qui vous connaissait, vous et votre proche?				1 2 3 4 5
40.	Omis de mentionner le décès à des personnes que vous avez rencontrées?				1 2 3 4 5
41.	Senti que votre proche a choisi de vous laisser?				1 2 3 4 5
42.	Senti que vous étiez abandonné par votre proche?				1 2 3 4 5
43.	Senti que le décès était en quelque sorte un abandon délibéré?				1 2 3 4 5
44.	Senti que votre proche n'a jamais considéré ce que le décès pouvait vous faire?				1 2 3 4 5
45.	Senti que votre proche vous avait rejeté en mourant?				1 2 3 4 5
46.	Senti que vous ne vous souciez pas suffisamment de prendre un meilleur soin de vous-même?				1 2 3 4 5
47.	Trouvé que vous étiez totalement préoccupé lorsque vous conduisez?				1 2 3 4 5
48.	Étiez inquiet que vous pouviez vous faire du mal?				1 2 3 4 5
49.	Pensé à mettre fin à votre propre vie?				1 2 3 4 5
50.	Intentionnellement essayé de vous faire du mal?				1 2 3 4 5
51.	Songé à la motivation de votre proche à ne pas vivre plus longtemps?				1 2 3 4 5
52.	Senti que votre proche en quelque sorte se vengeait de vous en mourant?				1 2 3 4 5
53.	Senti que vous auriez dû en quelque sorte prévenir le décès?				1 2 3 4 5
54.	Dit à quelqu'un que la cause de la mort était différente de ce qu'elle était réellement?				1 2 3 4 5
55.	Senti que le décès était une perte de vie insensée et gaspillée?				1 2 3 4 5

Traduction et adaptation du Grief Experience Questionnaire (Barrett et Scott, 1989) par Henry, Séguin, et Drouin (2002)

A.6 Grille d'observation des rencontres de groupe

Observateur : _____ Nbr de participants prévus : _____ Présents : _____ Date : _____ Lieu : _____
 Animateurs : _____ Hr début : _____ Hr Fin : _____ Durée (minutes) : _____

Types d'intervention à noter dans la section « Commentaires »

- | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------|-------------------|
| 1. Clarification, Interprétation | 5. Approbation | 8. Reflet, Répétition | 11. Moralisation |
| 2. Explication, Information | 6. Réassurance, Acceptation | 9. Feedback, Projection | 12. Confrontation |
| 3. Suggestion, Conseil | 7. Encouragement, Stimulation | 10. Reformulation | 13. Menace |
| 4. Banalisation, Recadrage | | | |

	Cote	Commentaires
A. Cadre-déroulement		
1. Accueil : « comment ça va ? » Prend le temps de parler de choses et d'autres avec les participants	Oui Non	
2. Activité de syntonisation Prend le « pouls » du groupe, laisse les participants s'exprimer sur l'état émotif dans lequel il se trouve	Oui Non	
3. Retour sur la semaine / retour sur les devoirs Fait un retour sur les aspects théoriques et pratiques de l'atelier précédent	Oui Non	
4. Structurer la rencontre Présente l'objectif visé et les activités d'apprentissage de l'atelier.	Oui Non	
5. Présenter le devoir de la semaine Donne des exercices à faire pour préparer le prochain atelier (selon le cas)	Oui Non	
6. Conclusion de la rencontre Fait le bilan des nouveaux apprentissages et incite les participants à les utiliser dans leur vie quotidienne	Oui Non	

7. Situer la position de chacun Situe le groupe par rapport au cadre dans lequel il se trouve et incite à réfléchir sur le contenu de l'atelier	Oui	Non
--	-----	-----

Légende des cotes pour les sections B et C				
Qualitativement :	0 = inapproprié	1 = peu approprié	2 = approprié	3 = très approprié
Quantitativement :	0 = pas du tout	1 = parfois	2 = la plupart du temps	3 = toujours

	Cote	Commentaires
B. Dimension pédagogique		
Transmettre des connaissances (enseigner)		
1. Transmet la théorie en lien avec le thème proposé	0 1 2 3 0 1 2 3	
2. Suscite la communication participant-intervenant sur le thème proposé	0 1 2 3 0 1 2 3	
3. Suscite la communication entre participants sur le thème proposé	0 1 2 3 0 1 2 3	
4. Utilise des exemples clairs et précis	0 1 2 3 0 1 2 3	
5. Utilise du matériel pédagogique (support visuel, objets, documents)	0 1 2 3 0 1 2 3	
6. S'assure de la compréhension de tous	0 1 2 3 0 1 2 3	
7. Utilise un ton et un langage correct et adapté	0 1 2 3 0 1 2 3	
8. Maintient une certaine discipline (témoin du groupe)	0 1 2 3 0 1 2 3	
9. Ouverture de soi, authenticité	0 1 2 3 0 1 2 3	

10. Modeling	0 1 2 3 0 1 2 3	
11. Présence, empathie, respect, écoute	0 1 2 3 0 1 2 3	
C. Dimension clinique Changer comportements		
1. Recadre les comportements ou discours (observés ou rapportés)	0 1 2 3 0 1 2 3	
2. Incite le participant à partager son vécu	0 1 2 3 0 1 2 3	
3. Faire pratiquer / observer / imiter (jeu de rôle, simulation, improvisation)	0 1 2 3 0 1 2 3	
C. Dimension clinique Réguler émotions		
1. Fait des liens entre le vécu des participants et le contenu	0 1 2 3 0 1 2 3	
2. Fait vivre et exprimer des émotions aux participants	0 1 2 3 0 1 2 3	
C. Dimension clinique Changer cognitions	0 1 2 3 0 1 2 3	
1. Fait identifier et nommer les liens entre les événements, les pensées et les émotions	0 1 2 3 0 1 2 3	
2. Corrige les distorsions cognitives	0 1 2 3 0 1 2 3	
3. Fait pratiquer la résolution adéquate de problèmes	0 1 2 3 0 1 2 3	

D. Contexte

Dynamique des animateurs (nombre d'animateurs, degré de coanimation, cohésion entre les messages de chacun, partage des tâches, temps de parole utilisé...)

Particularité de la rencontre (présence exceptionnelle, participant qui quitte, qui éclate en crise...)

Environnement (participants intéressés, bruyants, agités, indisciplinés...)

Autres

A.7 Journal de bord des intervenants

Veillez remplir votre **journal de bord** suite à chaque rencontre de groupe que vous animez. Remplissez-le avec votre coanimateur le plus tôt possible après la fin de la rencontre.

Date de la rencontre : _____

Nombre d'adolescents présents : _____

Heure de début de la rencontre : _____

Heure de fin de la rencontre : _____

Exercices et activités réalisés	Appréciation générale 1 2 3 4 5	Commentaires
1.		<p>Intérêt des adolescents :</p> <p>Pertinence des outils proposés :</p> <p>Compréhension des adolescents :</p> <p>Difficultés rencontrées :</p> <p>Pistes d'améliorations :</p>

2.	1 2 3 4 5	Intérêt des adolescents :
		Pertinence des outils proposés :
		Compréhension des adolescents :
		Difficultés rencontrées :
		Pistes d'améliorations :
3.	1 2 3 4 5	Intérêt des adolescents :
		Pertinence des outils proposés :
		Compréhension des adolescents :

Difficultés rencontrées :		
Pistes d'améliorations :		
Intérêt des adolescents :	1 2 3 4 5	
Pertinence des outils proposés :		
Compréhension des adolescents :		
Difficultés rencontrées :		
Pistes d'améliorations :		

4.

Dynamique des animateurs (degré de coanimation, cohésion entre les messages de chacun, partage des tâches, temps de parole utilisé...)

Particularité de la rencontre (présence exceptionnelle, participant qui quitte, qui éclate en crise...)

Environnement (degré d'interactions entre les participants, participants intéressés, émotifs, agités, indisciplinés...)

Autres

A.8 Questions maison sur les réactions de deuil et le réseau social

Cochez les réactions de deuil que vous considérez normales lorsqu'on perd un proche par suicide, que vous les ayez déjà ressenties ou non.

	Cochez		Cochez
Baisse de l'estime de soi		Confusion	
Pensées obsessionnelles à propos du défunt		Déni	
Difficulté à être en groupe et/ou à être seul		Peurs irrationnelles (peur du noir, du lieu, d'être seul, de la personne décédée)	
Sentiment d'abandon		Solitude	
Perte d'intérêt pour tout		Désespoir	
Difficulté à respirer		Isolement	
Irritabilité		Impuissance	
Soulagement		Gain ou perte d'appétit	
Insomnie et/ou hypersomnie		Pessimisme	
Identification à la personne décédée		Crampes d'estomac	
Difficulté de concentration		Hypersensibilité à la lumière et/ou au bruit	
Problèmes de mémoire		Idéalisation de la personne décédée	
Fatigue		Idéations suicidaires	
Maux de cœur, vomissements		Impression de vide	
Maux de tête		Hallucinations auditives et/ou visuelles	
Rêves ou absence de rêves		Cauchemars	
Peur pour soi ou pour l'autre		Anxiété	
Honte		Sentiment de culpabilité	
Tristesse		Colère	

Identifiez par un chiffre le nombre de personnes :

Nombre

- * Sur qui vous pouvez toujours compter : _____
- * Qui peut répondre à vos questions : _____
- * Qui vous fait sentir aimé(e) : _____
- * Qui vous aide à mieux vous sentir à propos de vous : _____
- * Qui vous donne des outils pour aller mieux : _____
- * Avec qui vous avez du plaisir : _____
- * Avec qui vous pouvez parler de la personne décédée : _____

A.9 Version abrégée de l'inventaire de résolution des problèmes sociaux

Voici une série d'énoncés décrivant comment certaines personnes pourraient penser, se sentir et se comporter lorsqu'elles font face à des problèmes de la vie quotidienne. Il s'agit de problèmes importants qui pourraient avoir un effet significatif sur votre bien-être ou celui des gens que vous aimez. Par exemple, ces problèmes concernent la santé, une dispute avec un membre de votre famille, ou votre performance au travail ou à l'école. S.V.P. lisez attentivement chaque énoncé et choisissez un des chiffres ci-dessous afin d'indiquer à quel point l'énoncé est vrai pour vous. Tenez compte de votre façon habituelle de penser, de vous sentir et de vous comporter lorsque vous êtes aux prises avec des problèmes de la vie quotidienne ces jours-ci et encerclez votre réponse.

	0	1	2	3	4
	Pas du tout vrai dans mon cas	Un peu vrai dans mon cas	Modérément vrai dans mon cas	Très vrai dans mon cas	Extrêmement vrai dans mon cas
1	Lorsque je prends des décisions, habituellement, je n'évalue et ne compare pas assez soigneusement les différentes alternatives.				0 1 2 3 4
2	Lorsque j'ai un problème, je doute souvent qu'il existe une solution à celui-ci.				0 1 2 3 4
3	Lorsque j'essaie de trouver une solution à un problème, je pense souvent à plusieurs solutions possibles pour ensuite essayer de combiner certaines d'entre elles afin de trouver une meilleure solution.				0 1 2 3 4
4	Lorsque mes premiers efforts pour résoudre un problème échouent, je pense habituellement que si je persiste et ne lâche pas trop facilement, je serai éventuellement capable de trouver une bonne solution.				0 1 2 3 4
5	Lorsque j'ai un problème, je crois habituellement qu'il existe une solution à celui-ci.				0 1 2 3 4
6	Lorsque je suis en face d'un problème très complexe, j'essaie souvent de le décomposer en de plus petits problèmes que je peux résoudre un à la fois.				0 1 2 3 4
7	Lorsque je suis en face d'un problème difficile, je doute souvent que je serai capable de le résoudre par moi-même, peu importe à quel point j'essaie.				0 1 2 3 4
8	Avant d'essayer de résoudre un problème, j'essaie souvent d'établir si ce problème est le résultat d'un autre problème plus important qui devrait d'abord être résolu.				0 1 2 3 4
9	Lorsqu'un problème survient dans ma vie, habituellement, je retarde aussi longtemps que possible mes efforts pour le résoudre.				0 1 2 3 4
10	Je fais habituellement un effort particulier pour éviter d'avoir à composer avec mes problèmes.				0 1 2 3 4
11	Les problèmes difficiles me contrarient beaucoup.				0 1 2 3 4
12	Lorsque je tente de décider quelle est la meilleure solution à un problème, j'essaie de prédire le résultat général de chaque plan d'action possible.				0 1 2 3 4

13	Lorsque j'essaie de trouver une solution à un problème, je pense souvent à plusieurs solutions possibles et plus tard je les reconsidère pour voir comment certaines d'entre elles peuvent être modifiées afin de trouver une meilleure solution.	0	1	2	3	4
14	Je préfère habituellement éviter les problèmes au lieu de les confronter et d'être obligée(e) de composer avec eux.	0	1	2	3	4
15	Après avoir appliqué une solution à un problème, j'essaie habituellement d'analyser ce qui a bien été et ce qui a mal été.	0	1	2	3	4
16	Lorsque je tente de trouver une solution à un problème, j'essaie habituellement de penser à autant de façons différentes que possible d'aborder ce problème.	0	1	2	3	4
17	Après avoir appliqué une solution à un problème, j'examine habituellement mes sentiments et j'évalue à quel point ils ont changé au mieux.	0	1	2	3	4
18	Avant d'essayer de résoudre un problème, j'essaie souvent d'établir si ce problème fait partie d'un problème plus gros et plus important avec lequel je devrais composer.	0	1	2	3	4
19	Souvent, je retarde la démarche de résolution des problèmes jusqu'à ce qu'il soit trop tard pour y faire quoique ce soit.	0	1	2	3	4
20	Je pense que je passe plus de temps à éviter mes problèmes qu'à les résoudre.	0	1	2	3	4
21	Lorsque je tente de résoudre un problème, je deviens souvent si contrarié(e) que je ne peux pas penser clairement.	0	1	2	3	4
22	Lorsque je tente de décider quelle est la meilleure solution à un problème, je ne prends pas habituellement le temps de considérer le pour et le contre de chaque solution.	0	1	2	3	4
23	Lorsque le résultat de ma solution à un problème n'est pas satisfaisant, j'essaie habituellement d'établir ce qui a fait défaut pour ensuite essayer à nouveau de le résoudre.	0	1	2	3	4
24	Lorsque je travaille sur un problème difficile, je deviens souvent si contrarié(e) que je me sens confus(e) et désorienté(e).	0	1	2	3	4
25	Après avoir appliqué une solution à un problème, j'essaie habituellement d'évaluer aussi soigneusement que possible à quel point la situation s'est améliorée.	0	1	2	3	4
26	Lorsque je tente de résoudre un problème, je pense habituellement à autant de solutions que possible jusqu'à ce que je ne puisse plus générer d'autres idées.	0	1	2	3	4
27	Lorsque je tente de décider quelle est la meilleure solution à un problème, j'essaie habituellement d'évaluer les conséquences de chaque solution afin de les comparer les unes aux autres.	0	1	2	3	4
28	Je deviens souvent déprimé(e) et figé(e) lorsque j'ai un problème important à résoudre.	0	1	2	3	4
29	Lorsque j'ai un problème à résoudre, une des choses que je fais est d'examiner quelles circonstances externes dans mon environnement contribuent possiblement au problème.	0	1	2	3	4

30	Lorsque mes premiers efforts pour résoudre un problème échouent, je pense habituellement que je devrais abandonner et aller chercher de l'aide.	0	1	2	3	4
31	Lorsque je tente de trouver une solution à un problème, j'essaie d'aborder le problème sous autant d'angles que possible.	0	1	2	3	4
32	Lorsque j'ai de la difficulté à comprendre un problème, j'essaie habituellement d'obtenir de l'information spécifique et concrète à son sujet afin de m'aider à le clarifier.	0	1	2	3	4
33	Lorsque mes premiers efforts pour résoudre un problème échouent, j'ai tendance à devenir découragé(e) et déprimé(e).	0	1	2	3	4
34	Lorsque la solution que j'ai appliquée ne résout pas mon problème de façon satisfaisante, je ne prends habituellement pas le temps d'examiner soigneusement pourquoi elle n'a pas fonctionné.	0	1	2	3	4
35	Je pense que je suis trop impulsif(ve) lorsque vient le temps de prendre des décisions.	0	1	2	3	4

Dugas, M.J., Ladouceur, R., & Freeston, M.H. (1996). Version abrégée de l'inventaire de résolution de problèmes sociaux. *Thérapie comportementale et cognitive*, 6, 59-62.

A.10 Coping inventory for stressful situations - Adolescent (CISS-A)

Les énoncés suivants représentent des types de réactions à différentes situations difficiles, tendues ou contrariantes. Veuillez **encercler** le chiffre qui correspond à votre degré d'implication pour chacune des réactions proposées lorsque vous vivez une situation difficile, tendue ou contrariante.

