

Les trajectoires de demande d'aide des hommes à risque suicidaire¹

La limite des aidants naturels

Germain DULAC
Université McGill

Arlene LALIBERTÉ

Candidate au doctorat à l'Université du Québec à Montréal

LA PROBLÉMATIQUE

La région des Laurentides est l'une des régions où le taux de suicide chez les hommes est plus élevé que la moyenne de l'ensemble du Québec, le taux moyen pour cette population étant de 32,7/100 000 pour les années 1996 à 1998. Alors que 80 % des suicides au Québec étaient le fait des hommes, pour la seule région des Laurentides, ce taux s'élevait à 85,8 % pour la même période. La mortalité par suicide chez les jeunes hommes connaît une croissance constante depuis le début des années 1980, passant

1. Cette étude a été rendue possible grâce au soutien financier de la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides. Le comité aviséur est constitué des représentants de la Régie, Judith Légaré et Daniel Filion ; de Gilles Cuillerier du Pavillon André-Boudreau ; de Julie K. Campbell, directrice générale du Centre prévention suicide le Faubourg et de Jean-Pierre Lambert.

de 25,5/100 000 à 33,2/100 000 (MSSS, 2001). Enfin, l'analyse générale des moyens utilisés dans les décès par suicide révèle que les hommes emploient davantage des moyens plus létaux pour se suicider que les femmes (pendaison, armes à feu ou explosifs, empoisonnement, etc.). À ce constat s'ajoute celui de la prévalence des problèmes de santé mentale et de toxicomanie qui sont des facteurs de risque de suicide (RRSSSL, 1998).

En ce qui concerne la santé mentale, il est reconnu qu'entre 1 et 3 % de la population générale souffre de troubles psychiatriques, mais 7 % de la population des Laurentides déclare en être affectée. En ce qui a trait à la consommation d'alcool, le taux de consommation est similaire dans les Laurentides (6 %) à celui de l'ensemble de la population du Québec (5 %). Les hommes sont de plus gros buveurs que les femmes, leur taux de consommation (11 %) est là aussi comparable à celui de l'ensemble du Québec (13 %), et c'est le fait des jeunes de 15 à 24 ans (28 %), tout comme le polyusage, c'est-à-dire la consommation à la fois d'alcool et de drogues (RRSSSL, 1998). Malgré cette situation dramatique, toutes les données sociosanitaires indiquent que, par rapport aux femmes, les hommes utilisent deux fois moins les services de santé (Bellerose, Lavallée et Camirand, 1994).

L'origine du projet d'étude des trajectoires d'utilisation de service par les personnes à haut risque suicidaire découle des constats des études antérieures de Dulac (2001a), qui laissent entrevoir que :

1. Les hommes en difficulté ne demandaient pas d'aide, du moins jusqu'à la crise grave.
2. Les hommes en difficulté qui font des demandes d'aide formulent leur demande selon des modes qui souvent ne correspondent pas à la norme sociale et aux comportements attendus en termes de recherche de soutien, mais plutôt selon des modes genrés.
3. Les intervenants ont généralement de la difficulté à décoder les demandes d'aide telles qu'elles sont formulées par les hommes en difficulté, parce qu'elles ne correspondent pas à la norme socialement admise du comportement du client qui a besoin d'aide.
4. Il y a possibilité d'un biais sexiste structurel envers la clientèle masculine.

Ces constats rejoignent ceux de nombreux chercheurs et intervenants québécois spécialisés dans l'intervention auprès des hommes (Bérubé, 1997 ; Tremblay, 1996 ; Broué et Guévremont, 1994). De plus, les études sur les programmes d'intervention s'adressant aux hommes ont mis en évidence que les hommes sont généralement réfractaires à l'idée de consulter et que ce sont les conjointes et les proches qui veulent et demandent de l'aide pour eux (Dulac, 2001a).

LA RECHERCHE D'AIDE ET LES RÉSEAUX NATURELS ET FORMELS

Jusqu'à présent, aucune étude sur les hommes à haut risque qui se sont suicidés n'a porté sur leur trajectoire de demande d'aide. Les connaissances que nous possédons sur ce sujet proviennent d'enquêtes scientifiques connexes. Cependant, nous savons que le comportement de recherche d'aide est complexe et dépend d'un ensemble de facteurs personnels et sociaux. En effet, la recherche d'aide est modelée à la fois par le milieu social, par les antécédents sociaux et personnels et par les ressources d'aide disponibles.

