

Entrevue avec Richard Carpentier

François Leroux

Volume 7, numéro 1, automne 1996

Le dernier pont

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/801028ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/801028ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Collège Édouard-Montpetit

ISSN

1181-9227 (imprimé)

1920-2954 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Leroux, F. (1996). Entrevue avec Richard Carpentier. *Horizons philosophiques*, 7(1), 51–64. <https://doi.org/10.7202/801028ar>

ENTREVUE AVEC RICHARD CARPENTIER

par François Leroux

Richard Carpentier est détenteur d'une maîtrise en éthique et d'un doctorat en philosophie. Il enseigne la philosophie et l'éthique au Collège dominicain de philosophie et de théologie d'Ottawa et à l'Université du Québec à Hull. Il est membre de divers comités d'éthique, dont celui de Suicide-Action Montréal. Il fut l'un des fondateurs et administrateurs de Suicide-Action Montréal.

L'existence d'un organisme comme Suicide-Action Montréal Inc. (S.A.M.) — comme de tout autre organisme du même genre d'ailleurs — et l'existence d'un code de déontologie qui balise le travail de ses intervenants traduisent, certes, la volonté d'une intervention qui soit morale; mais cela veut aussi dire que l'on part du principe qu'il est moralement acceptable d'intervenir auprès de la personne suicidaire. Qu'est-ce qui fonde pour vous l'intervention de S.A.M.?

Nous partons de la prémisse suivante : les gens qui nous appellent font librement la démarche de rejoindre l'organisme. Bien sûr, dans notre société — et c'était là la position de la Commission de réforme du droit du Canada dans un rapport publié en 1986¹ — les gens sont libres de se suicider. Ils n'ont pas le «droit» de le faire, mais ils sont libres de le faire. Par contre, les gens nous appellent et font une démarche, ce que nous, à S.A.M., nous entendons comme une demande d'aide. Nous ne considérons pas que, par là, les gens abandonnent complètement leur autonomie, mais ils ouvrent une porte. Ce qui nous permet d'intervenir, même si notre intervention est

1. cf. Commission de réforme du droit du Canada, *Pour une nouvelle codification du droit pénal*, Rapport n° 30, vol. 1, Commission de réforme du droit du Canada, 1986; cf. aussi : Commission de réforme du droit du Canada, *Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement*, Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services, 1982.

toujours susceptible d'être limitée par les appelants.

Il y a des gens qui ont dit, et vous entendrez cela encore : «Si on vous appelle, ce n'est pas toujours pour qu'on empêche le suicide, ce pourrait être même le contraire : il est possible qu'on appelle pour obtenir de l'aide pour commettre l'acte». Peut-être, mais cela ne fait pas partie de notre mandat. Nous voulons aider les gens à vivre. C'est pourquoi nous interprétons d'emblée leurs appels comme une demande d'aide. Nous pensons que les gens qui téléphonent à notre organisme mettent un peu en veilleuse leur autonomie, ce qui nous permet d'intervenir, d'essayer surtout de réduire leur souffrance et de leur offrir la possibilité de faire un autre choix que le suicide. Il n'est pas question de faire le choix pour eux, mais de les aider à réduire leur souffrance, à y voir plus clair. Il ne faut pas oublier que les gens demeurent tout aussi libres de faire ce qu'ils veulent lorsqu'ils coupent l'appel. La conversation téléphonique permet seulement aux personnes de voir autre chose, que leur souffrance envahissante les empêche de voir et, peut-être, de choisir une autre issue.

Ainsi, la personne qui appelle a réglé ou du moins situé le problème moral de l'intervention : il s'agit alors essentiellement, pour l'organisme, d'offrir une réponse à une demande.

Il reste toujours le problème des limites de l'intervention. C'est un peu comme lorsque nous allons voir le médecin. Il fait un diagnostic, il va choisir des outils thérapeutiques. On peut toujours dire non. Mais on demande à cet individu de nous aider. Le médecin doit essayer d'aider et de convaincre, ultimement, du bienfait du traitement qu'il propose. Il y a une limite cependant à respecter afin de préserver l'autonomie de la personne.

En construisant un code de déontologie on a voulu satisfaire le besoin de poser des balises pour l'ensemble du processus d'intervention. Le code offre des définitions, marque des limites et énonce des règles. Comment s'est-il élaboré à l'origine?

Au moment même où nous avons fondé l'organisme, les questions de fond se sont posées. Quelle est notre position à l'égard de la vie? À qui appartient la vie? À l'individu? À la collectivité? Au gouvernement? Aux intervenants? Nous avons choisi la position qui veut que la vie appartienne à l'individu mais que, solidairement, lorsqu'il nous appelle, l'individu nous en remet une petite partie entre les mains. Il était important, pour nous, de voir ce que nous allions faire avec cette partie d'une vie qu'on nous demande de considérer, avec cette souffrance qui s'expose dans l'entretien.