	Pas du tout					Beaucoup				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je répartis plus efficacement mon horaire.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je me concentre sur le problème et vois de quelle façon je peux le résoudre.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je pense aux bons moments que j'ai passés.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je cherche la compagnie d'autres personnes.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je me reproche d'avoir perdu mon temps.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je fais ce qui me semble le mieux.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je suis préoccupé(e) par ma douleur.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je me reproche de m'être mis(e) dans cette situation.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je fais du lèche-vitrines.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je détermine mes priorités.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
J'essaie de dormir.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je m'offre un casse-croûte ou mon plat préféré.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je m'inquiète de ne pas pouvoir m'en tirer.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je deviens très tendu(e).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je réfléchis à la façon dont j'ai résolu des problèmes semblables.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je me dis que ça ne m'arrive pas vraiment.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je me reproche de réagir trop fortement.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je sors manger quelque part.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je me sens très contrarié(e).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je me paie quelque chose.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
J'établis une ligne de conduite et je la suis.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je me reproche de ne pas savoir quoi faire.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je vais à une fête.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je travaille à comprendre la situation.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je bloque et je ne sais pas quoi faire.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je pose immédiatement des actions rectificatives.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je pense à l'événement et en tire profit.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je souhaiterais pouvoir changer ce qui est arrivé ou comment je me sens.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je rends visite à un(e) ami(e).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je me soucie de ce que je vais faire.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je passe du temps avec une personne spéciale.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je fais une promenade.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je me dis que ça ne se reproduira plus jamais.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je me concentre sur l'insuffisance de mes ressources.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

	Pas du tout					Beaucoup				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je parle à quelqu'un dont j'estime les conseils.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
J'analyse le problème avant de réagir.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je téléphone à un(e) ami(e).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je me fâche.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
J'ajuste mes priorités.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je vais au cinéma.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je maîtrise la situation.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je fais un effort supplémentaire pour que tout soit fait.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je songe à différentes solutions pour résoudre le problème.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je prends des vacances et m'échappe de la situation.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je m'en prends à d'autres personnes.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je profite de la situation pour faire mes preuves.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
J'essaie d'être organisé(e) afin de me trouver au-dessus de la situation.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Je regarde la télévision.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Endler, N.S., & Parker, J.D.A.(1999). CISS Coping Inventory for Stressful Situations. Manual second edition, Multi-Health Systems Inc. Traduit et adapté par Yvan Lussier, Ph.D., 1991, grâce à une permission spéciale de l'éditeur.

A.11 Grille d'entrevue pré-groupe avec les adolescents

Thèmes	Croyances	Espérance d'un changement	Valeur accordée à la vie	Émotions positives et négatives
Questions	<p>Fais-tu confiance à la vie?</p> <p>As-tu l'impression que le monde est juste et équitable? (qu'on a ce qu'on mérite dans la vie?)</p> <p>As-tu l'impression d'avoir un contrôle sur les choses qui arrivent dans ta vie? Que tu as le pouvoir de changer le courant des choses?</p> <p>Pensais-tu un jour que le suicide de ton proche pouvait t'arriver? Pensais-tu que quelque chose d'aussi tragique pouvait t'arriver encore? Comme quoi?</p> <p>Penses-tu qu'il y a un sens à ce qui t'arrive? (au suicide de ton proche)</p>	<p>As-tu espoir de te sentir mieux un jour? À quel niveau? (tristesse, colère, estime de soi...)?</p> <p>Est-ce que tu crois que ta participation au groupe amènera des changements positifs? Lesquels espères-tu?</p> <p>Sur une échelle de 1 à 10, où 1 équivaut à se sentir très mal et 10 signifie se sentir très bien, à combien te situes-tu nous aujourd'hui?</p> <p>À combien espères-tu te rendre à la suite de tes rencontres de groupe?</p>	<p>Est-ce que la vie est quelque chose de précieux pour toi? Pourquoi?</p> <p>Qu'est-ce qui te garde en vie? Penses-tu vivre vieux ou vieille? Pourquoi?</p>	<p>Est-ce que tu as hâte de commencer les rencontres de groupe?</p> <p>Quelles sont tes craintes par rapport à ces rencontres? Lesquelles?</p>

A.12 Grille d'entrevue post-groupe avec les adolescents

Thèmes	Croyances	Déroulement du groupe	Atteinte des objectifs	Satisfaction
Questions	As-tu l'impression de mieux comprendre pourquoi ton proche s'est suicidé?	Est-ce que tu t'es senti accueilli dans le groupe, soutenu? (Ajouter ici, s'il y a eu, les inquiétudes nommées lors de l'entrevue pré-groupe)	Quels étaient tes objectifs au départ? Est-ce que tu les as atteints? (Mentionner ici les objectifs énoncés lors de l'entrevue pré-groupe). À quel pourcentage tu crois avoir atteint ton (tes) objectif?	Sur une échelle de 1 à 10 : De manière générale, as-tu été satisfait
	Crois-tu avoir eu un rôle à jouer, une responsabilité dans le suicide de ton père? Est-ce que tu fais confiance à la vie? As-tu peur qu'une chose aussi tragique pourrait arriver encore? Comme quoi ? As-tu l'impression d'avoir un contrôle sur les choses qui arrivent dans ta vie? Que tu as le pouvoir de changer le courant des choses? Quel sens le suicide de ton père prend-il dans ta vie. Quels sont tes rêves? Comment arriveras-tu à les réaliser?	Comment t'es-tu senti quand les participants ont quitté le groupe? T'es-tu senti confortable à exprimer toutes les émotions que tu ressentais? Oui, non, lesquelles?	À combien tu te situes en ce moment sur l'échelle de 1 à 10? (espérance de X stable, était à X lors du début du groupe)? As-tu l'impression que c'est le groupe qui t'a permis d'atteindre ces objectifs? De quelle façon? Quels objectifs en lien avec ton deuil te reste-t-il à atteindre?	-De ta participation au groupe? -Des interactions entre es membres du groupe? -Des animateurs? -Du format du groupe? (Nbr de participants, nbr de rencontre, organisation du local) Quelle activité as-tu préférée? Quelle activité as-tu la moins appréciée? Qu'est-ce qui t'a le plus surpris comme activité? Comment le groupe pourrait être amélioré?

A.13 Grille d'entrevue avec les parents

Thèmes	Croyances	Inscription du suicide dans l'histoire de vie	Atteinte des objectifs	Satisfaction
Questions	<p>Faites-vous confiance à la vie?</p> <p>Avez-vous l'impression que le monde est juste et équitable? (qu'on a ce qu'on mérite dans la vie?)</p> <p>Avez-vous l'impression d'avoir un contrôle sur les choses qui arrivent dans votre vie? Que vous avez le pouvoir de changer le courant des choses?</p> <p>Pensez-vous un jour que le suicide de votre proche pouvait vous arriver? Pensez-vous que quelque chose d'aussi tragique pouvait vous arriver encore? Comme quoi?</p> <p>Pensez-vous qu'il y a un sens à ce qui vous arrive? (au suicide de votre proche)</p>	<p>Est-ce qu'il y a eu d'autres suicides dans la famille?</p> <p>Et/ou des problèmes de santé mentale? Est-ce que ça vous inquiète?</p> <p>Comment était votre relation avec la personne suicidée?</p> <p>Comment vous expliquez-vous son suicide?</p> <p>Quel serait selon vous l'élément déclencheur?</p>	<p>Quels changements espériez-vous voir chez votre enfant suite à sa participation au groupe? Pourquoi l'avez-vous inscrit?</p> <p>Avez-vous observé des changements chez votre enfant depuis sa participation au groupe? Lesquels?</p> <p>Avez-vous observé des changements relatifs à votre relation avec lui? Lesquels?</p> <p>Avez-vous observé des changements personnels? Lesquels?</p>	<p>De manière générale, êtes-vous satisfait des services offerts à votre enfant?</p> <p>Avez-vous apprécié les contacts que vous avez eus avec les intervenants?</p>

A.14 Grille d'entrevue pré-groupe avec les intervenants

Thèmes	Adhésion	Attitudes et habiletés d'intervention	Perception de la clientèle	Supervision	Émotions positives et négatives
Questions	<p>De manière générale, est-ce que vous êtes en accord avec le contenu du programme?</p> <p>Quelle approche est préconisée dans ce programme? Cognitive-comportementale, psychoéducation, systémique... ? Êtes-vous en accord avec cette approche?</p> <p>Plus spécifiquement, êtes-vous en accord avec les différentes activités proposées?</p> <p>Êtes-vous en accord avec la structure de groupe pour intervenir auprès de cette clientèle?</p> <p>Est-ce que, selon vous, le programme répond aux besoins des jeunes que vous côtoyez?</p> <p>Si vous aviez à modifier le programme, que feriez-vous de différent?</p>	<p>Quel est votre niveau d'aisance avec l'utilisation des composantes du programme (instruments, exercices)</p> <p>Quelles sont les habiletés primordiales à avoir en tant qu'intervenant lorsqu'on intervient auprès d'adolescents endeuillés par suicide?</p> <p>Y a-t-il des interventions à proscrire auprès de cette clientèle?</p> <p>Quelle responsabilité avez-vous face à ces jeunes?</p> <p>Quelles limites vous imposez-vous dans votre tâche?</p> <p>Vos énergies seraient-elles mieux investies ailleurs?</p>	<p>Comment qualifieriez-vous les adolescents endeuillés par suicide (clientèle facile-difficile)?</p> <p>Les changements recherchés chez ces jeunes sont-ils observables facilement?</p> <p>Est-ce la clientèle avec laquelle vous avez le plus de défis d'intervention?</p> <p>Quel est votre niveau d'aisance auprès d'adolescents endeuillés par suicide?</p> <p>Les adolescents en deuil suite au suicide sont-ils plus en détresse que d'autres qui auraient perdu un proche de mort naturelle ou qu'un adulte?</p>	<p>Quel genre de soutien recevez-vous pour l'utilisation des composantes du programme ?</p> <p>Quel genre de question avez-vous ? Trouvez-vous facilement des réponses à vos questionnements ?</p> <p>Vous sentez-vous soutenus par la direction (au niveau clinique et organisationnel)?</p>	<p>Quelles sont vos appréhensions avant le début du groupe?</p> <p>Avez-vous hâte? Avez-vous certaines craintes?</p> <p>Que pourrait-il arriver de mieux? De pire?</p> <p>Êtes-vous confiant de l'effet que vous aurez auprès de ces jeunes?</p>

A.15 Grille d'entrevue mi-groupe avec les intervenants

Thèmes	Adhésion	Attitudes et habiletés d'intervention	Perception de la clientèle	Supervision	Émotions positives et négatives
Questions	<p>Est-ce que vous adhérez autant qu'au début au contenu du programme?</p> <p>Jusqu'à maintenant, est-ce que vous trouvez que les activités et la structure proposées répondent au besoin de la clientèle adolescente endeuillée par suicide?</p> <p>Avez-vous modifié certaines activités? Pourquoi et comment?</p>	<p>Quel est votre niveau d'aisance avec l'utilisation des composantes du programme (instruments, exercices)?</p> <p>Quels types d'intervention provoquent le plus d'effets sur les adolescents? Le moins?</p> <p>Vos énergies seraient-elles mieux investies ailleurs?</p>	<p>Comment qualifiez-vous les adolescents endeuillés par suicide de votre groupe (clientèle facile-difficile, dissipés, agités?, dociles?)?</p> <p>Est-ce que vous observez déjà des changements? Lesquels? Sont-ils observables facilement?</p> <p>Quels sont les défis d'intervention auxquels vous devez faire face?</p> <p>Quel est votre niveau d'aisance auprès d'adolescents endeuillés par suicide?</p>	<p>Avez-vous eu besoin de supervision ou de soutien de quelque nature jusqu'à maintenant? Pour quelles raisons?</p> <p>Quel genre de question avez-vous? Trouvez-vous facilement des réponses à vos questionnements?</p> <p>Vous sentez-vous toujours aussi soutenus par la direction (au niveau clinique et organisationnel)?</p>	<p>Que pourrait-il arriver de mieux? De pire?</p> <p>Êtes-vous confiants de l'effet que vous aurez auprès de ces jeunes?</p>

A.16 Grille d'entrevue post-groupe avec les intervenants

Thèmes	Adhésion	Attitudes et habiletés d'intervention	Perception de la clientèle	Supervision	Satisfaction
Questions	<p>Est-ce que vous adhérez autant qu'au début au contenu du programme?</p> <p>De manière générale, trouvez-vous que le programme (activités et structure) proposé répond au besoin de la clientèle adolescente endeuillée par suicide?</p> <p>Avez-vous modifié certaines activités? Pourquoi et comment?</p> <p>Est-ce que vous allez le refaire? Le remettre au programme? Que feriez-vous différemment?</p>	<p>Quel est votre niveau d'aisance avec l'utilisation des composantes du programme (instruments, exercices)</p> <p>Quels types d'intervention provoquent le plus d'effets sur les adolescents? Le moins?</p> <p>Vos énergies seraient-elles mieux investies ailleurs?</p>	<p>Comment qualifiez-vous les adolescents endeuillés par suicide de votre groupe (clientèle facile-difficile, dissipés?, agités?, dociles?)?</p> <p>Quels changements avez-vous observés chez les jeunes? Chez les parents? Sont-ils observables facilement?</p> <p>Quels sont les défis d'intervention auxquels vous avez eu à faire face?</p> <p>Quel est votre niveau d'aisance auprès d'adolescents endeuillés par suicide suite à l'animation de ce groupe?</p>	<p>Avez-vous eu besoin de supervision ou de soutien de quelque nature? Pour quelles raisons?</p> <p>Quel genre de question avez-vous? Trouvez-vous facilement des réponses à vos questionnements?</p> <p>Vous sentez-vous toujours aussi soutenus par la direction (au niveau clinique et organisationnel)?</p>	<p>Êtes-vous confiants d'avoir eu un effet auprès de ces jeunes?</p> <p>Est-il arrivé quelque chose d'inusité, à laquelle vous ne vous attendiez pas durant le groupe?</p> <p>Quel est votre degré de satisfaction envers le déroulement global du groupe?</p> <p>Plus spécifiquement :</p> <p>La présentation du programme?</p> <p>Le recrutement?</p> <p>La participation des jeunes?</p> <p>La réception des jeunes au programme?</p>

A.17 Grille d'entrevue avec les informateurs clés

Thèmes	Adhésion	Percept. intervenant	Perception clientèle	Supervision	Émotions + et -
Questions	<p>Avez-vous pris connaissance du programme?</p> <p>Est-ce que vous adhérez au programme? À son contenu? Aux approches préconisées (Cogn-cpt, psychoéd., systémique)</p> <p>Pensez-vous que les activités et la structure proposées répondent au besoin de la clientèle adolescente endeuillée par suicide?</p> <p>Si vous aviez à modifier le programme, que feriez-vous de différent?</p> <p>Vos énergies et ressources seraient-elles mieux investies ailleurs?</p>	<p>Avez-vous confiance en vos intervenants pour l'application du programme?</p> <p>Avez-vous l'impression que vos intervenants possèdent toutes les qualités nécessaires afin d'appliquer ce programme? Lesquelles? Lesquelles seraient à développer? Pourquoi?</p>	<p>Comment qualifieriez-vous les adolescents endeuillés par suicide (clientèle facile-difficile)?</p> <p>Les adolescents en deuil suite au suicide sont-ils plus en détresse que d'autres qui auraient perdu un proche de mort naturelle ou qu'un adulte?</p> <p>Est-ce que les adolescents endeuillés par suicide sont une clientèle prioritaire pour votre organisme? Elle vient en quel rang?</p> <p>Avez-vous eu à faire un choix entre deux clientèles?</p>	<p>Vous sentez-vous à l'aise de superviser les intervenants dans l'application du programme? À quel niveau?</p> <p>Quels types questions les intervenants vous posent-ils?</p> <p>Pensez-vous que les intervenants se sentent bien soutenus (au niveau organisationnel et clinique) dans l'application du programme? À quel niveau? Quelles seraient les lacunes?</p>	<p>Êtes-vous enthousiaste que ce programme soit appliqué dans votre organisme?</p> <p>Pensez-vous que ce programme est une valeur ajoutée à votre gamme de services?</p> <p>Êtes-vous confiant de l'effet que ce programme aura auprès de ces jeunes? Et des parents?</p>

ANNEXE B

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT

B.1 Formulaire de consentement pour les adolescents de la RRS-CSSSL

Titre de l'étude : Évaluation du groupe de soutien pour adolescents endeuillés par suicide

Nom des chercheurs : 1) Maude Léonard, M.Ps. Tél. : 514-987-3000 #7990

leonard.maude@courrier.uqam.ca

2) Michel Tousignant, Ph.D. Tél. : 514-987-3000 # 4846

tousignant.michel@uqam.ca

3) Marc Daigle, Ph.D. Tél. : 819-376-5011 #3509

marc.daigle@uqtr.ca

Qu'est-ce qu'un formulaire de consentement?

Ce formulaire de consentement vous explique le but de l'étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer en cas de besoin. Il est important de bien lire et comprendre le présent formulaire de consentement pour la recherche à laquelle nous vous demandons de participer.

Le présent document peut contenir des termes que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à **poser toutes les questions que vous jugez utiles** au chercheur et à lui demander de vous expliquer les éléments qui ne sont pas clairs. Veuillez prendre le temps nécessaire pour prendre votre décision.

En quoi consiste l'étude?

Le projet de recherche actuel vise à évaluer l'implantation et l'efficacité du groupe de soutien pour adolescents endeuillés par suicide auquel vous participez. En d'autres mots, il s'agit d'identifier si les activités qui vous seront offertes conviennent à vos besoins et réussissent à atteindre leurs objectifs thérapeutiques de soutien au deuil. Ultimement, ce projet de recherche permettra de s'assurer que les services que vous recevez sont adéquats et, le cas échéant, de qualité. Avec votre participation, il sera alors possible d'amener des améliorations au programme et d'offrir des services à la fine pointe des connaissances actuelles.

Ce projet de recherche implique la participation de tous les jeunes qui participent au groupe de soutien pour adolescents endeuillés par suicide 2008-2009 de la Ressource Régionale Suicide de Laval et du Centre de Prévention de Suicide de Québec et leurs parents (ou tuteur légal), ainsi que les intervenants qui mènent les rencontres.

Cela m'engage à quoi?

Dans le cadre de cette étude, les groupes auxquels vous participerez seront observés directement par le chercheur principal (Maude Léonard). Cela signifie que cette dernière sera présente lors de chacune de vos rencontres, mais qu'elle ne participera pas activement aux échanges du groupe. De plus, vous devrez répondre à deux questionnaires, soit un avant le début du groupe et un second suite à la dernière rencontre du groupe. Au même moment que les questionnaires, il vous sera demandé de collaborer à des entrevues menées par le chercheur.