Les études sur la recherche d'aide démontrent que la sollicitation de l'aide auprès des professionnels survient habituellement après des démarches auprès d'amis, de membres de la famille et de ressources de la communauté (Crespo-Medina, 1988 ; Wills, 1992). Ces sources d'aide informelle sont généralement identifiées comme constituant le réseau de soutien social d'une personne. Selon Thoits (1995), le soutien social correspond à l'ensemble des fonctions aidantes assumées par les personnes significatives de l'entourage d'une personne en difficulté. Cependant, la qualité du soutien social dont bénéficie une personne est difficile à évaluer puisque ce soutien est le résultat de transactions complexes entre la personne et son environnement. En fait, l'évaluation du soutien social apporté à une personne s'effectue par l'appréciation de trois composantes, soit les ressources de soutien, les comportements d'appui et l'appréciation subjective du soutien (Hobfoll et Vaux, 1993 ; Sarason, Sarason et Pierce, 1990 ; Vaux, 1988). La demande d'aide auprès d'une ressource formelle survient le plus souvent lorsque le soutien provenant du réseau naturel est insuffisant ou inadéquat.

LES OBJECTIFS

Ce projet de recherche vise une meilleure compréhension de la démarche qui conduit les hommes à faire appel à des services d'aide, ce qui constitue un élément central pour développer des programmes d'intervention efficaces. Nous cherchons notamment à faire ressortir les éléments qui facilitent ou font obstacle à ce processus par lequel les hommes à haut risque de suicide présentant un problème de toxicomanie et/ou de santé mentale en viennent à faire une demande d'aide. Ceci sera fait en prenant en compte les caractéristiques individuelles et environnementales de la personne, la manière dont cette demande est formulée, l'incidence des normes culturelles et plus particulièrement des comportements attendus ainsi que la manière dont cette demande d'aide est perçue, en s'attardant

aux éléments qui inhibent la prestation de service, tant du point de vue du client que des organismes. Au départ, les objectifs étaient centrés sur l'aide formelle, mais l'analyse préliminaire a mis en lumière, d'une part, la contribution importante du réseau naturel et, d'autre part, les limites de ce même réseau.

LA MÉTHODOLOGIE

Pour chacun des 26 cas étudiés, les données furent recueillies par entrevue auprès d'une personne endeuillée (famille, amis, collègues, pairs) à la suite du suicide d'un proche. Ces personnes endeuillées ont été recrutées parmi la clientèle des services de suivi offerts par le Centre de prévention suicide le Faubourg. Par souci éthique, la collecte des données fut effectuée par les intervenants du Faubourg et intégrée à la routine du service de suivi de deuil. Cette procédure a le mérite d'être non intrusive et fait partie de la dimension thérapeutique du suivi. Cette collecte des données a été faite à l'aide d'une grille d'entrevue semi-structurée visant à reconstituer la démarche de recherche d'aide du sujet décédé par suicide. L'entrevue a eu lieu à l'endroit le plus approprié pour le participant. Avec l'accord de ce dernier, l'entrevue a été enregistrée et transcrite intégralement ultérieurement. Chaque entrevue débute par un rappel de la nature et des objectifs de la recherche, suivi de la lecture et de la signature du formulaire de consentement par le participant. Par la suite, il est invité à répondre à des questions d'ordre général sur la situation personnelle du sujet avant son décès, sur la relation qui le liait au sujet et sur des thèmes centraux. Ensuite, il est invité à raconter les événements entourant le décès du sujet, si ce décès a été ou non précédé d'une demande d'aide et si oui, quels ont été les personnes contactées, les critères et circonstances qui ont motivé son choix de confident, la manière dont cette demande fut formulée. L'entrevue porte également sur l'accueil et la perception de la demande d'aide, les services offerts et les éléments qui ont inhibé la prestation de services, tant du point de vue du client que des organismes. La grille d'entrevue a été l'objet d'un prétest.