Dès le départ, certains problèmes sont apparus et, lentement, nous avons trouvé quelques solutions. Mais à partir du moment où l'organisme a commencé à grossir, dès l'instant où les intervenants furent de plus en plus nombreux et que le roulement des bénévoles est devenu important, il a fallu que les réponses que nous avions trouvées graduellement puissent être reprises et adoptées par les uns comme par les autres. L'organisme avait lentement trouvé sa cohérence et il était essentiel que, d'un intervenant à l'autre, les réponses ne varient pas, que le service offert soit le même quelle que soit l'heure d'appel. C'est justement cette harmonisation que nous avons cherchée à partir des résultats de l'expérience et de la réflexion de tous. Rapidement, il nous est paru évident qu'il fallait rédiger un code d'éthique.

Le premier code d'éthique était très rudimentaire, il a été fabriqué sur un coin de table. Il s'agissait d'une première tentative. Mais avec le temps, lorsque l'organisme a grossi de nouveau, que nous avions 50, 60 et même 100 bénévoles et qu'il y avait désormais plusieurs types de services à assurer — service d'écoute téléphonique, démarche de rencontre en «face à face», etc — les situations devenaient plus complexes. Il fallait négocier avec les hôpitaux, avec la police, les services d'urgence et les services ambulanciers. Un tour d'horizon s'imposait avec les permanents et les bénévoles pour identifier les situations où les gens hésitaient et se demandaient ce qu'il fallait faire. Une fois l'inventaire réalisé, il fallait trouver des réponses et présenter l'ensemble de manière à ce que cela

forme un tout homogène. Cinq grands principes ont été retenus lors de la rédaction du code et ils ont fourni les grandes divisions qui l'organisent. Un premier, qui définit la nature même de notre travail, sert de point de départ et de principe interprétatif du code; les autres apparaissent dans le titre de chacune des sections.

L'exigence de consistance est primordiale dans la fabrication d'un code pour harmoniser des pratiques. Est-ce qu'il y avait des conflits, des divergences, des contradictions dans les conceptions fondamentales qu'il a fallu arbitrer?

L'arbitrage a été fait au départ. Après quelques années d'opération, au moment où le code a été élaboré, il y avait certaines positions divergentes, mais elles n'étaient pas fondamentales. Avec le temps, les positions se sont établies fortement et les gens qui se joignaient à l'organisme savaient à quoi s'attendre. Le code n'a fait que confirmer une situation assez claire à ce sujet.

Donc le code exprime des consensus.

Oui, mais il faut dire que dans une certaine mesure il vient aussi les imposer. D'une part, on trouve dans le code certaines réserves qui disent que l'individu en situation doit se servir de son propre jugement. Mais, d'autre part, il y a ce consensus issu de l'expérience que le code vient renforcer en même temps qu'il s'appuie sur une harmonisation faite avec le droit et l'éthique des professions de la santé. On s'est servi des critères éthiques qui régissaient les organismes officiels. Je rappelle que nous n'étions pas tenus d'avoir un code d'éthique. Nous n'étions pas, non plus, soumis à la loi sur la confidentialité à cause de la nature de notre organisme : nous ne sommes pas un CLSC ou un hôpital. Mais nous avons décidé d'utiliser les mêmes standards que les organismes officiels. Ce qui signifie que les gens peuvent s'attendre à être traités par S.A.M. avec autant de respect que dans un hôpital; cet exemple a peut-être, pour certains, des connotations plus ou moins positives, mais je vise ici la question de la qualité des services.

Les codes, en général, se construisent dans une zone située entre l'expérience et les lois, c'est-à-dire dans un lieu bordé par des repères socialement constitués et des contraintes strictes. Autour de la question du suicide, quelles étaient les limites précises à observer?

Les grandes balises légales autour de la question du suicide ne sont pas tellement nombreuses. La tentative de suicide est un geste décriminalisé depuis 1972, surtout pour des raisons de compassion, pour faciliter l'aide. L'acte criminel consiste à aider à se suicider ou à conseiller à une personne de se suicider. Ce qui va contre notre principe premier qui est de privilégier la vie. À ce niveau il n'y a donc pas de contraintes et on peut résumer en disant que la personne qui téléphone à S.A.M. ne se place pas dans la position de commettre un acte criminel. Il y avait, toutefois, certaines situations particulières à envisager lorsqu'il est question de l'appel placé par l'individu qui est mineur. Qu'est-ce qu'on fait dans ce cas? Doit-on aviser les parents? Doit-on aviser les services officiels de la Protection de la jeunesse? Le code apporte ici les précisions nécessaires.