Tableau récapitulatif

Type d'activité de recherche	À quel moment du processus?	Durée
Observation des rencontres de groupe	À toutes les rencontres de groupe	Ne signifie aucun temps supplémentaire que le traitement proposé
Questionnaire pré-groupe	Avant la toute première rencontre de groupe	30 minutes
Entrevue pré-groupe	Avant la toute première rencontre de groupe, au même moment que le questionnaire pré-groupe	20 minutes
Questionnaire post-groupe	Après la toute dernière rencontre de groupe	45 minutes
Entrevue post-groupe	Après la toute dernière rencontre de groupe, au même moment que le questionnaire post-groupe	45 minutes

Au total, sans compter le temps prévu pour le déroulement des groupes, il vous en prendra tout au plus trois (3) heures de votre temps à consacrer uniquement à l'étude, et cela sur une période de huit (8) mois.

Aussi, votre dossier conservé par vos intervenants de la Ressource Régionale Suicide de Laval sera consulté uniquement pour les fins de cette étude. Ce dossier contient des informations recueillies lors du cours habituel du programme de thérapie de groupe. Il s'agit entre autres d'informations sociodémographiques à votre sujet (âge, sexe, niveau scolaire) ainsi que le contexte particulier qui motive votre demande d'aide (description de votre proche décédé, votre relation avec lui, réactions de deuil). De plus, lors de votre entrevue avec les intervenants précédant votre inscription au groupe, vous avez répondu à des questionnaires portant sur vos réactions associées au deuil. Ces questionnaires font partie intégrante du programme de thérapie de groupe, et cela même lorsqu'il n'est pas soumis à une évaluation. Les réponses à ses questionnaires sont contenues dans votre dossier de participant et seront par le fait même utilisées dans le cadre de la présente recherche afin de déterminer votre progression du début à la fin des groupes de thérapie. En fait, l'analyse de votre dossier permettra au chercheur de mettre en contexte les informations recueillies lors des observations, questionnaires et entrevues tout en vérifiant que les objectifs poursuivis lors des rencontres de groupe sont rencontrés.

Y a-t-il des risques et/ou désagréments associés à ma participation?

Le sujet de l'étude porte sur une période douloureuse de votre vie. Il est possible que suite à vos réponses aux questionnaires ainsi qu'à votre collaboration à l'entrevue cela provoque des émotions négatives pouvant être désagréables. Sachez que vous pouvez cesser de répondre aux questionnaires et aux questions du chercheur à tout moment sans porter atteinte

à la qualité des services reçus et dont vous avez droit. Dans le cas où ces émotions seraient trop intenses, nous vous encourageons à contacter la Ressource Régionale Suicide de Laval au 450-629-2911.

Y a-t-il des avantages à participer?

Les résultats de cette évaluation seront utiles pour apporter des modifications au présent programme et en faire bénéficier les prochains participants. Tout cela dans le but de promouvoir l'efficacité présumée de ce groupe de soutien et d'assurer son implantation ailleurs au Québec et au Canada afin de soutenir un maximum d'adolescents qui passent à travers les mêmes épreuves que vous. De plus, les informations recueillies contribueront à l'avancement des connaissances en ce qui concerne le deuil par suicide chez les adolescents et leur famille.

Suis-je assuré de la confidentialité de mes renseignements?

Tous les renseignements recueillis à votre sujet au cours de l'étude demeureront strictement confidentiels, dans les limites prévues par la loi, et vous ne serez identifié(e) que par un code afin de préserver l'anonymat. Les renseignements recueillis dans le cadre des entrevues seront enregistrés par le biais d'une enregistreuse numérique et immédiatement transférés dans une base de données informatisée sécurisée par un code d'accès connu uniquement des chercheurs de l'étude. Suite à ce transfert, le contenu de l'entrevue sera complètement effacé du disque dur de l'enregistreuse et des copies de sécurité sur clé USB ou cédérom sécurisés seront effectuées régulièrement. En ce qui concerne les questionnaires, les notes d'observation, les copies de dossiers et les copies de sécurité sur clé USB ou cédérom, ces derniers seront toujours conservés dans une filière sous clé. Tout matériel, qu'il soit sur papier ou sur fichier informatique sera conservé cinq (5) ans, suite à quoi il sera entièrement détruit à l'aide d'une déchiqueteuse ou effacé du disque dur de l'ordinateur. Aucune publication ou communication scientifique résultante de cette étude ne renfermera quoi que ce soit pouvant permettre de vous identifier.

Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité scientifique et d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Laval ainsi que par des représentants de la Ressource Régionale Suicide Laval et du Centre de Prévention Suicide de Québec.

Certaines informations (nom, adresse, numéro de téléphone, date de naissance, numéro de l'étude, durée de participation à l'étude) devront être transmises au Centre de santé et de services sociaux de Laval (CSSS de Laval) aux seules fins de la constitution d'un répertoire servant à assurer la protection des sujets de recherche et à permettre au CSSS de Laval d'assumer ses responsabilités au chapitre de la gestion et de la vérification, ce qui exclut toute utilisation à des fins d'étude, d'enseignement ou de recherche. Les renseignements fournis pour ce répertoire seront détruits au plus tard 12 mois suivant la fin du projet.

Puis-je refuser de participer à l'étude?

Votre participation à cette étude est **volontaire**. Vous êtes donc **libre de refuser** d'y participer. Vous pouvez également vous retirer à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur. Toute nouvelle connaissance

acquise durant le déroulement de l'étude qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai. Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur les services qui vous seront fournis par la suite ou sur vos relations avec vos intervenants. En d'autres termes, **un refus de participer à l'étude ne signifie pas un refus de participation au groupe de thérapie.** Vous pourrez participer au traitement proposé sans distinction des autres participants au groupe de thérapie qui aurait consenti de prendre part au projet de recherche. Toutefois, devant le fait que vous refusiez de participer à l'étude, le groupe sera tout de même observé sans prendre en compte vos interventions et interactions avec les autres participants du groupe. Si jamais vous refusiez de participer au groupe puisqu'il est quand même observé sous les conditions décrites ci-haut, une thérapie de type individuelle basée sur les mêmes fondements que le groupe vous sera offerte à titre d'alternative de traitement.

Serais-je mis au courant du déroulement de l'étude?

Tout au long du processus de recherche, le chercheur s'engage à vous tenir au courant de toutes nouvelles informations pouvant être susceptibles de changer votre approbation à participer à cette étude évaluative. Ces informations vous seront transmises directement par un contact téléphonique ou bien un mémo informatisé à votre adresse courriel. À la suite de l'évaluation, vous serez invité à participer à une présentation des résultats de recherche pour que vous puissiez donner vos commentaires au chercheur sur la démarche entreprise.

À qui dois-je m'adresser?

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude ou s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter en tout temps Maude Léonard, M.Ps. au 514-987-3000 poste 7990; leonard.maude@courrier.uqam.ca .

Si vous voulez poser des questions sur vos droits en tant que participant à cette étude, vous pouvez contacter Dr Johanne Goudreau, présidente du Comité scientifique et d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Laval au 450-668-1010 poste 2683.

Si vous avez des plaintes ou commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du Centre de santé et de services sociaux de Laval au 450-668-1010 poste 2660.

CONSENTEMENT

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. La nature de l'étude, les procédés qui seront utilisés, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués.

J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction.

Je sais que je suis libre de participer au projet et que je demeure libre de m'en retirer en tout temps, par avis verbal, sans que cela n'affecte la qualité des traitements et des soins futurs nécessaires à mon état de santé.

Je recevrai une copie signée et datée du présent formulaire de consentement.

En signant le présent formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits légaux ni ne libère les chercheurs, commanditaires ou établissements de leur responsabilité civile et professionnelle.

Je, soussigné(e), déclare consentir librement et volontairement à participer à ce projet avec l'accord de mon parent ou tuteur légal.

Nom du participant	Signature	Date
Nom du chercheur	Signature	Date
Nom du parent ou tuteur légal	Signature	Date

B.2 Formulaire de consentement pour les adolescents du CPS-QC

Titre de l'étude : Évaluation du groupe de soutien pour adolescents endeuillés par suicide

**Nom des chercheurs : 1) Maude Léonard, M.Ps. Tél. : 514-987-3000 #7990
leonard.maude@courrier.uqam.ca**

**2) Michel Tousignant, Ph.D. Tél. : 514-987-3000 # 4846
tousignant.michel@uqam.ca**

**3) Marc Daigle, Ph.D. Tél. : 819-376-5011 #3509
marc.daigle@uqtr.ca**

Qu'est-ce qu'un formulaire de consentement?

Ce formulaire de consentement vous explique le but de l'étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer en cas de besoin. Il est important de bien lire et comprendre le présent formulaire de consentement pour la recherche à laquelle nous vous demandons de participer.

Le présent document peut contenir des termes que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à **poser toutes les questions que vous jugez utiles** au chercheur et à lui demander de vous expliquer les éléments qui ne sont pas clairs. Veuillez prendre le temps nécessaire pour prendre votre décision.

En quoi consiste l'étude?

Le projet de recherche actuel vise à évaluer l'implantation et l'efficacité du groupe de soutien pour adolescents endeuillés par suicide auquel vous participez. En d'autres mots, il s'agit d'identifier si les activités qui vous seront offertes conviennent à vos besoins et réussissent à atteindre leurs objectifs thérapeutiques de soutien au deuil. Ultimement, ce projet de recherche permettra de s'assurer que les services que vous recevez sont adéquats et, le cas échéant, de qualité. Avec votre participation, il sera alors possible d'amener des améliorations au programme et d'offrir des services à la fine pointe des connaissances actuelles.

Ce projet de recherche implique la participation de tous les jeunes qui participent au groupe de soutien pour adolescents endeuillés par suicide 2008-2009 de la Ressource Régionale Suicide de Laval et du Centre de Prévention de Suicide de Québec et leurs parents (ou tuteur légal), ainsi que les intervenants qui mènent les rencontres.

Cela m'engage à quoi?

Dans le cadre de cette étude, vous devrez répondre à deux questionnaires, soit un avant le début du groupe et un second suite à la dernière rencontre du groupe. Au même moment que les questionnaires, il vous sera demandé de collaborer à des entrevues menées par le chercheur.

Tableau récapitulatif

Type d'activité de recherche	À quel moment du processus?	Durée
Questionnaire pré-groupe	Avant la toute première rencontre de groupe	30 minutes
Entrevue pré-groupe	Avant la toute première rencontre de groupe, au même moment que le questionnaire pré-groupe	20 minutes
Questionnaire post-groupe	Après la toute dernière rencontre de groupe	45 minutes
Entrevue post-groupe	Après la toute dernière rencontre de groupe, au même moment que le questionnaire post-groupe	45 minutes

Au total, il vous en prendra tout au plus trois (3) heures de votre temps à consacrer uniquement à l'étude, et cela sur une période de huit (8) mois.

Aussi, votre dossier conservé par vos intervenants du Centre de Prévention du Suicide de Québec sera consulté uniquement pour les fins de cette étude. Ce dossier contient des informations recueillies lors du cours habituel du programme de thérapie de groupe. Il s'agit entre autres d'informations sociodémographiques à votre sujet (âge, sexe, niveau scolaire) ainsi que le contexte particulier qui motive votre demande d'aide (description de votre proche décédé, votre relation avec lui, réactions de deuil). De plus, lors de votre entrevue avec les intervenants précédant votre inscription au groupe, vous avez répondu à des questionnaires portant sur vos réactions associées au deuil. Ces questionnaires font partie intégrante du programme de thérapie de groupe, et cela même lorsqu'il n'est pas soumis à une évaluation. Les réponses à ses questionnaires sont contenues dans votre dossier de participant et seront par le fait même utilisées dans le cadre de la présente recherche afin de déterminer votre progression du début à la fin des groupes de thérapie. En fait, l'analyse de votre dossier permettra au chercheur de mettre en contexte les informations recueillies lors des observations, questionnaires et entrevues tout en vérifiant que les objectifs poursuivis lors des rencontres de groupe sont rencontrés.

Y a-t-il des risques et/ou désagréments associés à ma participation?

Le sujet de l'étude porte sur une période douloureuse de votre vie. Il est possible que suite à vos réponses aux questionnaires ainsi qu'à votre collaboration à l'entrevue cela provoque des émotions négatives pouvant être désagréables. Sachez que vous pouvez cesser de répondre aux questionnaires et aux questions du chercheur à tout moment sans porter atteinte à la qualité des services reçus et dont vous avez droit. Dans le cas où ces émotions seraient trop intenses, nous vous encourageons à contacter le Centre de Prévention du Suicide de Québec au 418-683-4588.

Y a-t-il des avantages à participer?

Les résultats de cette évaluation seront utiles pour apporter des modifications au présent programme et en faire bénéficier les prochains participants. Tout cela dans le but de promouvoir l'efficacité présumée de ce groupe de soutien et d'assurer son implantation ailleurs au Québec et au Canada afin de soutenir un maximum d'adolescents qui passent à travers les mêmes épreuves que vous. De plus, les informations recueillies contribueront à l'avancement des connaissances en ce qui concerne le deuil par suicide chez les adolescents et leur famille.

Suis-je assuré de la confidentialité de mes renseignements?

Tous les renseignements recueillis à votre sujet au cours de l'étude demeureront strictement confidentiels, dans les limites prévues par la loi, et vous ne serez identifié(e) que par un code afin de préserver l'anonymat. Les renseignements recueillis dans le cadre des entrevues seront enregistrés par le biais d'une enregistreuse numérique et immédiatement transférés dans une base de données informatisée sécurisée par un code d'accès connu uniquement des chercheurs de l'étude. Suite à ce transfert, le contenu de l'entrevue sera complètement effacé du disque dur de l'enregistreuse et des copies de sécurité sur clé USB ou cédérom sécurisés seront effectuées régulièrement. En ce qui concerne les questionnaires, les notes d'observation, les copies de dossiers et les copies de sécurité sur clé USB ou cédérom, ces derniers seront toujours conservés dans une filière sous clé. Tout matériel, qu'il soit sur papier ou sur fichier informatique sera conservé cinq (5) ans, suite à quoi il sera entièrement détruit à l'aide d'une déchiqueteuse ou effacé du disque dur de l'ordinateur. Aucune publication ou communication scientifique résultante de cette étude ne renfermera quoi que ce soit pouvant permettre de vous identifier.

Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité scientifique et d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Laval ainsi que par des représentants de la Ressource Régionale Suicide Laval et du Centre de Prévention Suicide de Québec.

Certaines informations (nom, adresse, numéro de téléphone, date de naissance, numéro de l'étude, durée de participation à l'étude) devront être transmises au Centre de santé et de services sociaux de Laval (CSSS de Laval) aux seules fins de la constitution d'un répertoire servant à assurer la protection des sujets de recherche et à permettre au CSSS de Laval d'assumer ses responsabilités au chapitre de la gestion et de la vérification, ce qui exclut toute utilisation à des fins d'étude, d'enseignement ou de recherche. Les renseignements fournis pour ce répertoire seront détruits au plus tard 12 mois suivant la fin du projet.

Puis-je refuser de participer à l'étude?

Votre participation à cette étude est **volontaire**. Vous êtes donc **libre de refuser** d'y participer. Vous pouvez également vous retirer à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur. Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de l'étude qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai. Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur les services qui vous seront fournis par la suite ou sur vos relations avec vos intervenants. En d'autres termes, **un refus de participer à l'étude ne signifie pas un refus de participation au groupe de thérapie**. Vous pourrez

participer au traitement proposé sans distinction des autres participants au groupe de thérapie qui aurait consenti de prendre part au projet de recherche. Toutefois, devant le fait que vous refusiez de participer à l'étude, le groupe sera tout de même observé sans prendre en compte vos interventions et interactions avec les autres participants du groupe. Si jamais vous refusez de participer au groupe puisqu'il est quand même observé sous les conditions décrites ci-haut, une thérapie de type individuelle basée sur les mêmes fondements que le groupe vous sera offerte à titre d'alternative de traitement.

Serais-je mis au courant du déroulement de l'étude?

Tout au long du processus de recherche, le chercheur s'engage à vous tenir au courant de toutes nouvelles informations pouvant être susceptibles de changer votre approbation à participer à cette étude évaluative. Ces informations vous seront transmises directement par un contact téléphonique ou bien un mémo informatisé à votre adresse courriel. À la suite de l'évaluation, vous serez invité à participer à une présentation des résultats de recherche pour que vous puissiez donner vos commentaires au chercheur sur la démarche entreprise.

À qui dois-je m'adresser?

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude ou s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter en tout temps Maude Léonard, M.Ps. au 514-987-3000 poste 7990; leonard.maude@courrier.uqam.ca .

Si vous voulez poser des questions sur vos droits en tant que participant à cette étude, vous pouvez contacter Dr Johanne Goudreau, présidente du Comité scientifique et d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Laval au 450-668-1010 poste 2683.

Si vous avez des plaintes ou commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec la direction du Centre de Prévention du Suicide de Québec au 418-683-0933

CONSENTEMENT

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. La nature de l'étude, les procédés qui seront utilisés, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués.

J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction.

Je sais que je suis libre de participer au projet et que je demeure libre de m'en retirer en tout temps, par avis verbal, sans que cela n'affecte la qualité des traitements et des soins futurs nécessaires à mon état de santé.

Je recevrai une copie signée et datée du présent formulaire de consentement.

En signant le présent formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits légaux ni ne libère les chercheurs, commanditaires ou établissements de leur responsabilité civile et professionnelle.