La démarche de traitement et d'analyse des données s'inscrit dans le courant de l'analyse comparative constante (Glaser et Strauss, 1967 ; Strauss et Corbin, 1990). Sans prétendre à la généralisation au sens strict, l'approche *grounded theory* conduit à la construction théorique. Autrement dit, c'est la théorisation à partir de principes généraux issus de situations particulières (Tesch, 1990). Selon cette méthode, la collecte et l'analyse des données sont menées simultanément, donc s'enrichissent mutuellement. Bien que les questions de départ et les guides d'entrevue induisent une structure initiale des données, le cadre d'analyse se précise

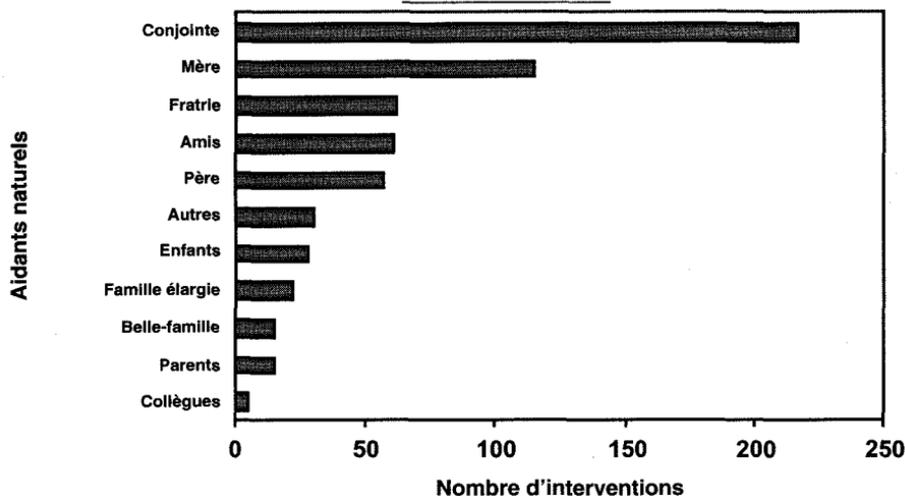
avec la progression de la recherche. La procédure d'analyse des données s'est faite en trois étapes, soit le codage ouvert et la validation interjuges, l'analyse axiale (horizontale et verticale) et l'analyse sélective (Strauss et Corbin, 1990). La gestion du corpus généré par la réduction des données à été soutenue par le logiciel Microsoft Access.

LES RÉSULTATS DE L'ANALYSE

L'analyse préliminaire a mis en lumière, d'une part, la contribution importante du réseau naturel et, d'autre part, les limites de ce même réseau. De façon générale, ces résultats indiquent que le réseau naturel des hommes suicidaires est très actif pour reconnaître des problèmes chez ces derniers et leur venir en aide. En effet, pour les 26 cas analysés jusqu'à présent, 730 problèmes ont été nommés par l'entourage. L'aide offerte aux hommes proviendrait principalement de la conjointe, mais aussi des parents, des amis et d'autres sources diverses comme des membres de la famille immédiate et élargie, la belle-famille, des collègues de travail, des voisins et des autres connaissances. Le graphique qui suit décrit plus précisément la répartition de l'aide offerte aux hommes de notre échantillon.