Je, soussigné(e), déclare consentir librement et volontairement à participer à ce projet avec l'accord de mon parent ou tuteur légal.

Nom du participant

Signature

Date

Nom du chercheur

Signature

Date

Nom du parent ou tuteur
légal

Signature

Date

B.3 Formulaire de consentement pour les parents

Titre de l'étude : Évaluation du groupe de soutien pour adolescents endeuillés par suicide

Nom des chercheurs : 1) Maude Léonard, M.Ps. Tél. : 514-987-3000 #7990
leonard.maude@courrier.uqam.ca
2) Michel Tousignant, Ph.D. Tél. : 514-987-3000 # 4846
tousignant.michel@uqam.ca
3) Marc Daigle, Ph.D. Tél. : 819-376-5011 #3509
marc.daigle@uqtr.ca

Qu'est-ce qu'un formulaire de consentement?

Ce formulaire de consentement vous explique le but de l'étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer en cas de besoin. Il est important de bien lire et comprendre le présent formulaire de consentement pour la recherche à laquelle nous vous demandons de participer.

Le présent document peut contenir des termes que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à **poser toutes les questions que vous jugez utiles** au chercheur et à lui demander de vous expliquer les éléments qui ne sont pas clairs. Veuillez prendre le temps nécessaire pour prendre votre décision.

En quoi consiste l'étude?

Le projet de recherche actuel vise à évaluer l'implantation et l'efficacité du groupe de soutien pour adolescents endeuillés par suicide auquel vous participez. En d'autres mots, il s'agit d'identifier si les activités qui vous seront offertes conviennent à vos besoins et réussissent à atteindre leurs objectifs thérapeutiques de soutien au deuil. Ultimement, ce projet de recherche permettra de s'assurer que les services que vous recevez sont adéquats et, le cas échéant, de qualité. Avec votre participation, il sera alors possible d'amener des améliorations au programme et d'offrir des services à la fine pointe des connaissances actuelles.

Ce projet de recherche implique la participation de tous les jeunes qui participent au groupe de soutien pour adolescents endeuillés par suicide 2008-2009 de la Ressource Régionale Suicide de Laval et du Centre de Prévention de Suicide de Québec et leurs parents (ou tuteur légal), ainsi que les intervenants qui mènent les rencontres.

Cela m'engage à quoi?

Dans le cadre de cette étude, vous devrez répondre une entrevue d'une heure trente (1h30) suite à la dernière rencontre du groupe de thérapie que suit votre adolescent. Lors de cette entrevue, il vous sera demandé de décrire les changements que vous observez chez votre

adolescent depuis sa participation au groupe, votre satisfaction à l'égard de ce groupe ainsi que le contexte dans lequel s'inscrit le suicide au niveau familial.

Au total, il vous en prendra tout au plus une heure trente (1h30) de votre temps à consacrer uniquement à l'entrevue pour l'étude, et cela sur une période de huit (8) mois.

Y a-t-il des risques et/ou désagréments associés à ma participation?

Le sujet de l'étude porte sur une période douloureuse de votre vie. Il est possible que suite à votre collaboration à l'entrevue cela provoque des émotions négatives pouvant être désagréables. Sachez que vous pouvez cesser de répondre aux questions du chercheur à tout moment sans porter atteinte à la qualité des services reçus par votre adolescent et dont ils ont droit. Dans le cas où ces émotions seraient trop intenses, nous vous encourageons à contacter la Ressource Régionale Suicide de Laval au 450-629-2911.

Y a-t-il des avantages à participer?

Les résultats de cette évaluation seront utiles pour apporter des modifications au présent programme et en faire bénéficier les prochains participants. Tout cela dans le but de promouvoir l'efficacité présumée de ce groupe de soutien et d'assurer son implantation ailleurs au Québec et au Canada afin de soutenir un maximum d'adolescents qui passent à travers les mêmes épreuves que vous. De plus, les informations recueillies contribueront à l'avancement des connaissances en ce qui concerne le deuil par suicide chez les adolescents et leur famille.

Suis-je assuré de la confidentialité de mes renseignements?

Tous les renseignements recueillis à votre sujet au cours de l'étude demeureront strictement confidentiels, dans les limites prévues par la loi, et vous ne serez identifié(e) que par un code afin de préserver l'anonymat. Les renseignements recueillis dans le cadre des entrevues seront enregistrés par le biais d'une enregistreuse numérique et immédiatement transférés dans une base de données informatisée sécurisée par un code d'accès connu uniquement des chercheurs de l'étude. Suite à ce transfert, le contenu de l'entrevue sera complètement effacé du disque dur de l'enregistreuse et des copies de sécurité sur clé USB ou cédérom sécurisés seront effectuées régulièrement et seront toujours conservées dans une filière sous clé. Tout matériel, qu'il soit sur papier ou sur fichier informatique sera conservé cinq (5) ans, suite à quoi il sera entièrement détruit à l'aide d'une déchiqueteuse ou effacé du disque dur de l'ordinateur. Aucune publication ou communication scientifique résultante de cette étude ne renfermera quoi que ce soit pouvant permettre de vous identifier.

Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité scientifique et d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Laval ainsi que par des représentants de la Ressource Régionale Suicide Laval et du Centre de Prévention Suicide de Québec.

Certaines informations (nom, adresse, numéro de téléphone, date de naissance, numéro de l'étude, durée de participation à l'étude) devront être transmises au Centre de santé et de services sociaux de Laval (CSSS de Laval) aux seules fins de la constitution d'un répertoire servant à assurer la protection des sujets de recherche et à permettre au CSSS de Laval d'assumer ses responsabilités au chapitre de la gestion et de la vérification, ce qui exclut toute

utilisation à des fins d'étude, d'enseignement ou de recherche. Les renseignements fournis pour ce répertoire seront détruits au plus tard 12 mois suivant la fin du projet.

Puis-je refuser de participer à l'étude?

Votre participation à cette étude est **volontaire**. Vous êtes donc **libre de refuser** d'y participer. Vous pouvez également vous retirer à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur. Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de l'étude qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai. Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur les services qui vous seront fournis par la suite à vous ou votre adolescent ou sur vos relations avec leurs intervenants. En d'autres termes, **un refus de participer à l'étude ne signifie pas un refus de participation pour votre adolescent au groupe de thérapie**. Votre adolescent pourra participer au traitement proposé sans distinction des autres participants au groupe de thérapie qui aurait consenti de prendre part au projet de recherche.

Serais-je mis au courant du déroulement de l'étude?

Tout au long du processus de recherche, le chercheur s'engage à vous tenir au courant de toutes nouvelles informations pouvant être susceptibles de changer votre approbation à participer à cette étude évaluative. Ces informations vous seront transmises directement par un contact téléphonique ou bien un mémo informatisé à votre adresse courriel. À la suite de l'évaluation, vous serez invité à participer à une présentation des résultats de recherche pour que vous puissiez donner vos commentaires au chercheur sur la démarche entreprise.

À qui dois-je m'adresser?

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude ou s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter en tout temps Maude Léonard, M.Ps. au 514-987-3000 poste 7990; leonard.maude@courrier.uqam.ca .

Si vous voulez poser des questions sur vos droits en tant que participant à cette étude, vous pouvez contacter Dr Johanne Goudreau, présidente du Comité scientifique et d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Laval au 450-668-1010 poste 2683.

Si vous avez des plaintes ou commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du Centre de santé et de services sociaux de Laval au 450-668-1010 poste 2660 ou avec la direction du Centre de Prévention du Suicide de Québec au 418-683-0933,

CONSENTEMENT

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. La nature de l'étude, les procédés qui seront utilisés, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués.

J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction.

Je sais que je suis libre de participer au projet et que je demeure libre de m'en retirer en tout temps, par avis verbal, sans que cela n'affecte la qualité des traitements et des soins futurs nécessaires à mon état de santé.

Je recevrai une copie signée et datée du présent formulaire de consentement.

En signant le présent formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits légaux ni ne libère les chercheurs, commanditaires ou établissements de leur responsabilité civile et professionnelle.

Je, soussigné(e), déclare consentir librement et volontairement à participer à ce projet de recherche.

Nom du participant

Signature

Date

Nom du chercheur

Signature

Date

ANNEXE C

PORTRAIT DES ADOLESCENTS ENDEUILLES

Au total, treize adolescents, huit filles et cinq garçons ont participé au programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* sur les deux sites. Par delà certaines caractéristiques sociodémographiques déjà résumées au Tableau 2.2, voici le portrait de chacun d'eux tiré des informations relatives aux caractéristiques sociodémographiques, au contexte familial, au type de relation à la personne suicidée, aux circonstances du suicide, à l'occurrence d'événements significatifs et aux antécédents familiaux en termes de suicide et de problèmes de santé mentale. Ces portraits sont d'autant plus utiles pour mieux déterminer les besoins cliniques des adolescents endeuillés par suicide (troisième objectif).

1. Melz

Melz est une adolescente de 16 ans dont le père s'est suicidé par pendaison. Ses parents étaient séparés depuis plusieurs années et son père avait une nouvelle conjointe. Melz a habité chez son père jusqu'à l'âge de 14 ans et résidait chez sa mère au moment du suicide. Melz entretient une relation ambivalente avec sa mère. Elle se confie régulièrement à sa grand-mère paternelle, une personne de confiance sur qui elle peut compter.

Le père de Melz, était son confident et il représentait à ses yeux une personne exemplaire : « Disons que c'était le meilleur homme qui pouvait y avoir sur terre. C'était l'homme le plus heureux de vivre, le plus souriant, le plus joyeux... C'était le meilleur père qu'y avait pas. C'était un homme bon pour tout. » Pourtant, quelques mois après le décès de son père, Melz déclara avoir subi des violences et des abus sexuels de sa part, ce qui avait alors engendré des conflits dont Melz se sent coupable et responsable : « Il fallait juste que je me poigne avec, pis on a eu de la marde ensemble, pis il a péti une coche, pis il s'est suicidé ». Melz reprochait à son père de consommer de la drogue et ce fut l'objet de l'une de leurs dernières discussions. Elle était à l'école quand elle apprit le suicide de son père.

« Moi, la dernière chose que j'ai dit c'est : Tu iras ben te pendre, j'en ai rien à foutre, pis t'es un hostie de coké. Pis quand il m'a serrée dans ses bras, je l'ai poussé. Je veux rien savoir. J'ai vraiment été comme méchante, pis, du jour au lendemain, il était plus là, pis j'ai pas pu rien dire. La journée même où ce que j'étais sensée aller chez eux, je voulais aller retourner vivre chez eux parce que j'étais tannée de ma mère, pis j'avais fait mes bagages pis toute, pis j'avais hâte d'aller chez eux. Pis, t'sais, mon père, je l'aimais même à ça, pis je voulais

m'expliquer, pis m'excuser, pis... ils viennent me chercher le matin à l'école pour me dire ça. Ça m'a fait comme le plus gros choc qu'y a pas, là! » (Melz - Entrevue #1)

Quelques mois après le suicide de son père, Melz a été placée en Centre Jeunesse dans un foyer de groupe de type ouvert à la suite d'un signalement de mauvais traitement psychologique à la Direction de la protection de la jeunesse. Entre la 5e et la 6e rencontre prévue au programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)*, Melz se voit transférée en unité de vie de type fermé en raison de ses comportements agressifs. Elle y occupe un travail à temps partiel à la cafétéria et poursuit ses études en 3e secondaire, ce qui représente deux années de retard compte tenu de son âge. Elle vit une relation amoureuse tumultueuse entrecoupée de ruptures et de retrouvailles.

Melz prend des médicaments pour contrer ses symptômes de dépression et d'insomnie. Elle est accompagnée par une travailleuse sociale du Centre Jeunesse et bénéficie d'un suivi médical régulier. Elle entretient des idées suicidaires et traverse des épisodes d'auto-mutilation. Nous ne disposons pas d'informations précises relativement aux antécédents familiaux en regard du suicide ou de la santé mentale.

2. Lali-Shine

Lali-Shine est une adolescente de 13 ans dont le père s'est suicidé par intoxication médicamenteuse conjuguée à une inhalation de monoxyde de carbone. Sa mère avait quitté son père peu de temps avant le suicide, et le couple n'en était pas à sa première rupture. En effet, deux ans auparavant, le père de Lali-Shine avait mis celle-ci et sa mère à la porte pour soumettre sa conjointe à la difficulté de vivre seule avec une enfant.

« Mais comme deux ans avant, c'est lui, à un moment donné, qui nous a mis dehors. Le 23 décembre. Fait que, il m'a comme forcée à savoir c'est quoi être toute seule. Fait qu'après ça, j'ai vu c'était quoi, pis j'ai vu que j'étais bien; j'avais plus personne pour euh... je veux pas le blâmer, rien, t'sais. J'avais plus personne pour me faire des critiques, me dire quoi faire.... » (Mère de Lali-Shine – Entrevue)

« Au grand bonheur de [Lali-Shine] », ses parents revinrent en ménage jusqu'à ce que sa mère prenne la décision de quitter définitivement son conjoint. « Fait que là je me suis dit : c'est pas bien pour moi, c'est pas bien pour [Lali-Shine] de voir ses parents se chicaner. Je

préfère qu'on soit comme ça, pis r'garde, on se chicanera pas. Pis moi, mon but à moi, c'était vraiment si on se sépare, de garder un bon terme avec [son père] ».

Lali-Shine voyait son père une fin de semaine sur deux. Sa mère et elle habitait à une heure trente de route de la résidence de son père. D'après son dossier clinique, elle se chicanait moins avec lui qu'avec sa mère parce qu'elle le voyait moins souvent. La relation entre Lali-Shine et sa mère demeure bonne malgré le peu d'ouverture de la part de Lali-Shine et de nombreuses tracasseries quotidiennes. La mère de Lali-Shine soutient sa fille qu'elle considère comme sa priorité.

Lali-Shine était chez son père la veille du suicide et elle n'a pas perçu qu'il était mal-en-point. Sa mère lui a d'abord annoncé que son père avait été foudroyé par une crise cardiaque. Lali-Shine déclare avoir alors manqué environ deux mois d'école. Sa mère lui a révélé le suicide un an plus tard. C'est alors que Lali-Shine a eu quelques rencontres avec une psychologue et a été introduite au *Programme de thérapie de groupe pour enfants endeuillés par suicide*. Considérant que ce programme n'était pas adapté à son âge elle a préféré s'intégrer au programme destiné aux adolescents.

Depuis le suicide de son père, Lali-Shine voit moins souvent ses demi-frères (fils de son père). Elle s'entend difficilement avec le nouveau conjoint de sa mère qui présenterait un trouble bipolaire. Elle mentionne avoir des idées suicidaires entre autres en raison de ses difficultés scolaires. Son dossier clinique fait état de problèmes d'anxiété et mentionne qu'elle se lave fréquemment les mains et les ongles. Un de ses amis (connaissance) est récemment décédé dans un accident de voiture et elle s'est séparée par la suite de son petit ami.

L'oncle de Lali-Shine (frère de son père) s'est suicidé un an avant le suicide de son père.

3. BSA

BSA est un adolescent de 13 ans dont le père adoptif s'est suicidé par pendaison. BSA ne connaît pas son véritable père et c'est à l'âge de 7 ans qu'il a appris que celui qu'il tenait pour son père n'était pas son géniteur. À cette époque, il a été placé quelque temps en foyer de

groupe en Centre Jeunesse en raison de ses comportements violents. Il est retourné vivre à la maison une fois la crise résorbée.

La mère de BSA a quitté son père trois mois avant le suicide. Fâché contre sa mère, BSA est alors allé habiter chez son père qu'il considérait comme son meilleur ami et son héros, bref il l'avait placé « sur un piédestal ». La mère de BSA mentionne durant son entrevue :

« C'était de ma faute parce que c'est moi qui avais laissé son père, fait que ... là son père s'était beaucoup confié à lui pendant la séparation ; il l'avait beaucoup monté contre moi, comme quoi j'étais pas une bonne mère, que... ça fait que [BSA] quand il (son père) est parti, il était poigné avec moi. »

Le père de BSA consommait de l'alcool et de la cocaïne. Alors qu'il était plus jeune, BSA avait dû le ramener lui-même à la maison tant il était intoxiqué. Par ailleurs, son père avait déjà fait une tentative de suicide qui lui avait valu une prescription d'antidépresseurs. La mère de BSA craignait qu'il ne récidive et attente du même coup à la vie de ses enfants. Les grands parents paternels de BSA en veulent à sa mère et parlent d'elle en termes malveillants. Le père de BSA avait une fille de 16 ans d'une autre union et un autre fils plus jeune, frère de BSA. BSA n'était pas au courant des idées suicidaires de son père ni de sa tentative de suicide avant que celui-ci ne se produise.

Le jour de son suicide, le père de BSA avait invité son ex-conjointe, soit la mère de BSA, à venir le voir. C'est elle, par conséquent, qui a découvert le corps, tenté de le décrocher et contacté les ambulanciers. Le grand-père et BSA sont passés en voiture « par hasard » devant la résidence du père de BSA et, voyant les ambulanciers, BSA a spontanément cru que son père venait de tuer quelqu'un. Ce sont les policiers qui l'ont informé du suicide.

Peu de temps après les funérailles, BSA disait vouloir rejoindre son père. Il a été hospitalisé durant près d'un mois à l'hôpital Ste-Justine. Par ailleurs, il a bénéficié de quelques rencontres individuelles avec un intervenant d'un centre de prévention du suicide, mais il n'a pas apprécié cette expérience. Il a finalement été placé de nouveau en foyer de groupe au Centre Jeunesse. Il va chez sa mère les fins de semaine. Cette dernière a un nouveau conjoint que BSA n'accepte pas. Il en veut énormément à sa mère. D'après son dossier clinique, BSA manifeste un trouble oppositionnel et un trouble d'attention. Il prend une médication

composée d'un antipsychotique et d'un anxiolytique. Il poursuit sa 6e année scolaire, alors qu'il devrait fréquenter l'école secondaire. Lors de son entrevue d'évaluation des besoins avec les thérapeutes, BSA affirmait ne plus penser au suicide bien qu'il ait fait une tentative par pendaison entre la 1re et la 2e rencontres de groupe prévues par le programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)*.

Le cousin du père de BSA a déjà fait plusieurs séjours en hôpital psychiatrique et une tentative de suicide. La mère de BSA raconte que le père biologique de BSA a déjà simulé s'être ouvert les veines pour éviter qu'elle ne le laisse.

4. Kid

Kid est un adolescent de 13 ans dont le frère aîné s'est suicidé par pendaison à l'âge de 19 ans. Les cinq ans de différence entre Kid et son frère étaient à l'origine de certains conflits bien que leur relation se soit sensiblement améliorée au cours de la dernière année précédant le suicide.

« Ben, c'était pas la guerre; y avait 5 ans de différence, c'est sûr quand il était plus jeune, [le frère de Kid] avait ses amis, ça fait que [Kid] voulait suivre, pis il disait : Non, va-t-en. Il partait en bicycle, ben c'est sûr qu'il voulait pas son frère ; ils avaient pas les mêmes jeux. [le frère de Kid] jouait avec ses amis, il voulait pas que son frère joue... ça se tirait comme je pense dans toutes les familles, entre les frères, les sœurs. [...] Ça faisait à peu près un an et demi, deux ans que ça allait bien avec [Kid], là, ils se chicanait plus entre frères : [Kid] allait au feu, il l'acceptait... il l'amenait en auto avec lui; il faisait plus d'affaires avec son frère, des fois, ils allaient au cinéma. C'est pas arrivé souvent, mais ça allait ben, ils se chicanait plus. » (Parents de Kid – Entrevue)

Le frère de Kid travaillait pour son oncle. Sa consommation de marijuana et d'alcool était connue de ses parents qui ne s'en inquiétaient guère. Ses parents décrivent le frère de Kid comme un jeune homme minutieux qui faisait très attention à ses choses. « Même avant de partir, il nous a pas laissé des comptes, il a tout payé ses choses. Il était à l'ordre, t'sais » (Parents de Kid – Entrevue). Le frère de Kid avait beaucoup d'amis et n'était pas souvent à la maison. Une semaine avant son décès, il aurait avoué son amour à la copine de son meilleur ami.

Le frère de Kid s'est suicidé alors que le reste de la famille était au chalet. Il a été découvert par son meilleur ami et sa copine à qui il avait laissé des messages. Kid a appris la nouvelle lorsqu'il était seul avec un policier venu pour les informer. La famille s'est immédiatement rendue à l'hôpital où Kid a assisté à l'identification du corps.

Les parents de Kid ne trouvent pas qu'il a changé depuis le décès de son frère et ils croient que son besoin de parler viendra plus tard. Kid ne parle pas de son frère à la maison. Il couche parfois dans la chambre de ce dernier, que d'ailleurs il convoite; il porte certains de ses vêtements ; il « a pris son bicycle, sa planche de skate, de snow » et il sort à l'occasion avec les amis de son frère. Kid mentionne qu'il peut être turbulent à l'école et qu'il a des difficultés académiques. Il ne nourrit pas de pensées suicidaires.

Trois tantes de Kid (sœurs de son père) sont dépressives.

5. Kidess

Kidess est une adolescente de 14 ans dont le cousin (frère de Kid) s'est suicidé par pendaison. Son cousin travaillait pour son père. Elle mentionne avoir été très proche de son cousin qu'elle voyait trois soirs par semaine. Son affection pour lui était profonde et elle en parle comme d'un modèle :

« Comme mon cousin... Bizarre, c'était comme la personne que.. à qui... t'sais quand j'étais toute petite, que j'étais tout le temps là... Ah! c'est comme ça que je vais être pis tout. C'est lui qui a fait mon style, c'est lui que, genre, t'sais, je suis quand même une fille souriante. Je souris tout le temps pis tout, pis t'sais lui, il était une personne très souriante, pis orgueilleuse, pis il était orgueilleux, je suis orgueilleuse. On faisait tout le temps plein de conneries sans aucun sens, là, juste pour avoir du fun. Pis, genre, il m'a construit dans le fond, là. » (Kidess – Entrevue #1)

Kidess a appris que son cousin venait de se suicider pendant qu'elle était en voyage avec sa famille. Elle a réagi fortement et couru jusqu'à l'hôtel pour tenter de contacter son cousin par Internet. Elle est revenue au Québec quelques jours plus tard avec sa famille. Kidess a pensé au suicide peu de temps après le drame, mais elle n'est pas passée à l'acte, précise-t-elle, grâce au soutien d'une amie.

En plus du décès de son cousin, Kidess mentionne avoir traversé plusieurs deuils durant les derniers mois :

« Au début de l'été, ma mère, elle avait une famille d'accueil, pis euh... ça faisait 18 ans qu'elle avait les mêmes personnes, t'sais, pis là, c'était comme frères et sœurs... Là, elle a décidé de plus faire la famille d'accueil, sont partis assez loin. Je les ai plus revus. Après ça, trois semaines après, il y a eu le suicide de mon cousin; deux semaines après, mon chum me laisse ; deux semaines après, je perds mon meilleur ami. C'est sûr que ça fait beaucoup en même temps. » (Kidess –Entrevue #1)

Kidess a de bons résultats scolaires. Elle communique peu ses états d'âme à sa mère avec qui elle est souvent en conflit. Elle prend régulièrement soin de son frère autiste. Depuis le décès de son cousin, elle s'est rapprochée de Kid avec qui elle fait des activités que son cousin décédé avait l'habitude de faire.

6. Pikotine

Pikotine est une adolescente de 13 ans dont le demi-frère de 24 ans s'est suicidé à l'aide d'une arme à feu. Pikotine voyait son demi-frère la fin de semaine lorsqu'il rendait visite à leur père. Sa relation avec lui était cordiale. Deux jours avant son suicide, le demi-frère de Pikotine l'a serrée très fort dans ses bras. Pikotine a appris le décès de son demi-frère alors qu'elle était chez la conjointe de son père. On lui a dit qu'il était décédé dans un accident de voiture. On lui a avoué quelques semaines plus tard qu'il s'agissait finalement d'un suicide. Ce demi-frère avait des problèmes de consommation et avait reçu un diagnostic psychiatrique. Il avait des dettes et vivait une rupture amoureuse. Depuis le suicide de son demi-frère, Pikotine mentionne être davantage déprimée : « Depuis qu'mon frère y'est décédé, j'ai commencé à être, à être déprimée. Pis j'me sentais dans ma bulle, pis j'tais pas bien dans ma peau, pis j'me sentais mal ».

Les parents de Pikotine étaient séparés depuis ses 9 ans. Deux mois après le suicide de son demi-frère, la maison de son père a pris feu et ils ont déménagé. Pikotine devait aller habiter chez sa mère, mais ne s'y sentait pas bien. Elle s'est ensuite retrouvée en Centre Jeunesse en raison de l'instabilité de son milieu familial et de différents symptômes psychiatriques personnels dont des idéations suicidaires. Pikotine présentait également des difficultés scolaires et d'autres d'intégration sociale. Elle est retournée vivre chez sa mère tout juste

avant le début du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)*. À partir de la 5^e rencontre de groupe, Pikotine sera hospitalisée en raison d'un changement de médication. On lui prescrit des antidépresseurs et des anxiolytiques. Nous n'avons pas d'informations précises sur ses antécédents familiaux de suicide ni de santé mentale.

7. Lilou

Lilou est une adolescente de 12 ans dont le demi-frère de 20 ans s'est suicidé par pendaison. À la naissance de Lilou, son demi-frère habitait avec sa mère et son beau-père (père de Lilou). Un an plus tard, la famille entreprit un voyage qui dura 4 ans, et la mère de Lilou assurait leur éducation scolaire. À l'âge de 15 ans, le demi-frère de Lilou traversa une période psychotique reliée à la consommation de marijuana. Il fit alors plusieurs séjours en centre de désintoxication et fait au minimum deux tentatives de suicide. Lilou et son demi-frère ne se voyaient pas souvent. Lilou craignait l'agressivité de son demi-frère qu'elle avait déjà surpris à se battre avec son père: « La première fois qui s'est battu avec papa, que moi j'étais réveillée, ça m'a réveillée ben raide parce que ça faisait tellement de bruit, j'avais peur, je criais et je pleurais; j'étais dans mon lit à deux étages, là, j'étais collée contre le mur, ben raide, j'avais peur » (Lilou - Entrevue #2).

Le demi-frère de Lilou était de retour à la maison depuis deux semaines quand il s'est suicidé. Il consommait de l'alcool, n'acceptait pas son problème de santé mentale, était isolé, vivait une rupture amoureuse et avait des problèmes avec la justice. Lilou apprit le suicide de son demi-frère par sa mère venue la chercher à l'école. Lilou s'est immédiatement sentie coupable parce qu'elle prétend avoir eu le sentiment qu'il se passait quelque chose cette nuit-là et qu'une voix intérieure lui aurait dit de se lever, mais elle ne l'a pas fait. Elle mentionne avoir déjà pensé qu'un jour son frère pourrait se suicider. Elle a résidé pour une période de 24 heures dans un répit jeunesse sur une base volontaire et a rencontré un psychologue dont elle n'a pas apprécié le contact. Elle est sur la liste d'attente pour un suivi en CLSC.

Depuis le suicide, Lilou a de la difficulté à dormir et se sent fatiguée durant la journée. Son attention en classe est affectée. Sa mère refuse de lui faire passer une évaluation psychiatrique pour qu'on lui prescrive des médicaments. Une conversation avec le tuteur

(pédagogique) de Lilou l'a rassurée et les notes de l'adolescente remontent graduellement. Lilou n'a pas de pensées suicidaires, mais parle régulièrement de la mort. Malgré quelques conflits, Lilou s'est rapprochée de sa mère avec qui elle parle de son demi-frère et elle communique ses émotions.

8. Chibi

Chibi est une adolescente de 15 ans dont le père s'est suicidé par pendaison. Avant le suicide, Chibi grandissait dans une famille nucléaire harmonieuse avec sa sœur aînée, sa mère et son père. La relation entre Chibi et son père était bonne, mais non sans certaines frictions. « C'est sûr qu'avec [Chibi] il y avait un petit peu plus de frictions. Parce qu'ils avaient le même caractère un petit peu. Fait qu'il y avait un petit peu plus de frictions, mais ce n'était rien de dramatique » (Mère de Chibi – Entrevue). Rien ne laissait présager le suicide du père. La famille faisait plusieurs activités communes, ils s'entendaient bien et, depuis que les filles étaient plus grandes, les parents en profitaient pour faire davantage de sorties de couple. Le père de Chibi n'a jamais fait mention qu'il n'allait pas bien.

La mère de Chibi déclare uniquement qu'il avait tendance à être pessimiste et envieux : « Fait que c'est sûr que quand je regarde ça maintenant. C'est vrai qu'il y a bien des fois qu'il disait: c'est plate hein? Ou bien il enviait beaucoup les autres. Il enviait beaucoup, beaucoup les autres qui n'avaient pas plus que nous autres dans le fond » (Mère de Chibi – Entrevue). La conjointe attribue ce pessimisme au climat familial au sein duquel le père de Chibi a grandi. Il était le dernier de la famille et sa naissance n'aurait pas été désirée. Il ne se serait jamais senti appuyé ni valorisé par ses parents. Jeune, il a quitté la maison familiale pour aller vivre avec la mère de Chibi. Il aurait aimé faire un autre métier, mais n'a jamais reçu les encouragements nécessaires de la part de sa famille pour persévérer dans ses études.

C'est la sœur aînée de Chibi qui a retrouvé son père pendu dans la maison. Chibi a appris la nouvelle par sa mère et sa première réaction a été de rire jaune. Peu après, Chibi, sa sœur et leur mère ont quitté la maison familiale pour se trimballer entre la résidence de la sœur de la mère de Chibi et celle des grands-parents maternels. Elles sont finalement retournées durant trois mois dans leur maison pour finaliser sa vente. Durant ce temps, elles dormaient toutes

dans la même chambre et Chibi craignait de descendre au sous-sol où son père a été retrouvé. Chibi, sa mère et sa sœur sont solidaires. Elles sont déçues que des amis de la famille se soient éloignés depuis le suicide. Au Noël suivant celui-ci, elles ont concrétisé leur projet d'aller à Walt Disney malgré l'absence du père.

Chibi est inscrite dans un programme scolaire sport-étude (en patinage artistique) et elle doit maintenir de bons résultats scolaires pour le poursuivre. Après le suicide de son père, elle a eu des difficultés à maintenir ses performances sportives et elle a même fait un *black-out* sur la glace durant une compétition. Depuis, elle reprend tranquillement celle-ci. Chibi a déjà consulté deux psychologues, mais n'a plus de contacts avec eux. Durant la durée du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)*, Chibi a quitté son copain.

9. Sam

Sam est un adolescent de 13 ans dont le frère de 14 ans s'est suicidé par pendaison. Leur père était décédé d'un cancer cinq ans plus tôt et la petite famille était alors déménagée dans une région relativement éloignée. Quand la mère introduisit un nouveau conjoint dans la famille le climat familial demeura harmonieux. Sam et son frère se tiraillaient beaucoup. Entre autres, Sam se rappelle à titre de bon souvenir que son frère lui aurait asséné un coup de poing à lui faire saigner le nez pour lui voler ses écouteurs. Il mentionne qu'au moment du suicide sa relation avec son frère était « correcte », sans plus.

Le frère de Sam consommait de la drogue. Il était entouré de plusieurs amis. Il avait déclaré quelques mois avant de se suicider que 2008 allait être une année spéciale. Il avait écrit ses intentions suicidaires à un ami par courriel, mais sa mère n'en a jamais eu vent. Selon la lettre qu'il a laissée, il vivait une peine d'amour. En fait, il avait une copine, mais il était amoureux d'une autre fille.

Le frère de Sam s'est pendu dans le cabanon de la cour alors que Sam dormait dans sa chambre. C'est la mère de Sam qui a fait la découverte du corps à son retour du travail. Elle est immédiatement allée réveiller Sam pour lui annoncer : « J'ai pas pris mes gants blancs, je n'ai pas pris le temps de penser. Je lui ai *shooté* ça » (Mère de Sam – Entrevue). Quelques

jours plus tard, la mère de Sam a emmené Sam, avec son accord, voir le corps de son frère à la morgue. Depuis le décès Sam ne dort plus dans sa chambre au sous-sol mais sur le divan du salon. Juste avant le début du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* et grâce à un réaménagement de sa chambre, il a graduellement recommencé à y dormir.

Sam consomme de la marijuana deux soirs par semaine. Il a consulté pour cela et il est suivi depuis deux ans et demi par une travailleuse sociale en raison de ses comportements difficiles à la maison. On lui a diagnostiqué un trouble de l'attention pour lequel il vient de commencer une médication qui semble jouer favorablement sur ses résultats scolaires. Sa mère mentionne qu'elle craignait que Sam puisse un jour se suicider mais pas son frère.

Dans la famille élargie, le cousin de la mère de Sam s'est suicidé. Toutefois, personne n'avait de contact avec lui.

10. Sram

Sram est un adolescent de 12 ans dont le père s'est suicidé par pendaison. Il habite dans un parc de maisons mobiles avec sa mère, son frère aîné et sa soeur cadette. Les parents de Sram se sont séparés une première fois lorsque Sram avait trois ans parce que son père avait des problèmes de consommation. À la suite d'une thérapie, ils ont repris la vie commune et donné naissance à la sœur de Sram. Ils se sont séparés à nouveau deux ans avant le suicide.

« On s'était laissés. Pis là il a été travaillé à Sept-Îles. Il est revenu comme un ado. Comme un ado. Il faisait des courses de rallye, il buvait, il se droguait. Il a commencé à jouer. Pis là c'est la descente aux enfers. Il est revenu à [ville de résidence], il a pris un appartement. Il ne payait pas son appartement parce qu'il jouait. La dette de jeu a augmenté. Il a continué à boire, il a continué à se droguer. » (Mère de Sram – Entrevue)

Sram voyait son père une fin de semaine sur deux quand c'était possible. Son père n'était pas très présent dans sa vie et ils partageaient peu de choses. Quelques jours après le décès, Sram apprit de la bouche de sa mère que son père s'était suicidé et ce, en présence des intervenants du centre de préventions du suicide qu'elle avait consultés. Peu de temps avant le suicide de son père, Sram avait fait part à sa mère de ses propres pensées suicidaires et celle-ci était intervenue. Un mois après le suicide de son père, Sram a de nouveau parlé d'idéations

suicidaires, et sa mère lui a manifesté qu'elle était prête à l'envoyer en thérapie. Selon les dires de sa mère, « Ça a été fini. Il ne m'a plus jamais reparlé de ça ». Au dossier clinique, il est indiqué que Sram pense parfois au suicide.

Il a une bonne relation avec sa mère et se tiraille avec son frère et sa sœur. À l'âge de quatre ans, Sram a eu un grave accident qui a provoqué un traumatisme crânien modéré. Cela a eu pour effet de ralentir sa croissance. Il est victime de railleries à l'école à cause de sa petite taille. Il a également un trouble de l'attention et prend une médication en conséquence ; il montre les difficultés scolaires généralement associées à ce trouble. Sram a déjà participé au *Programme de thérapie de groupe pour enfants endeuillés par suicide*.

La grand-mère paternelle a un problème de consommation d'alcool et a déjà fait une tentative de suicide.