GRAPHIQUE 1

Fréquence d'aide

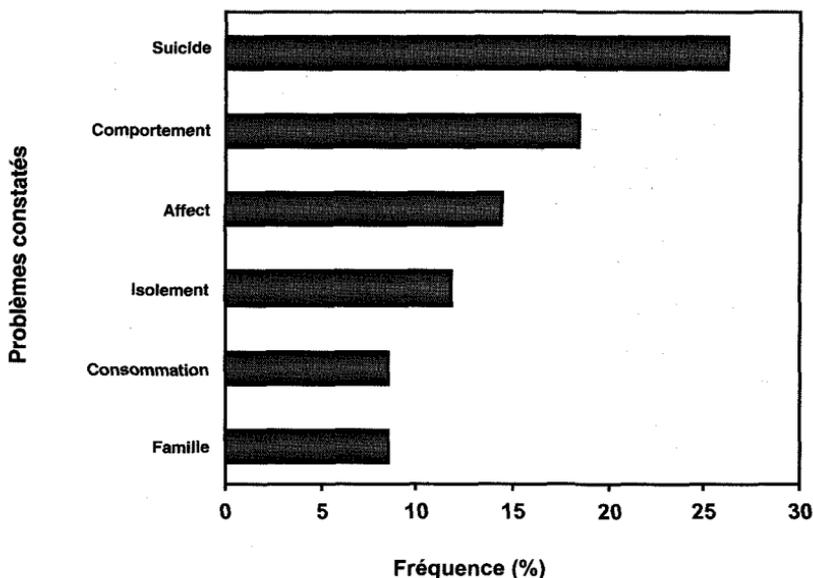


Par contre, pour 90 problèmes rapportés, nous n'avons pas d'information sur l'aide offerte et pour un cinquième des cas où un problème a été perçu (152) aucune intervention n'est faite par l'entourage. À ce point, une mise en garde doit être faite. La non-réaction du réseau naturel à l'observation d'un problème vécu par le sujet ne signifie pas qu'il n'a jamais reçu d'aide ou de soutien de ses proches. Incidemment, cela ne présume pas non plus de la qualité et de la quantité de l'aide et du soutien offert par l'aidant à un autre moment. Cela signifie qu'à un moment donné dans la vie du sujet, un aidant naturel a observé un problème que vivait le sujet et qu'aucune action n'a été entreprise à ce moment-là. Il s'agira donc d'investiguer ces situations par des analyses sélectives.

Déjà nous pouvons observer que les problèmes perçus pour lesquels aucune aide n'a été donnée sont diversifiés. Ils comptent entre autres des faits, des gestes et des comportements pouvant signifier que le sujet est suicidaire, l'expression d'émotions par le sujet ou l'observation par l'entourage que ce dernier ne va pas bien, l'isolement affectif et/ou social du sujet, la consommation d'alcool ou de drogues ainsi que des conflits familiaux. Le tableau qui suit présente les détails relatifs à ces situations².

GRAPHIQUE 2

Problèmes et leur fréquence lorsque le réseau ne fait rien



2. La fréquence ne totalise pas 100 %, car certaines problématiques ont été retranchées à cause du trop petit nombre de cas.

Pour chacun des problèmes perçus, nous avons cherché à connaître quels types d'acteurs étaient impliqués, c'est-à-dire si le sujet avait fait des tentatives de suicide antérieures ou non et quelle personne dans le réseau naturel du sujet a perçu le problème mais n'est pas intervenue à ce moment. Ce qui suit est une description plus détaillée des six cas de figures qui renvoient à des types de difficultés rencontrés par le sujet pour lequel il n'a pas reçu d'aide en décrivant, comme nous l'avons déjà mentionné, si le sujet a fait une tentative antérieure et quel aidant naturel est cité. Subséquemment, nous analyserons plus en détail le contexte relationnel propre à chacune de ces situations.

PREMIER CAS DE FIGURE

Pour le moment, nous remarquons que, dans 26 % des situations où l'entourage n'offre pas de soutien à leur proche en détresse, les aidants naturels avaient perçu soit un message, des signes ou reçu des confidences pouvant signifier des idéations suicidaires. Il s'agit donc de situations de suicides explicites, dans lesquelles les hommes ayant fait antérieurement une ou plusieurs tentatives de suicide sont surreprésentés (59 %). Les proches impliqués sont les amis, plus particulièrement les amis de bars, les ex-conjointes et les nouvelles copines. Ces derniers ont été à un moment donné moins actifs auprès du sujet avec une histoire de tentatives de suicide. On peut penser que la non-action est due à la faiblesse du lien relationnel avec le sujet décédé, soit parce que ce sont des amitiés masculines traditionnelles, une nouvelle relation amoureuse non développée ou encore une relation de couple dégradée avec l'ex-conjointe. Mais sans aucun doute, la question de l'intimité relationnelle semble être un facteur non négligeable.

DEUXIÈME CAS DE FIGURE

Dans 18 % des situations de non-aide, les aidants ont observé des changements significatifs de comportements, incluant des manifestations de violence. Ici aussi, le plus haut pourcentage d'hommes ayant fait des tentatives antérieures sont en cause. Les proches cités sont les conjointes et la famille élargie, lesquels seraient dans certains cas moins actifs à réagir aux problèmes et aux changements de comportements et d'attitudes de ces hommes.

TROISIÈME CAS DE FIGURE

L'expression d'affects (tristesse, fébrilité, pleurs) par le sujet ou l'observation de ceux-ci par l'entourage compte pour 14 % des situations où il n'y a pas eu d'intervention de la part des aidants naturels. Dans cette catégorie, contrairement à ce que l'on retrouve pour la précédente, les sujets n'ayant jamais fait de tentatives de suicide sont majoritaires. Les amis, la belle-famille et les ex-conjointes sont moins actifs auprès des hommes lorsqu'ils expriment de telles émotions négatives avant de passer aux actes.