11. Poulet

Poulet est une adolescente de 17 ans dont le père s'est suicidé par strangulation. Le père de Poulet, sa mère, sa sœur cadette Charlotte (*voir* portrait suivant) et Poulet elle-même formaient une famille nucléaire harmonieuse. Ses parents étaient très unis et amoureux. Le père de Poulet avait changé plusieurs fois de travail, avait traversé une enfance difficile et vivait de grandes périodes d'angoisse. Il était suivi par un psychologue et un psychiatre, ce qui était connu de ses filles. Quelques jours avant son suicide, il a pris la décision d'arrêter sa médication en promettant à sa conjointe de la reprendre si jamais il se sentait de nouveau mal-en-point. Il n'avait jamais fait de tentative de suicide auparavant. Le père de Poulet a été trouvé dans sa voiture par un inconnu, sur un terrain proche de sa résidence. Poulet, sa sœur Charlotte et leur mère ont été avisées du suicide par des policiers.

Poulet avait une relation positive et satisfaisante avec son père. Elle partageait beaucoup d'intérêts avec lui et se qualifie elle-même comme « le gars manqué de son père ». Elle mentionne en première entrevue : « Puis moi, j'ai profité vraiment de mon père. Puis peut-être qu'une personne qui l'aura eu toute sa vie l'aura pas eu autant que je l'ai eu ». Poulet dit ouvertement qu'elle idéalise son père et qu'elle souhaite lui ressembler. Elle ne pense toutefois pas au suicide.

La relation entre Poulet et sa mère est plus tendue. Elles ont fréquemment des altercations et sont toutes deux irritables : « Pis, t'sais, ma mère, on est deux miroirs, là, on est pareilles, ça fait qu'on se poigne ». Le père de Poulet jouait habituellement le rôle de modérateur entre les deux. Depuis le suicide, Poulet sent que sa mère lui met de la pression à rester forte. Sa mère lui a d'ailleurs confié qu'elle pensait elle-même au suicide. Poulet n'ose pas partager ses émotions avec sa mère de peur qu'elle ne se mette à pleurer.

Peu après le suicide de son père, Poulet a rencontré à quelques reprises une intervenante de son école secondaire. Elle qualifie ces rencontres de positives. Elle fait maintenant son entrée au CÉGEP et s'acharne à réussir puisqu'elle éprouve de la difficulté à se concentrer et à se motiver pour étudier. Elle remet également en question son domaine d'étude; elle pense quitter les sciences humaines et s'inscrire en musique. Poulet a quitté son copain entre la 3e et la 4e rencontre du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)* et se sent mieux, soulagée, plus libre.

Poulet a également perdu son grand-père paternel par suicide il y trois ans. Elle ne le voyait pas beaucoup; il avait un problème de consommation d'alcool.

12. Charlotte

Charlotte est une adolescente de 15 ans dont le père s'est suicidé par strangulation. Charlotte est la sœur de Poulet. À la différence de celle-ci (*voir* portrait de Poulet), Charlotte était la «princesse» de son père. Elle ne partage pas les mêmes intérêts que lui, mais mentionne qu'elle n'avait pas besoin de lui parler pour qu'il la comprenne. Lors de l'annonce du suicide par les policiers, elle a eu de violentes nausées et s'est retenue pour ne pas vomir.

Charlotte entretient de bonnes relations avec sa mère et sa sœur. Lorsqu'elle ne se sent pas bien et qu'elle a peur, elle cherche du réconfort auprès de sa mère qui la berce et lui offre une place dans son lit. Charlotte entretient également une bonne relation avec un cousin de 22 ans qu'elle considère comme son grand frère. Elle trouve maintenant difficile de voir ses amies passer du bon temps avec leur père.

Charlotte a déjà eu des idées suicidaires avec plan détaillé. Elle a déjà rencontré le psychologue de son école. Elle n'a pas de difficultés scolaires. Dans le passé, Charlotte a vécu le décès d'un ami et du père d'une de ses amies. Son lien avec son grand-père paternel suicidé trois ans plus tôt était tout aussi distant que celui de sa sœur Poulet.

13. Pokmon132

Pokmon132 est un adolescent de 12 ans dont le père s'est suicidé par des lacérations à l'abdomen et à la carotide. Les parents de Pokmon132 étaient séparés depuis cinq ans. Pokmon132 habite avec sa mère et voyait son père une fin de semaine sur deux. Le père de Pokmon132 était avocat et avait reçu un diagnostic de trouble bipolaire. La relation entre Pokmon132 et son père était bonne, ils faisaient plusieurs activités ensemble. Selon sa mère:

« [Pokmon132] parle pas des mauvais moments, parce que je me doute à une certaine période où quand il allait voir son père c'était pas évident. Il m'en a jamais parlé pis, j'pense qu'il ne l'a jamais pris négativement même si, pas que ça ne se passait pas bien, mais dans la situation dans laquelle son père vivait, il a perdu la maison, il a perdu, il a tout perdu [père de Pokmon] avant d'en arriver là, à se suicider et tout ça. [Pokmon132] allait le voir, mais il vivait dans une petite chambre. Je ne crois pas que ça a eu de l'impact. Pour lui, il voyait son père, c'était ça l'important. Peut-être pas l'endroit, c'était ça. » (Mère de Pokmon132 – Entrevue).

La mère de Pokmon132 lui a annoncé le décès en omettant de dire qu'il s'agissait d'un suicide. Pokmon132 est allé le voir à l'hôpital alors qu'il était branché à des appareils. La mère de Pokmon132 lui a avoué un an plus tard que son père s'était suicidé. Pokmon132 mentionne qu'il avait eu un pressentiment : « Pour mon père, j'ai eu un pressentiment. J'avais un journal intime, puis à la fin de la page, je l'avais marqué. Son comportement avait beaucoup changé; il était malheureux; il dormait plus... mais il dormait tout le temps en fait ; il mangeait pas ; il avait jamais le sourire dans la face ; il était comme dans les vapes... » (Pokmon132 – Entrevue #1).

Malgré des tracasseries quotidiennes, Pokmon132 a une bonne relation avec sa mère. Celle-ci se dit ouverte à la discussion et, selon son témoignage, Pokmon132 n'a généralement pas de difficultés à se confier à elle. Pokmon132 a déjà parlé de suicide avec sa mère, mais il mentionne lui-même que ce n'était pas sérieux. Pokmon132 compte sur la présence masculine de son oncle, le frère de son père, avec qui il continue de faire des activités. Dans

le passé, Pokmon132 a bénéficié d'un suivi psychologique à la suite d'une agression sexuelle perpétrée par un voisin du même âge. Il a déjà participé au *Programme de thérapie de groupe pour enfants endeuillés par suicide*.

Pokmon132 vient de faire son entrée à l'école secondaire où il est victime d'intimidation ; il obtient des résultats scolaires variables. L'adolescent a aussi perdu son grand-père paternel trois mois avant le suicide de son père, puis sa grand-mère paternelle quelques mois plus tard. « Parce que j'ai perdu beaucoup de personnes : ma grand-mère, mon grand-père, mon père... là, j'aurais le goût d'y dire : cout'donc, tu me veux-tu la vie ou tu me veux pas. Dis-moi-le » (Pokimon132 – Entrevue #2).

Dans la famille, le cousin de son père s'est également suicidé plusieurs années auparavant, et la mère de Pokmon132 soupçonne que la grand-mère paternelle de Pokmon132 avait un trouble obsessionnel compulsif que trahissait une propreté excessive.

ANNEXE D

DÉROULEMENT DU PROGRAMME SELON LES GROUPES

Déroulement du programme au sein du groupe A et du groupe B

GROUPE A		GROUPE B	
EXERCICES	OUTILS	EXERCICES	OUTILS
<p>#1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présentation des participants ; • élaboration du code de vie ; • activité brise-glace – se poser des questions deux par deux ; • récit des faits relatifs au suicide – 1 ; • lecture de la lettre d’encouragement laissé par le groupe précédant. 	<ul style="list-style-type: none"> • Code de vie ; • clé du deuil. 	<ul style="list-style-type: none"> • Activité brise-glace – Réussir le lancer d’un ballon dans un panier pour se poser des questions en groupe ou s’en faire poser ; • élaboration du code de vie • <u>présentation de l’échelle de bien-être</u> ; • récit des faits relatifs au suicide – 1 • lecture de la lettre d’encouragement laissé par le groupe précédant. 	<ul style="list-style-type: none"> • Code de vie ; • échelle de bien-être ; • clé du deuil.
<p>#2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Récit des faits relatifs au suicide – 2 ; • présentation théorique du processus de deuil. 	<ul style="list-style-type: none"> • Échelle de bien-être ; • les vagues du deuil ; • les papillons ; 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Discussion sur le processus suicidaire</u> ; • <u>mythes à propos du processus suicidaire</u> ; • amorce de la discussion sur le processus de deuil. 	<ul style="list-style-type: none"> • Échelle de bien-être ; • <u>questionnaires sur les mythes à propos du processus suicidaires.</u>
<p>#3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présentation de la personne décédée ; • identification des réactions de deuil. 	<ul style="list-style-type: none"> • Échelle de bien-être ; • la boucle de Parkes ; • les papillons ; • liste des réactions de deuil. 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Présentation théorique du processus de deuil</u> ; • présentation de la personne décédée ; • discussion sur la place que prend le deuil dans la vie des adolescents. 	<ul style="list-style-type: none"> • Échelle de bien-être • les vagues du deuil ; • la boucle de Parkes ; • les papillons.
<p>#4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise au point sur le respect du code de vie ; • identification des réactions de deuil – en sous-groupe ; • identification des réactions de deuil – avec tout le groupe. 	<ul style="list-style-type: none"> • Échelle de bien-être ; • liste des réactions de deuil 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Identification des réactions de deuil</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • Échelle de bien-être ; • liste des réactions de deuil.
<p>#5</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identification des changements positifs et négatifs ; • devoir : apporter une photo qui représente la personne suicidée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Échelle de bien-être ; • réflexion écrite sur les changements ; • clé du deuil. 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Identification des réactions de deuil</u> ; • exercice sur l’expression des émotions ; • échange de coordonnées ; • devoir : apporter une photo qui représente la personne suicidée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Échelle de bien-être ; • clé du deuil.
<p>#6</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exercice de la photo (décrire la personne suicidée, qualités/défauts, legs, souvenirs, intérêts communs). 	<ul style="list-style-type: none"> • Échelle de bien-être ; • clé du deuil. 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Exercice de la photo (décrire la personne suicidée, qualités/défauts, legs, souvenirs, intérêts communs)</u> ; • poursuite de l’exercice sur l’expression des émotions 	<ul style="list-style-type: none"> • Échelle de bien-être ; • clé du deuil ; • phrases à compléter.

Suite...

<p>#7</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exercice sur l'expression des émotions ; • mise en situation de l'autobus (le rôle des cognitions sur l'expression des émotions) ; • fête de Noël. 	<ul style="list-style-type: none"> • Échelle de bien-être; • dessins représentant diverses émotions ; • réflexion écrite sur les émotions ; • phrases à compléter ; • Liste de moyens pour gérer la colère. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des changements positifs et négatifs ; • <u>jeu des dés des changements positifs et négatifs.</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • Réflexion écrite sur les changements (version modifiée) • <u>Dé marqué de faces + et de - Et dé marqué des types de changement.</u>
<p>#8</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retour sur la dernière rencontre ; • exercice sur l'expression des émotions. 	<ul style="list-style-type: none"> • Échelle de bien-être ; • phrases à compléter. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exercice des <i>post-it</i> (sentiment de culpabilité, regrets). 	<ul style="list-style-type: none"> • Échelle de bien-être.
<p>#9</p> <ul style="list-style-type: none"> • Démonstration d'une technique de résolution de problème ; • exercice de dessin d'un <i>mandala</i> pour favoriser l'expression des émotions; • devoir : mettre la technique de résolution de problème en pratique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Échelle de bien-être ; • étapes de la résolution de problèmes, • feuille vierge pour mandala 	<ul style="list-style-type: none"> • Exercice des <i>post-it</i> (sentiment de culpabilité, regrets), • démonstration d'une technique de résolution de problème ; • exercice sur l'efficacité des mécanismes d'adaptation – le coffre à outils ; • devoir : mettre la technique de résolution de problème en pratique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Échelle de bien-être ; • étapes de la résolution de problèmes, • <u>grands cartons installés dans la pièce : <i>aidant, temporairement aidant, non aidant</i> ;</u> • liste : «ce que je peux faire quand ça ne va pas bien».
<p>#10</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retour sur le devoir et la technique de résolution de problème ; • exercice des <i>post-it</i> (sentiment de culpabilité, regrets). 	<ul style="list-style-type: none"> • Échelle de bien-être ; • étapes de la résolution de problèmes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Retour sur le devoir et la technique de résolution de problème ; • identification des sources de soutien. 	<ul style="list-style-type: none"> • Échelle de bien-être ; • étapes de la résolution de problèmes, • clé du deuil, • roue du soutien.
<p>#11</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rituel de la lettre adressée à la personne suicidée ; • préparation de la dernière rencontre ; • échange de coordonnées ; • devoir : carte postale du futur (où serez-vous dans 5 ans ?). 	<ul style="list-style-type: none"> • Échelle de bien-être ; • consignes concernant le devoir de la carte postale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rituel de la lettre adressée à la personne suicidée ; • discussion sur le deuil et le temps des fêtes de Noël et du jour de l'an ; • devoir : carte postale du futur (où serez-vous dans 5 ans ?). 	<ul style="list-style-type: none"> • Échelle de bien-être ; • Textes sur le deuil et le temps des fêtes, • consignes concernant le devoir de la carte postale.
<p>#12</p> <ul style="list-style-type: none"> • Souper au restaurant ; • la carte postale ; • identification des sources de soutien ; • rédaction d'une lettre au groupe qui suivra ; • bilan des 12 rencontres –lettre personnalisée à chaque adolescent soulignant ses progrès ; • évaluation de la satisfaction. 	<ul style="list-style-type: none"> • Échelle de bien-être ; • les papillons ; • roue du soutien ; • questionnaire d'évaluation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Souper collectif dans le local habituel ; • la carte postale ; • bilan des 12 rencontres/évaluation de la satisfaction en groupe ; • rédaction d'une lettre au groupe qui suivra; • lettre personnalisée / remise de certificats. 	<ul style="list-style-type: none"> • Échelle de bien-être ; • les papillons ; • certificats.

ANNEXE E

CONTEXTE ORGANISATIONNEL ET TYPES DE SERVICES

ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS	GROUPE A RRS-CSSSL	GROUPE B CPS-QC
Satut de l'organisme	Département spécialisé du Centre de santé et de services sociaux	Organisme à but non lucratif indépendant
Organigramme	Intervenants sous la direction du coordonnateur clinique la RRS Coordonnateur clinique sous la direction des services en santé mentale du CSSSL, eux-mêmes sous la direction du directeur adjoint du CSSSL, ensuite du directeur général du CSSSL et finalement du conseil d'administration	Intervenants sous la direction du superviseur clinique* Superviseur clinique sous la direction immédiate du directeur général du CPS-QC, lui-même dirigé par le conseil d'administration.
Services offerts	<ul style="list-style-type: none"> • Thérapie de groupe pour enfants, adolescents, et adultes endeuillés par suicide et leurs proches; • postvention dans les milieux touchés par le suicide (école, milieu de travail...); • soutien clinique aux intervenants et formation. <p>N'offre aucun suivi individuel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ligne d'intervention téléphonique 24/7 pour les personnes suicidaires, endeuillées, proches d'une personne suicidaire et pour les professionnels; • rencontres, relances et accompagnement des personnes suicidaires; • suivi individuel pour personnes endeuillées par suicide; • thérapie de groupe pour enfants, adolescents, et adultes endeuillés par suicide; • postvention dans les milieux touchés par le suicide (école, milieu de travail...); • soutien clinique aux intervenants et formation de sentinelles.
Accès aux services	À la suite d'un appel dans la boîte vocale de l'organisme ou sous recommandation d'un professionnel de la santé.	Lors d'un appel à la ligne d'intervention téléphonique 24/7 ou sous recommandation d'un proche, d'un intervenant psychosocial ou d'un professionnel de la santé.
Statut des intervenants qui animent le groupe	PSY : psychologue au CSSSL Goodmen : intervenant psychosocial du Centre Jeunesse de Laval « prêté » à la RRS-CSSSL.	Floma :travailleuse sociale et superviseure clinique du CPS-QC. Maya : Stagiaire à la maîtrise en travail social.

*Dans le cas du programme *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)*, les intervenantes sont sous la direction immédiate de la direction générale puisqu'une des intervenantes est la superviseure clinique de l'organisme.

LISTE DES REFERENCES

- Agerbo, E., Nordentoft, M., & Mortensen, P.B. (2002). Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: Nested case-control study, *British Medical Journal*, 325(74), 1-5. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.325.7355.74>
- American Association of Suicidology (2009). *Survivors of suicide fact sheet*. Repéré à http://www.suicidology.org/c/document_library/get_file?folderId=232&name=DLFE-160.pdf
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3e éd.). Washington, DC: Auteur.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e éd., texte rev.). Washington, DC: Auteur.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Arbisi, P.A. (2001). Beck depression inventory-II. Dans B.S. Plake, J.C. Impara, & L.L. Murphy (Éds.), *The fourteenth mental measurements yearbook* (pp.121-123). Lincoln, Nebraska: The University of Nebraska Press.
- Archer, J. (2008). Theories of grief: Past, present and future perspectives. Dans M.S. Stroebe, R.O. Hansson, H. Schut, & W. Stroebe (Éds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 45-65). Washington, DC: American Psychological Association.
- Avrami, S. (2005). "I wish he had died in the war": Suicide survivors-the Israeli case. *Omega-Journal of Death and Dying*, 51(1), 65-75.
- Bacqué, M.-F., & Hanus, I. (1997). *Les ateliers pour enfants à vivre son deuil Île de France*. Repéré à <http://www.vivresondeuil.asso.fr/les-enfants.html>
- Balk, D.E., & Corr, C.A. (1996). Adolescents, developmental tasks, and encounters with death and bereavement. Dans C.A. Corr & D.E. Balk (Éds.), *Handbook of adolescent death and bereavement* (pp.3-23). New York, NY: Springer Publisher Company Inc.