QUATRIÈME CAS DE FIGURE

L'isolement (retrait affectif et social) représente 12 % des situations où l'on ne fait rien. Encore une fois, pour les situations d'isolement social et affectif observées par les aidants naturels et pour lesquelles aucune action n'a été faite, nous retrouvons une plus grande proportion d'hommes n'ayant jamais fait de tentatives. Dans ce cas, les conjointes sont le plus souvent citées comme le proche le moins prompt à réagir aux signes de retrait social et affectif de ces hommes.

CINQUIÈME CAS DE FIGURE

La consommation abusive d'alcool et de drogues représente 9 % des situations où aucune intervention n'est faite par l'entourage. Pour cette catégorie, la non-action se répartit de façon équivalente entre les sujets n'ayant jamais fait de tentatives de suicide dans le passé et ceux ayant déjà attenté à leurs jours. Toutefois, certains acteurs, notamment la famille élargie, semblent moins sensibles à la consommation abusive du sujet avec tentatives antérieures, alors que pour les sujets n'ayant jamais fait de tentatives de suicide, ce sont les collègues de travail et les autres connaissances qui n'interviennent pas.

SIXIÈME CAS DE FIGURE

Fait particulièrement intéressant, une grande majorité de sujets décédés n'ayant jamais fait de tentatives de suicide ont vécu bon nombre de conflits familiaux pour lesquels aucune intervention n'a été faite (9 % des situations où on ne fait rien). En revanche, il faut mentionner que les hommes avec une histoire de tentative multiples de suicide ont un vécu spécifique qui les place en situation de discordance presque permanente avec

leur famille. L'intensité et la fréquence des conflits font en sorte que, pour ce groupe, l'entourage ne perçoit peut-être plus les situations de conflits comme sortant de l'ordinaire.

Cette analyse préliminaire révèle que : 1) l'entourage perçoit le mal-être de l'homme en détresse ; 2) le réseau naturel tente, de nombreuses et de diverses façons, d'offrir aide et soutien à l'homme en détresse ; 3) la « suicidalité » d'un individu à l'intérieur d'un réseau à un impact important sur tous les membres du réseau en question ; des analyses futures nous éclaireront davantage sur la relation que le sujet entretenait avec cette personne et les impacts des difficultés vécues par le sujet sur ses relations avec son entourage ; 4) pour une prévention plus efficace, nous devons mieux soutenir le réseau naturel.

DISCUSSION

Il faut donc reconnaître les limites du réseau naturel des hommes en difficulté. Ces limites sont de trois ordres. Premièrement, le réseau naturel peut agir efficacement en prévention du suicide à la condition d'être sensible aux signes de suicide. Ainsi, l'aide que peut apporter le réseau naturel est relatif à la connaissance et la reconnaissance de ces signes. Selon l'Association québécoise de suicidologie (2001), ces signes incluent, mais ne sont pas exclusifs aux verbalisations sur la mort ou sur le suicide, les changements importants de comportements, d'attitudes ou des sautes d'humeur, des troubles du sommeil, des dons d'objets significatifs, l'isolement, une consommation abusive d'alcool, de drogues ou de médicaments, un manque d'énergie ou une hyperactivité, une perte d'intérêt et une mise en ordre des affaires personnelles. Cependant, la reconnaissance des signes n'est qu'un début. Encore faut-il ouvrir le dialogue avec la personne en détresse, la prendre au sérieux et se montrer compréhensif face à l'ampleur de sa détresse. Il est important de vérifier si la personne pense au suicide et, si tel est le cas, jusqu'à quel point elle a planifié son geste (comment, où, quand). Plus le geste est planifié, plus l'urgence d'intervenir est grande. Les personnes entourant les sujets de la présente recherche ont su reconnaître les signes de détresse de leur proche. Par contre, dans près du cinquième des cas, rien n'a été fait par rapport à ces constatations. Ceci démontre que la sensibilisation de la population aux signes du suicide n'est pas suffisante en tant que stratégie de prévention.

Deuxièmement, une limite du réseau naturel est lié à l'épuisement du réseau de soutien social de l'individu suicidaire. Bien que des facteurs comme la capacité d'adaptation et de résolution de problème de l'individu suicidaire et la qualité du stresser doivent être pris en considération

lors des analyses du rôle du soutien social dans le processus suicidaire (Rudd, 1993), les recherches en suicidologie tendent à démontrer que le soutien social agit en tant que tampon contre les idéations suicidaires (DeMan, 1998 ; Vanderzee, Buuk et Sanderman, 1997 ; Vilhjalmsson, Kristjansdotti et Sveinbjarnardottir, 1998). Par contre, si l'entourage a un impact sur la personne suicidaire, l'inverse est aussi vrai. En effet, les résultats préliminaires de cette recherche tendent à montrer que des répercussions importantes se font sentir sur l'entourage. La détresse de la personne suicidaire altère non seulement sa propre humeur et ses propres comportements, mais en retour a une grande influence sur la dynamique interactionnelle avec les personnes de son entourage. Cette nouvelle dynamique, étrangère aux acteurs (suicidaire et entourage), influence sûrement la façon d'intervenir des membres de l'entourage pour venir en aide à leur proche suicidaire.

L'épuisement du réseau de soutien a été considérablement documenté, entre autres en ce qui concerne le fardeau des aidantes naturelles (Bouchard, Gilbert et Tremblay, 1999 ; Demers, Lavoie et Drapeau, 1992 ; Ducharme, 1997 ; Gariépy, 1999). Cependant, un manque évident de recherches se fait sentir au regard de l'impact particulier de la suicidalité d'un individu sur son entourage. Hormis Mishara (1995) qui avance quelques pistes de réflexion sur cette réalité, aucune étude spécifique n'a été entreprise sur ce sujet. Les changements de dynamique familiale et leurs effets sur l'individu suicidaire ainsi que sur la capacité de soutien de son réseau représentent des thèmes de recherches méritant une investigation en profondeur, compte tenu du potentiel préventif que de telles connaissances pourraient receler.

Un troisième aspect de la limite du réseau naturel concerne la faiblesse structurelle du réseau de soutien des hommes. Les effets positifs du réseau social sur la santé sont soulignés dans de nombreuses études épidémiologiques (Pasini et Francescato, 2001). Une personne qui multiplie les contacts avec autrui et participe activement à la vie sociale se porte mieux qu'une personne qui mène une existence solitaire. Mais le réseau de soutien est le produit de transactions complexes entre la personne et l'environnement (Pasini, 1996). Si l'on analyse les comportements des sujets masculins, on constate que leurs besoins d'intimité sont aussi grands que ceux des sujets féminins. Cependant, ces derniers camouflent leurs besoins d'intimité derrière des exigences avouables sur le plan social, c'est-à-dire « n'avoir besoin de personne » est souvent une tentative désespérée de nier son désir profond d'intimité. Dans cette optique, pour sauver la face, pour sauvegarder une image factice de virilité, les hommes paient souvent un prix démesuré, vivant des difficultés croissantes dans leurs rapports affectifs jusqu'à la crise.

La littérature montre également que les hommes comptent presque exclusivement sur les conjointes, les mères, sœurs et autres femmes pour le soutien émotif (Dulac, 2001a). Cette dépendance affective est un handicap qui, dans certaines circonstances, peut être fatale. Ainsi, la difficulté des hommes à vivre et à exprimer l'intimité émotive aux autres hommes devient la source principale des problèmes sociaux. Ces problèmes, comme les ruptures d'unions et l'instabilité des relations conjugales, sont vécus dans le privé (relationnels), mais ont aussi une répercussion publique. Jourard (1971) nomme *dispiritation* (la désespérance) la perte de sens de la vie rendant les hommes vulnérables aux problèmes de santé mentale et au suicide.

Certes, les hommes ont des amis sur qui compter en cas de coup dur. Ces amis ont l'avantage de permettre le développement de soutiens instrumentaux et informatifs, lesquels ne sont pas sans valeur. Les hommes sont de bons conseillers, offrent des avis et informent les autres en plus d'offrir du soutien tangible, tels des petits services (réparation, entretien, transport) et des gros services (Wellman, 1992). Mais qu'en est-il du soutien affectif offert par les amis masculins? Wellman (1992) montre que le soutien concerne des tracas mineurs concernant la famille et le travail, permettant aux hommes de ventiler leurs frustrations ou leur angoisse. Les amis masculins dits intimes offrent plus rarement du soutien émotif à grande échelle et à long terme pour des problèmes plus graves, tels que le divorce, la rupture amoureuse et le deuil.