- Balk, D.E., & Corr, C.A. (2001). Bereavement during adolescence: A review of research. Dans M.S. Stroebe, R.O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Éds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 199-217). Washington, DC: American Psychological Association.
- Barrett, T.W., & Scott, T.B. (1989). Development of the grief experience questionnaire. *Suicide and Life-Threatening Behaviors, 19*(2), 201-215.
- Beck, A.T., & Steer, R.A. (1988). *Manual for the Beck hopelessness scale*. San Antonio, Tx: Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for Beck depression inventory II (BDI-II)*. San Antonio, TX: Psychology Corporation.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10 year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry, 142*(5), 559-563.
- Berteau, G. (2006). *La pratique de l'intervention de groupe : Perception, stratégies et enjeux*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Bessette, S., & Foch, C. (2003). *Guide d'animation d'un groupe de soutien aux enfants en deuil et aux adultes qui les accompagnent : J'écoute ma toute petite voix*. St-Hyacinthe, QC : Les amis du Crépuscule.
- Boerner, K., & Heckhausen, J. (2003). To have and have not: Adaptive bereavement by transforming mental ties to the deceased. *Death Studies, 27*(3), 199-226.
- Bonnano, G.A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist, 59*(1), 20-28.
- Bonnano, G.A. (2005). Resilience in the face of potential trauma. *Current Directions in Psychological Science, 14*(3), 135-138.
- Bonnano, G.A., & Kaltman, S. (1999). Toward an integrative perspective on bereavement. *Psychological Bulletin, 125*(6), 760-776.
- Boudreau, C., & Arsénault, A. (1994). Recherche qualitative: une méthodologie différente, des critères de scientificité adaptés. *Revue de l'Association pour la Recherche Qualitative, 10*(hiver), 121-136.
- Bouvard, M., Charles, S., Guérin, J., Aimard, G., & Cottraux, J. (1992). Étude de l'échelle de désespoir de Beck: Validation et analyse factorielle. *L'encéphale, XVIII*, 237-240.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment* (Vol. 1). New York, NY: Basic Books.

- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation: Anxiety and anger* (Vol. 2). New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss, sadness and depression* (Vol. 3). New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J., & Parkes (1970). Separation and loss within the family. Dans E.J. Anthony & C. Koupernik (Éds.), *The child in his family: International yearbook of child psychiatry and allied professions* (pp. 197-216), New York: Wiley.
- Braiden, H.J., McCann, M., Barry, H., & Lindsay, C. (2009). Piloting a therapeutic residential for children, young people and families bereaved through suicide in Northern Ireland. *Child Care in Practice, 15*(2), 81-93.
- Brent, D.A., Melhem, N.M., Donohoe, M.B., & Walker, M. (2009). The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death. *American Journal of Psychiatry, 166*(7), 786-794.
- Brent, D.A., Melhem, N.M., Masten, A.S., Porta, G., & Payne, M.W. (2012). Longitudinal effects of parental bereavement on adolescent developmental competencies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 41*(6), 778-791.
- Brent, D.A., Perper, J.A., Moritz, G., Liotus, L., Richardson, D., Canobbio, R., ... Roth, C. (1995). Posttraumatic stress disorder in peers of adolescent suicide victims: Predisposing factors and phenomenology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*(2), 209-215.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Developmental Psychology, 22*(6), 723-742.
- Brown, G.W., & Harris, T.O. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock.
- Brown, A.C., Sandler, I.N., Tein, J.-Y., Liu, X., & Haine, R.A. (2007). Implications of parental suicide and violent death for promotion of resilience of parentally-bereaved children. *Death Studies, 31*(4), 301-335.
- Cain, A.C., & Fast, I. (1966). Children's disturbed reactions to parent suicide. *American Journal of Orthopsychiatry, 36*(5), 873-880.
- Cain, A.C., & Lafreniere, L.S. (2015). The taunting of parentally bereaved children: An exploratory study. *Death Studies, 39*(4), 219-225.
- Caracelli, V.J., & Greene, J.C. (1997). Crafting mixed-method evaluation designs. *New Directions for Evaluation, 1997* (74), 19-31.

- Caron, J. (1996). L'échelle des provisions sociales: La validation québécoise du social provisions scale. *Santé Mentale au Québec*, 21(2), 158-180.
- Cerel, J., Fristad, M.A., Weller, E.B., & Weller, R.A. (1999). Suicide-bereaved children and adolescents: a controlled longitudinal examination. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(6), 672-679.
- Cerel, J., Fristad, M.A., Weller, E.B., & Weller, R.A. (2000). Suicide-bereaved children and adolescents: II. Parental and family functioning. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(4), 437-444.
- Cerel, J., Fristad, M.A., Verducci, J., Weller, E.B., & Weller, R.A. (2006). Childhood bereavement: psychopathology in the 2 years postparental death. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(6), 681-690.
- Cerel, J., Jordan, J.R., & Duberstein, P.R. (2008). The impact of suicide on the family. *Crisis*, 29(1), 38-44.
- Cerel, J., Padgett, J.H., Conwell, Y., & Reed, G.A. (2009). A call for research: The need to better understand the impact of support groups for suicide survivors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(3), 269-281.
- Cerel, J., & Roberts, T.A. (2005). Suicidal behaviors in the family and adolescent risk behavior. *Journal of Adolescent Health*, 36(4), 352.e8-352.e14.
- Chen, H.-T. (1994). Theory-driven evaluations: Need, difficulties, and options. *Evaluation Practice*, 15(1), 79-82.
- Chen, H.-T. (1997). Applying mixed methods under the framework of theory-driven evaluation. *New Directions for Evaluation*, 1997(74), 61-72.
- Chen, H.-T. (2005). *Practical program evaluation : Assessing and improving planning, implementation, and effectiveness*. CA : Sage Publications.
- Chen, H.T. (2006). A theory-driven evaluation perspective on mixed methods research. *Research in the Schools*, 13(1), 75-83.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
- Cousins, J.B., & Withmore, E. (1998). Framing participatory evaluation. *New Directions for Evaluation*, 1998(80), 5-23.
- Creswell, J.W., & Plano Clark, V.L. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. CA: Sage.

- Crosby, A., & Sacks J. (2002). Exposure to suicide: Incidence and association with suicidal ideation and behavior: United States 1994. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(3), 321-328.
- Currier, J.M., Holland, J.M., & Neimeyer, R.A. (2007). The effectiveness of bereavement intervention with children: A meta-analytic review of controlled outcome research. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(2), 253-259.
- Cutrona, C.E., & Russell, D.W. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. *Advances in Personal Relationships*, 1, 37-67.
- Daigle, M., Hanus, M., Labelle, R.J., & Lake, J. (2010). Intervenir auprès des enfants endeuillés par suicide. État de la situation et exemple de deux expériences novatrices. *Médecine Palliative - Soins de support – Accompagnement – Éthique*, 10(2), 72-81.
- Daigle M., & Labelle R. (2006). *Être enfant et survivre au suicide d'un être cher : Évaluation du Programme de thérapie de groupe pour enfants endeuillés par suicide de la Ressource régionale suicide de Laval du CSSSL*. Laval: Agence de santé et des services sociaux de Laval.
- Davis, C.G., Wortman, C.B., Lehman, D.R., & Silver, R.C. (2000). Searching for meaning in loss: Are clinical assumptions correct? *Death Studies*, 24(6), 497-540.
- De Leo, D., & Heller, T. (2008). Social modeling in the transmission of suicidality. *Crisis*, 29(1), 11-19
- Deuil Jeunesse (2011). *Deuil Jeunesse : Interventions*. Repéré à <http://www.deuil-jeunesse.com/interventions>
- Dugas, M. J., Letarte, H., Rheaume, J.E., Freeston, M.H., & Ladouceur, R. (1995). Worry and problem solving: Evidence of a specific relationship. *Cognitive Therapy and Research*, 19(1), 109-120.
- Dugas, M.J., Ladouceur, R., & Freeston, M.H. (1996). Version abrégée de l'inventaire de résolution de problèmes sociaux. *Thérapie Comportementale et Cognitive*, 6(1), 59-62.
- Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M, & Hansen, W.B. (2003). A review of research on fidelity implementation: implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research*, 18(2), 237-256.
- Dyregrov, K. (2009a). The important role of the school following suicide in norway. What support do young people wish that school could provide? *Omega-Journal of Death and Dying*, 59(2), 147-161.
- Dyregrov, K. (2009b). How do the young suicide survivors wish to be met by psychologists? A user study. *Omega-Journal of Death and Dying*, 59(3), 221-238.

- Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (2005). Siblings after suicide: "The forgotten bereaved". *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(6), 714-724.
- D'Zurilla, T.J., & Nezu, A.M. (1990). Development and preliminary evaluation of the social problem-solving inventory. *Psychological Assessment*, 2(2), 156-163.
- Ellenbogen, S., & Gratton, F. (2001). Do they suffer more? Reflections on research comparing suicide survivors to other survivors. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 31(1), 83- 90.
- Endler, N.S., & Parker, J.D.A. (1999). *Coping inventory for stressful situations (CLSS): Manual* (2e éd.). North Tonawanda, N.Y.: Multi-Health Systems.
- Farberow, N. L. (1992). The Los Angeles Survivors-After-Suicide program. An evaluation. *Crisis*, 13(1), 23-34.
- Farberow, N.L. (1994). The Los Angeles Survivors-After-Suicide program. Dans E.S. Sneedman, N.L. Farberow, & R.E. Litman (Éds.) *The psychology of suicide: A clinician's guide to evaluation and treatment* (pp. 171-186). Northvale: Jason Aronson.
- Farmer, R.F. (2001). Beck depression inventory-II. Dans B.S. Plake, J.C. Impara, & L.L. Murphy (Éds.), *The fourteenth mental measurements yearbook* (pp. 123-126). Lincoln, Nebraska: The University of Nebraska Press.
- Feigelman, W., Jordan, J.R., & Gorman, B.S. (2008-2008). How they died, time since loss, and bereavement outcomes. *Omega-Journal of Death and Dying*, 54(4), 251-273.
- Filion, S., Bégin, H., & Saucier, J.-F. (2003). Analyse quantitative du vécu et des besoins des adolescents deuilés. *Revue Québécoise de Psychologie*, 24(1), 87-104.
- Fleming, S.J., & Adolph, R. (1986). Helping bereaved adolescents: Needs and responses. Dans C.A. Corr & J.N. McNeil (Éds.), *Adolescence and death* (pp. 97-118). New York, NY : Springer Publisher Company Inc.
- Fleming, S.J., & Balmer, L. (1996). Bereavement in adolescence. Dans C.A. Corr & D.E. Balk (Éds.), *Handbook of adolescent death and bereavement* (pp. 139-154). New York, NY: Springer Publisher Company Inc.
- Frances, A. (2010). How to avoid medicalizing normal grief in DSM5. *Psychiatric Times*, 16 mars 2010. Repéré à <http://www.psychiatrictimes.com/display/article/10168/1538825>
- Freud, S. (1915/1986). Deuil et mélancolie. Dans S. Freud (Éd.), *Métapsychologie*. Paris : Gallimard.

- Geninet, I., & Marchand, A. (2007). La recherche de sens à la suite d'un événement traumatique. *Santé mentale au Québec*, 32(2), 11-35.
- Gillies, J., Neimeyer, R.A., & Milman, E. (2014). The meaning of loss codebook: Construction of a system for analysing meanings made in bereavement. *Death Studies*, 38(4), 207-216.
- Glaser, B.G., & Strauss, A.L. (1967). *The discovery of grounded theory*. New York, NY : Aldine De Gruyter.
- Goodman, R. (2000). Bridging the gap in effective program implementation: From concept to application. *Journal of Community Psychology*, 28(3), 309-321.
- Greene, J.C. (2007). *Mixed method in social inquiry*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Greene, J.C., Caracelli, V.J., & Graham, W.F. (1989). Toward a conceptual framework for mixed method evaluation design. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 11(3), 255-274.
- Greene, J.C., & Hall, J.N. (2010). Dialectics and pragmatism: Being of consequence. Dans A. Tashakkori & C. Teddlie (Éds.) *Handbook of mixed methods in social and behavioural research* (2e éd.) (pp. 119-143). CA: Sage Publications.
- Grossman, J.A., Clark, D.C., Gross, D., Halstead, L., & Pennington, J. (1995). Child bereavement after paternal suicide. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 8(2), 5-17.
- Hamel, V. (2008). *Groupe de thérapie pour adolescents endeuillés par suicide (13-18 ans)*. (document inédit) Ressource régionale suicide Laval, Centre de santé et des services sociaux Laval.
- Hanus, M. (2003). *Les deuils dans la vie : deuils et séparations chez l'adulte et chez l'enfant* (2e éd.). Paris: Maloine.
- Hanus, M. (2004). *Le deuil après suicide*. Paris: Maloine.
- Henry, M., Séguin, M., & Drouin, M.-S. (2004). Les réactions des professionnels en santé mentale au décès par suicide d'un patient. *Revue Québécoise de Psychologie*, 25(3), 241-257.
- Hoffmann, W.A. (2006). Telematic technologies in mental health caring: a web-based psychoeducational program for adolescent suicide survivors. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(5), 461-474.

- Hogan, N., & DeSantis, L. (1996a). Adolescent sibling bereavement: Toward a new theory. Dans C. Corr & D. Balk (Éds.), *Handbook of adolescent death and bereavement* (pp.173-195). New York, NY: Springer Publishing Company Inc.
- Hogan, N., & DeSantis, L. (1996b). Basic constructs of a theory of adolescent sibling bereavement. Dans D. Klass, P.R. Silverman, & S.L. Nickman (Éds.), *Continuing bonds: New understandings of grief* (pp. 235-254). Washington: Taylor & Francis.
- Houle, J., Chagnon, F., Lafortune, D., Labelle, R., & Belleville-Paquette, K. (2013). Correlates of help-seeking behaviour in adolescents experiencing a recent negative life event. *Canadian Journal of Family and Youth*, 5(1), 39-63.
- Institut de la statistique du Québec (2013). *Population du Québec, par année d'âge et sexe, 2001-2013 : Mise à jour 3 décembre 2013*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/structure/index.html>
- Janoff-Bulman, R., & Berger, A. R. (2000). The other side of trauma: Towards a psychology of appreciation. Dans J. Harvey & E. D. Miller (Éds.), *Loss and trauma handbook* (pp. 29-44). New York, NY: Bruner/Mazel.
- Johnson, R.B., & Onwuegbuzie, A.J. (2004). Mixed method research: A research paradigm whose time has come. *Educational Research*, 33(7), 14-26.
- Johnson, R.B., Onwuegbuzie, A.J., & Turner, L.A. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(2), 112-133.
- Joly, J., Touchette, L., & Pauzé, R. (2009). Les dimensions formatives et sommatives de l'évaluation d'implantation d'un programme. Dans M. Alain & D. Dessureault (Éds.), *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale* (pp. 117-145). Québec, QC: Presse de l'Université du Québec.
- Joly, J., Tourigny, M., & Thibaudeau, M. (2005). La fidélité d'implantation des programmes de prévention ou d'intervention dans les écoles auprès des élèves en difficulté de comportements. *Nouveaux Cahiers de la Recherche en Éducation*, 8(2), 101-110.
- Jordan, J.R. (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(1), 91-102.
- Jordan, J.R. (2011). Group work with suicide survivors. Dans J.R. Jordan & J.L. McIntosh (Éds.), *Grief after suicide :Understanding the consequences and caring for the survivors* (pp. 283-300). New York, NY: Taylor and Francis Group.
- Jordan, J.R., & McIntosh, J.L. (2011). Is suicide bereavement different? A framework for rethinking the question. Dans J.R. Jordan & J.L. McIntosh (Éds.), *Grief after suicide :Understanding the consequences and caring for the survivors* (19-42). New York, NY: Taylor and Francis Group.

- Jordan, J. R., & McMenemy, J. (2004). Interventions for suicide survivors: A review of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 34*(4), 337-349.
- Kaltman, S., & Bonnano, G.A. (2003). Trauma and bereavement : Examining the impact of sudden and violent deaths. *Journal of Anxiety Disorders, 17*(2), 131-147.
- Kazdin, A.E., Holland, L., & Crowley, M. (1997). Family experience of barriers to treatment and premature termination from child psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(3), 453-463.
- Kivlighan Jr., D.M., London, K., & Miles, J.R. (2012). Are two heads better than one? The relationship between number of group leaders and group members, and group climate and group member benefit from therapy. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice, 16*(1), 1-13.
- Kivlighan Jr., D.M., & Tarrant, J.M. (2001). Does group climate mediate the group leadership-group member outcome relationship? A test of Yalom's hypotheses about leadership priorities. *Group Dynamics: Theory, research and practice, 5*(3), 220-234.
- Klass, D., & Walter, T. (2001). Processes of grieving: How bonds are continued. Dans M.S. Stroebe, R.O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Éds.). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 431-448). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Kuhn, T.S. (1970). *The structure of the scientific revolution*. Chicago, IL : University of Chicago Press.
- Kuramoto, S.J., Brent, D.A., Holly, & Wilcox, H.C. (2009). The impact of parental suicide on child and adolescent offspring. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 39*(2), 137-151.
- Lake, J., & Murray, S. (2002). *Programme de thérapie de groupe pour enfants endeuillés par suicide*. Laval, QC : Ressource régionale suicide Laval, Centre de santé et des services sociaux Laval
- Légaré, C., Gagné, M., & St-Laurent, D. (2014). *La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2011 : Mise à jour 2014*. Institut national de santé publique du Québec.
Repéré à
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1761_MortaliteSuicideQc_1981A2011_MA_J2014.pdf
- Lehmann, L, Jimerson, S.R., & Gaasch, A. (2000). *Teen together grief support group curriculum: Adolescence edition grades 7-12*. Philadelphia, PA: Taylor & Francis.