Passick (1990) ajoute que même lorsqu'un homme en vient à se confier à un autre homme, l'attitude de ce dernier est passablement différente de celle d'une femme confidente. Ainsi, il observe qu'une femme confidente écoute attentivement et va par la suite s'enquérir quotidiennement de la situation qui préoccupe la personne, à savoir l'homme qui s'est confié à elle. En revanche, se confier à un autre homme c'est, au départ, une chose risquée. Un homme confident écoute, soutient, mais il va surtout conseiller et donner des avis sur la situation vécue par l'autre. Par contre, il ne fera pas de suivi, c'est-à-dire qu'il ne s'enquerra pas de la situation dans les jours ou les semaines qui suivent. C'est dans de telles circonstances que l'amitié masculine est décevante, insuffisante et qu'une telle attitude de la part du confident peut blesser.

Nous savons que, dans les relations de soutien, plus l'émotion exprimée est négative, plus grande est l'intimité perçue. De la même façon, plus l'état émotif est intense, plus l'intimité perçue est grande (Howel et Conway, 1990). Par ailleurs, les hommes parlent surtout de choses positives protégeant ainsi leur image de soi (Dulac, 2001a). Dans cette optique, les hommes ont peu de chance d'avoir un sentiment de grande intimité. On peut penser qu'une telle attitude est le fait de personnes qui adhèrent aux

stéréotypes de la masculinité. La masculinité traditionnelle recoupe les caractéristiques des personnalités/comportements de type A : comportement agressif, fortement hostile, excessivement compétitif, faible réseau de soutien (Helgeson, 1995). Ces caractéristiques sont alors antinomiques à l'offre et à la réception du soutien social et plus particulièrement du soutien affectif/émotif, c'est-à-dire compréhension, réconfort, aide, sécurité. L'offre et la réception de soutien sont le propre des relations où se manifestent l'expression affective, le dévoilement de soi (ce qui présume l'intimité) et l'empathie, c'est-à-dire un ensemble de traits qui sont paradoxaux avec la masculinité traditionnelle. Incidemment, l'empathie est l'élément qui permet de maintenir les liens sociaux de soutien, mais elle semble contradictoire avec la masculinité traditionnelle (Trost, Collin et Embree, 1994).

On sait déjà que les attributs traditionnels de la masculinité constituent des facteurs de risque de suicide (Dulac, 2001b). Des études complémentaires pourraient nous éclairer sur le profil des hommes décédés par suicide et plus particulièrement sur leurs attitudes à l'égard des rôles masculins traditionnels en ce qui concerne l'intimité, un élément central des transactions complexes structurant les réseaux de soutien et d'aide.

BIBLIOGRAPHIE

- Association québécoise de suicidologie (2001). *Pour prévenir le suicide... agissons!* Document de la Semaine provinciale de prévention du suicide, Association québécoise de suicidologie, p. 145-146.
- Bellerose, C., C. Lavallée et J. Camirand (1994). *Enquête sociale et de santé 1992-1993. Faits saillants*, Québec, Santé Québec, 72 p.
- Bérubé, J., coroner (1997). *Rapport d'enquête publique sur les causes et les circonstances des décès : Françoise Lirette, Loren Gaumont-Lirette, René Gaumont, survenus à Baie-Comeau, le 9 septembre 1996*, Québec, Ministère de la Justice du Québec, 68 p.
- Bouchard, Nicole, Claude Gilbert et Marielle Tremblay (1999). « Des femmes et des soins. L'expérience des aidantes naturelles au Saguenay », *Recherches féministes*, 12(1), p. 63-76.
- Broué, Jacques et Clément Guévremont (1994). « La résistance des intervenants dans l'accueil et la référence des conjoints violents », *Le travailleur social*, 62(3), p. 101-103.
- Crespo-Medina, J. D. (1988). *Help-Seeking Behavior and Its Social Context : Social Networks, Network Orientation and Social Acceptability of the Problem*, UMI.
- DeMan, A.F. (1998). « Correlates of suicidal ideation : Personal variables, stress, and social support », dans A.A. Leenaars et al. (dir.), *Suicide in Canada*, Toronto, Ontario, University of Toronto Press, p. 151-161.

- Demers, Andrée, Jean-Pierre Lavoie et Aline Drapeau (1992). « L'aide apportée par des tiers et les réactions des aidantes naturelles à la prise en charge de personnes âgées en perte d'autonomie », *Santé mentale au Québec*, 17(2), p. 205-225.
- Ducharme, Francine (1997). « La détresse des soignants familiaux », *L'infirmière du Québec*, 4(3), p. 40-47.
- Dulac, G. (2001a), *Aider les hommes... aussi*, Montréal, VLB Éditeur, 187 p.
- Dulac, G. (2001b), « Les difficultés qu'ont les hommes suicidaires à demander de l'aide », *Actes du colloque du Barreau du Québec 2001, Le rendez-vous de l'excellence*, Montréal, Barreau du Québec, p. 1-15.
- Gariépy, Marie-Hélène (1999). « Les aidantes naturelles parlent ! », Étude de cas dans la région des Laurentides, Rapport de recherche, Saint-Jérôme, Québec, Gouvernement du Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux, Direction de la santé publique, 64 p.
- Glaser, B. et A. Strauss (1967). *The Discovery of Grounded Theory*, Chicago, Aldine.
- Helgeson, Vicki, S. (1995). « Masculinity, Men's Roles, and Coronary Heart Disease », dans Donald Sabo et David Frederick Gordon, *Men's Health and Illness. Gender, Power, and the Body*, Thousand Oaks, Sage, p. 68-104.
- Hobfoll, S.E. et A. Vaux (1993). « Social support : Social resources and social context », dans L. Golberger et S. Breznitz (dir.), *Handbook of Stress : Theoretical and Clinical Aspects*, New York, The Free Press, p. 685-706.
- Howell, A. et M. Conway (1990). « Perceived Intimacy of Expressed Emotion », *Journal of Social Psychology*, 130(4), p. 467-476.
- Jourard, S.M. (1971). *The transparent self*, New York, Van Nostrand Reinhold.
- Mishara, B.L. (1995). « How family and friends react to suicide treats », B.L. Mishara (dir.), *The impact of suicide*, New York, Springer, p. 73-81.
- Pasomo, W. (1996). *Éloge de l'intimité*, Paris, Petite bibliothèque Payot, 389 p.
- Pleck, J. (1981). *The Myth of Masculinity*, Cambridge, MIT Press.
- Passick, Robert S. (1990). « Friendship between men », dans Richard L. Meth et Robert S. Passick, *Men in therapy. The challenge of change*, New York, The Guilford Press, p. 108-127.
- Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Direction générale de la santé publique. Direction de l'analyse et de la surveillance de la santé et du bien-être (2001). *Surveillance de la mortalité au Québec : 1977-1998*, p. 186.
- Rudd M.D. (1993.) « Social support and suicide », *Psychological-Reports*, 72(1), p. 201-202.
- Sarason, B.R., I.G. Sarason et G.R. Pierce (1990). « Traditional views of social support and their impact on assessment », dans B.R. Sarason, I.G. Sarason et G.R. Pierce (dir.), *Social Support : An Interactional View*, New York, John Wiley & Sons, p. 427-453.
- Strauss, A. et J. Corbin (1990). *Basics of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Techniques*, Newbury Park, CA, Sage.
- Tesch, R. (1990). *Qualitative Research : Analysis Types and Software Tools*, New York, Falmer Press.

- Thoits, P.A. (1995). « Stress, coping, and social support processes : Where are we? What next? », *Journal of Health and Social Behavior* (suppl.), p. 53-79.
- Tremblay, G. (1996). « L'intervention auprès des hommes. Vers un modèle d'intervention s'adressant aux hommes les plus traditionnels », *Service social*, 45(2), p. 21-30.
- Trobst, K., R.L. Collin et J.M. Embree (1994). « The role of emotion in social support provision : Gender, empathy and expression of distress », *Journal of Social and Personal Relationships*, 11, p. 45-62.
- Vanderzee, Ki, B.P. Buuk et R. Sanderman (1997). « Social support, locus of control, and psychological well-being », *Journal of Applied Social Psychology*, 27(20), p. 1842-1859.
- Vaux, A. (1988). *Social Support: Theory, Research, and Intervention*, New York, Praeger.
- Vilhjalmsson, R., G. Kristjansdotti et E. Sveinbjarnardottir (1998). « Factors associated with suicide ideation in adults », *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33, p. 97-103.
- Wellman, B. (1992). « Men in Network: Private Communities, Domestic Friendships », dans P.M. Nardi, *Men's Friendship*, Thousand Oaks, Sage, p. 74-114.
- Wills, T.A. (1992). « The helping process in the context of personal relationships », dans S. Spacapan et S. Oskamp (dir.), *Helping and Being Helped : Naturalistic Studies*, Newbury Park, CA, Sage.