- Levy, R. (1994). Croyance et doute : une vision paradigmatique des méthodes qualitatives. *Rupture., Revue Transdisciplinaire en Santé, 1*(1), 92-100.
- Lin, K.K., Sandler, I.N., Ayers, T.S., Wolchik, S.A., & Luecken, L.J. (2004). Resilience in parentally bereaved children and adolescents seeking preventive services. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*(4), 673-683.
- Maple, M., Cerel, J., Jordan, J.R., & McKay, K. (2014). Uncovering and identifying the missing voices in suicide bereavement. *Suicidology Online, 5*, 1-12.
- Maxwell, J. A. (2015). Expanding the history and range of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research, 1*-16. doi: 10.1177/1558689815571132
- McIntosh, J.L. (1993). Control group studies of suicide survivors: A review and critique. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 23*(2), 146-161.
- McIntosh, J.L. (2009). USA suicide: 2004 official final date. Repéré à <http://www.ct.gov/dmhas/lib/dmhas/prevention/cyspi/AAS2004data.pdf>
- McIntosh, J.L., & Wroblewski, A. (1988). Grief reactions among suicide survivors: An exploratory comparison of relationships. *Death studies, 12*(1), 21-39.
- McLaughlin, J.S., & Jordan, G.B. (2004). Using logic models. Dans J.S. Wholey, H.P. Hatry, & K.E. Newcomer. *Handbook of practical program evaluation* (2e éd.) (pp. 7-32). San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Melhem, N.M., Day, N., Shear, M.K., Day, R., Reynolds, C.F., & Brent, D.A. (2004a). Predictors of complicated grief among adolescents exposed to a peer's suicide. *Journal of Loss and Trauma, 9*(1), 21-34.
- Melhem, N.M., Day, N., Shear, M.K., Day, R., Reynolds, C.F., & Brent, D.A. (2004b). Traumatic grief among adolescents exposed to a peer's suicide. *American Journal of Psychiatry 161*(8), 1411-1416.
- Melhem, N.M., Moritz, G., Walker, M., Shear, M.K., & Brent, D.A. (2007). Phenomenology and correlates of complicated grief in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46*(4), 493-499.
- Mitchell, A.M., Wesner, S., Garand, L., Dysart Gale, D., Havill, A., & Brownson, L. (2007). A support group intervention for children bereaved by parental suicide. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 20*(1): 3-13.

- Morin, P., Crevier, M., Couturier, Y., Dallaire, N., Dorvil, H., & Johnson-Lafleur, J. (2009). *Signification du chez-soi et intervention psychosociale à domicile dans les programmes de soutien à domicile, Enfance/Jeunesse/Famille et santé mentale* (Rapport de recherche). Sherbrooke, QC: Université de Sherbrooke, Centre de santé et des services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.
- Mucchielli, L. (1996). *Dictionnaire des sciences humaines*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Muniz-Cohen, M., Melhem, N.M., & Brent, D.A. (2010). Health risk behaviors in parentally bereaved youth. *Archive of Pediatric Adolescence, 164*(7), 621-624.
- Murphy, S.A., Baugher, R., Lohan, J., Scheideman, J., Heerwagen, J., Johnson, L.C., ... Grover, M.C. (1996). Parents' evaluation of a preventive intervention following the sudden, violent deaths of their children. *Death Studies, 20*(5), 453-468.
- Murphy, S.A., Johnson, C., Cain, K.C., Das Gupta, A., Dimond, M., Lohan, J., & Baugher, R. (1998). Broad-spectrum group treatment for parents bereaved by the violent death of their 12 to 28 year old children : A randomized controlled trial. *Death Studies, 22*(3), 209-235.
- Murphy, S.A., Johnson, L.C., Wu, L., Fan, J.J., & Lohan, J. (2003). Bereaved parents' outcomes 4 to 60 months after their children's death by accident, suicide, or homicide: A comparative study demonstrating differences. *Death Studies 27*(1), 39-61.
- Neimeyer, R. (2001). Meaning reconstruction and loss. Dans R. Niemeyer (Éd.), *Meaning reconstruction and the experience of loss* (pp. 1-9). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Neimeyer, R. A., Baldwin, S., & Gillies, J. (2006). Continuing bonds and reconstructing Meaning: Mitigating complications in bereavement. *Death Studies, 30*(8), 715-738.
- Nelson, B.J., & Frantz, T.T. (1996). Family interactions of suicide survivors and survivors of non-suicidal death. *Omega-Journal of Death and Dying, 33*(2), 131-146.
- Ness, D.E., & Pfeffer, C.R. (1990). Sequelae of bereavement resulting from suicide. *American Journal of Psychiatry, 147*(3), 279-285.
- Nock, M. K., & Ferriter, C. (2005). Parent management of attendance and adherence in child and adolescent therapy: A conceptual and empirical review. *Clinical Child and Family Psychology Review, 8*(2), 149-166.
- Noppe, L.D., & Noppe, I.C. (1996). Ambiguity in adolescent understandings of death. Dans C.A. Corr & D.E. Balk (Éds.), *Handbook of adolescent death and bereavement* (pp. 25-41). New York, NY : Springer Publisher Company Inc.

- Noppe, I.C., & Noppe, L.D. (2004). Adolescent experiences with death: Letting go of immortality. *Journal of Mental Health Counseling, 26*(2), 146-167.
- Normand, C.L., Silverman, P.R., & Nickman, S.L. (1996). Bereaved children's changing relationships with the deceased. Dans D. Klass, P.R. Silverman, & S.L. Nickman (Éds.), *Continuing bonds: New understandings of grief* (pp.87-111). Washington: Taylor & Francis.
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de Recherche sociologique, 23*, 147-181.
- Paquette, F., & Chagnon, F. (2000). *Cadre de référence pour le développement des programmes aux Centres jeunesse de Montréal*. Montréal: Coordination des activités de l'Institut Universitaire des Centres jeunesse de Montréal.
- Park, C.L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustments to stressful life events. *Psychological Bulletin, 136*(2), 257-301.
- Parkes, C.M. (1972/2003). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. New York, NY: International Universities Press.
- Patterson, G.R., & Chamberlain, P. (1994). A functional analysis of resistance during parent training therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 1*(1), 53-70.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3e éd.). Beverly Hills, CA: Sage Publications Inc.
- Pfeffer, C.R., Jiang, H., Kakuma, T., Hwang, J., & Metsch, M. (2002). Group Intervention for children bereaved by suicide of a relative. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*(5), 505-513.
- Petterson, R., Omerov, P., Steineck, G., Dyregrov, A., Titelman, D., Dyregrov, K., & Nyberg, U. (2015). Suicide-bereaved siblings' perception of health services. *Death Studies, 39*(6), 323-331.
- Pfeffer, C.R., Karus, D., Siegel, K., & Jiang, H. (2000). Child survivor of parental death from cancer or suicide: depressive and behavioural outcomes. *Psycho-oncology, 9*(1), 1-10.
- Pfeffer, C.R., Martins, P., Mann, J., Sunkenberg, M., Ice, A., Damore, J.P., ... Jiang, H. (1997). Child survivors of suicide: Psychosocial characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*(1), 65-74.

- Pies, R., & Zisook, S (2010). DSM5 criteria wont medicalize grief, if clinicians understand grief. *Psychiatrics Times*, 16 février 2010. Repéré à <http://www.psychiatrictimes.com/display/article/10168/1523978>
- Pires, A.P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans J. Poupart, L.-H. Groulx, J.-P. Deslauriers, A. Laperrrière, R. Mayer, & A. P. Pires (Éds.), *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 113-169). Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur ltée.
- Prigerson, H.G., & Maciejewski, P.K. (2005). A call for sound empirical testing and evaluation of criteria for complicated grief proposed for DSM-V. *Omega-Journal of Death and Dying*, 52(1), 9-19.
- Prigerson, H.G., Horowitz, M.J., Jacobs, S.C., Parkes, C.M., Aslan, M., Goodkin, K., ... Maciejewski, P.K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSMV and ICD-11. *PLoS Med*, 6(8): e1000121. Repéré à doi: 10.1371/journal.pmed.1000121
- Québec, Ministère de la santé et des services sociaux (1997). *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., chapitre P-38.001)*. Québec : Éditeur officiel.
- Québec, Ministère de la santé et des services sociaux (2009). *Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2)*. Québec: Éditeur officiel.
- Rask, K., Kaunonen, M., & Paunonen-Illmonen, M. (2002). Adolescent coping with grief after the death of a loved one. *International Journal of Nursing Practice*, 8(3), 137-142.
- Rice, A. (2015). Common therapeutic factors in bereavement groups. *Death Studies*, 39(3), 165-172.
- Ridde, V, & Dagenais, C. (2009). Introduction générale à l'évaluation de programme. Dans V. Ridde & C. Dagenais (Éds.), *Approches et pratiques en évaluation de programme* (pp. 11-29). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Rogers, P.J., Hacsí, T.A., Petrosino, A., & Huebner, T.A. (2000). Program theory evaluation: Practice, promise, and problems. *New Directions for Evaluation*, 2000(87), 5-14.
- Root, B.L., & Exline, J.J. (2014). The role of continuing bonds in coping with grief: Overview and future directions. *Death Studies*, 38(1), 1-8.
- Rosner, R., Kruse, J., & Hagl, M. (2010). A meta-analysis of interventions for bereaved children and adolescents. *Death Studies*, 34(2), 99-136.

- Rossi, P.H., Feeman, H.E., & Lipsey, M.W. (1999). *Evaluation: A systematic approach* (6e éd.). Newberry Park, CA: Sage Publications.
- Roy, A. (1983). Family history of suicide. *Archive of General Psychiatry*, 40(9), 971-974.
- Sandler, I.N., Ayers, T.S., Wolchik, S.A., Tein, J., Kwok, O., Haine, R.A., Twohey-Jacobs, J., ... Griffin, W.A. (2003). The Family Bereavement Program: Efficacy evaluation of a theory-based prevention program for parentally bereaved children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 587-600.
- Scheirer, M.A. (1994). Designing and using process evaluation. Dans J.S. Wholey, H.P. Hatry, & K.E. Newcomer (Éds.). *Handbook of practical program evaluation* (pp. 40-68). San Francisco : Jossey-Bass Publishers.
- Séguin, M. (1999). Évolution de concepts théoriques. Dans M. Séguin & L. Fréchette (Éds.), *Le deuil : Une souffrance à comprendre pour mieux intervenir* (pp.15-35). Montréal: Éditions Logiques.
- Séguin, M., Lesage, A, & Kiely, M. (1995). Parental bereavement after suicide and accident: A comparative study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25(4), 489-92.
- Servaty-Seib, H.L., & Hayslip, B. Jr. (2003). Post-loss adjustment and funeral perceptions of parentally bereaved adolescents and adults. *Omega-Journal of Death and Dying*, 46(3), 251-261.
- Servaty-Seib, H.L., & Pistole, M.C. (2006). Adolescent grief: Relationship category and emotional closeness. *Omega-Journal of Death and Dying*, 54(2), 147-167.
- Shear, M.K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., ... Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(2), 103–117. Repéré à doi:10.1002/da.20780
- Sheperd, D.M, & Barraclough, B.M. (1976). The aftermath of parental suicide for children. *British Journall of Psychiatry*, 129(3), 267-276.
- Siegel, K., Mesagno, F.P., & Chriat, G. (1990). A preventive program for bereaved children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60(2), 168-175.
- Silverman, P.R., Baker, J., Cait, C.A., & Boerner, K. (2003). The effects of negative legacies on children's adjustment after parental death. *Omega-Journal of Death and Dying*, 46(4), 359-376.
- Silverman, P.R, & Nickman, S.L. (1996). Children's construction of their dead parents. Dans D. Klass, P.R. Silverman, & S.L. Nickman (Éds.), *Continuing bonds: New understandings of grief* (pp. 73-86). Washington: Taylor & Francis.

- Skolits, G.J., Morrow, J.A., & Burr, E.M. (2009). Reconceptualizing evaluator roles. *American Journal of Evaluation*, 30(3), 275-295.
- Small, A.M., & Small, A.D. (1984). Children's reactions to a suicide in the family and the implication for treatment. Dans N. Linzer (Éd.), *Suicide: The will to die vs. the will to die* (pp.151-169). New York, NY: Human Sciences Press, Inc.
- Steinberg, D. M. (2008). *Le travail de groupe: Un modèle axé sur l'aide mutuelle*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Stewart, J.L., & Sharp, L.M. (2007). A cognitive-behavioral group approach to grief and loss. Dans R.W. Christner, J.L. Stewart, & A. Freeman (Éds.), *Handbook of cognitive-behavior group therapy with children and adolescents :Specific settings and presenting problems* (pp. 253-271). New York, NY : Taylor and Francis Group.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (2e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Stroebe, M.S. Hansson, R.O., Schut, H., & Stroebe, W. (2008). Bereavement research: Contemporary perspectives. Dans M.S. Stroebe, R.O. Hansson, H. Schut, & W. Stroebe (Éds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 45-65). Washington, DC: American Psychological Association.
- Stroebe, M.S., & Schut, H. (2001). Meaning making in the dual process model of coping with bereavement. Dans R.A. Neimeyer, (Éd.), *Meaning reconstruction and the experience of loss* (pp. 55-73). Washington, DC: American Psychological Association.
- Stroebe, M.S., Schut, H., & Stroebe W. (2005). Attachment in coping bereavement: A theoretical integration. *Review of General Psychology*, 9(1), 48-60.
- Sveen, C.A., & Walby, F.A. (2005). Suicide survivors' mental health and grief reactions: A systematic review of controlled studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(1), 13-29.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics*. Boston: Pearson.
- Teddlie, C., & Tashakkori, A. (2003). Major issues and controversies in the use of mixed methods in the social and behavioural sciences. Dans A. Tashakkori & C. Teddlie (Éds.), *Handbook of mixed methods in social and behavioural research*. CA: Sage Publications.
- Teddlie, C., & Tashakkori, A. (2009). *Foundations of mixed methods research*. CA: Sage.
- Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth : Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1). 1-18.

- Toseland, R.W., & Rivas, R.F. (2009). *An introduction to group work practice* (6e éd.). Boston: Pearson education inc.
- Tousignant, M. & Ehrensaft, E. (2001). La résilience par la reconstruction du sens: l'expérience des traumatismes individuels et collectifs. Dans Poilpot, M.-P. (Éd.) *La résilience: Le réalisme de l'espérance* (pp.197-221). Ramonville-Saint-Agne: Éditions Érès.
- Tousignant, M., & Séguin, M. (2008). Point de fuite ou vivre après le suicide de son père. Dans M. Hanus (Éd.), *La mort d'un parent* (pp.53-65). Paris : Vuibert Éd.
- Trois Conseils de recherche du Canada (2005). *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Ottawa: Conseil de recherches médicales du Canada.
- Tsuchiya, K.J., Agerbo, E., & Mortensen P.B. (2005). Parental death and bipolar disorder: A robust association was found in early maternal suicide. *Journal of Affective Disorders*, 86(2-3), 151-159.
- Turcotte, D., & Lindsay, J. (2008). *L'intervention sociale auprès des groupes* (2^e éd.). Montréal, QC : Les Éditions de la Chenelière Inc.
- Vallerand, R.J. (1989). Vers une méthodologie de la validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 30(4), 662-680.
- Vessier-Batchen, M., & Douglas, D. (2006). Coping and complicated grief in survivors of homicide and suicide decedents. *Journal of Forensic Nursing*, 2(1), 25-32.
- Vickio, C.J. (2000). Developing beliefs that are compatible with death: Revising our assumptions about predictability, control, and continuity. *Death Studies*, 24(8), 739-758.
- Wade, D.T. (2001). Research into the black box of rehabilitation: The risks of a type III error. *Clinical Rehabilitation*, 15(1), 1-4.
- Wakefield, J.C., & First, M.B. (2012). Validity of the bereavement exclusion to major depression: Does the empirical evidence support the proposal to eliminate the exclusion in DSM-5?. *World Psychiatry*, 11, 3-10.
- W.K. Kellogg foundation (2004). *Logic Model development guide*. Repéré à <http://www.wkkf.org/knowledge-center/resources/2006/02/WK-Kellogg-Foundation-Logic-Model-Development-Guide.aspx>

- Wortman, C. B., & Boerner, K. (2007). Beyond the myths of coping with loss: Prevailing assumptions versus scientific evidence. Dans H.S. Friedman & R.C. Silver (Éds.), *Foundations of health psychology* (pp. 285-324). New York: Oxford University Press.
- Wortman, C.B., & Silver, R.C. (1989). The Myths of Coping with Loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 349-357.
- Yalom, I.D., & Leszcz, M. (2005). *Theory and practice of group psychotherapy*. New York, NY: Basic books.
- Yin, R. K. (1989). *Case study research: Design and methods*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Zech, E. (2006). *La psychologie du deuil: Impact et processus d'adaptation au décès d'un proche*. Belgique : Éditions Pierre Mardaga, Collection Émotion.
- Zisook, S., & Kendler, K.S. (2007). Is bereavement-related depression different than non-bereavement-related depression? *Psychological Medicine*, 37(6), 779-794.