À l'époque, nous n'étions pas soumis aux règles de la confidentialité. Mais le Code civil a été modifié depuis ce temps et il est possible que nous soyons dans l'obligation de réviser certains aspects de nos règles en ce domaine. En effet, ce sont toutes les personnes qui amassent des informations qui sont désormais soumises à ces nouvelles règles alors qu'auparavant la réglementation ne concernait que certains organismes. Mais je crois que les dispositions du code de déontologie prévues à l'époque sont compatibles avec l'évolution du Code civil dans la mesure où les règles nouvelles sur la confidentialité n'ont fait que consacrer largement des règlements et des pratiques qui étaient en vigueur depuis longtemps et dont nous nous étions inspirés.

La question des contraintes légales n'a donc pas posé au départ des difficultés importantes. Les gens qui travaillent à S.A.M. sont, en général, des bénévoles qui ne sont donc pas soumis aux règles des corporations professionnelles, même

s'ils sont psychologues, pour prendre cet exemple. Je veux dire par là que l'individu qui travaille à S.A.M. ne doit pas se présenter ou agir comme psychologue ni intervenir à ce titre. Cette idée est essentielle et nous ramène à ce qui définit l'action de S.A.M.. Notre organisme a été fondé en s'inspirant de deux conceptions fondamentales. La première est celle qui marque l'action des *Samaritans*, une idée née en Angleterre et que nous avons importée de la région de Boston. La seconde est celle qui caractérise l'action des Centres de prévention du suicide où l'on trouve une approche plus médicalisée, plus marquée en ce sens par les professions reliées à la médecine. Nous avons, en quelque sorte, «fusionné» les deux idées. Les *Samaritans*, ce sont des pairs qui aident leurs pairs, des citoyens aidant d'autres citoyens. Il ne s'agit pas là de professionnels même si l'action menée vise la qualité de l'acte professionnel. C'est l'idée du «bon Samaritain» : il doit agir de façon prudente, mais il n'est pas *tenu* d'obtenir des résultats.

Votre organisme propose donc une action qui constitue davantage une relation d'aide.

C'est cela. Si l'individu qui s'adresse à nous a besoin d'un type d'aide plus spécialisée, plus près du type d'interventions que proposent certains professionnels, on l'aidera à se la procurer. Le type d'aide offerte par S.A.M. échappe aux normes professionnelles pour s'ajuster aux règles plus générales de prudence. Disons que le bénévole, malgré la formation qu'il reçoit, pourrait être perçu comme un ami intéressé.

Le bénévole qui arrive à Suicide-Action y vient peut-être sur la base d'un choix disons «philosophique»; mais il sera aux prises avec des décisions qui sont liées à la relation d'aide tout autant qu'à des questions qui sont essentiellement morales.

Beaucoup des gens qui viennent pour être bénévoles sont des gens qui sont en formation: ils étudient en psychologie ou en travail social. Pour eux, c'est une expérience qui leur permet d'être en contact avec des problèmes réels. Le code d'éthique

sera un élément important de leur formation. Celle-ci ne consiste pas uniquement à expliquer comment écouter, comment «retourner» les questions et aller chercher de l'information, comment aider à diminuer la souffrance. Au-delà de ces éléments qui disent ce qu'il faut faire, il y a le problème de l'attitude à adopter envers la personne qui téléphone. C'est la qualité de cette attitude qui va déterminer la qualité de la réponse morale. Le code va alors fournir des précisions. Dans la mesure où l'échange est téléphonique, les comportements à prohiber sont plus limités. Mais comme d'autres formes d'aide sont maintenant disponibles, le code édictera certaines normes pour les rencontres en face à face, par exemple. Ainsi, on ne doit pas proposer ses services professionnels qu'on pourrait fournir en dehors de l'organisme; on ne doit pas avoir de relations sexuelles, on ne doit pas agir autrement qu'en s'engageant dans la recherche d'un bienfait pour l'individu qui vient nous voir. C'est l'attitude qui est surtout mise en cause par le code, beaucoup plus que les savoir-faire que l'intervenant a développés pour offrir à celui qui appelle des solutions, pour apaiser sa souffrance.

La lecture du code permet de repérer assez facilement les prescriptions qui ont été jugées nécessaires et les énoncés qui concernent cette question de l'attitude.

Pour écrire le code, il nous a fallu presque une année complète et, lors de la consultation auprès des bénévoles et des permanents, on nous a indiqué assez clairement ce qu'il fallait prescrire ou plutôt, pour le dire avec plus de précision, ce qu'il fallait «proscrire».

Ce qu'on avait à l'époque identifié comme à proscrire s'est-il révélé, si l'on en juge par l'expérience, en quelque sorte bien visé ? Est-ce que l'essentiel avait été trouvé ?

Je pense que oui. On n'a rien ajouté depuis. Ce qu'on nous a demandé depuis lors, ce sont des précisions pour des nouvelles pratiques comme celle, par exemple, du programme d'aide par l'écriture. Mais en général, les proscriptions, peu nombreuses d'ailleurs au total, n'ont pas été transformées.

Comment a-t-on écrit la partie du code où la conversation cesse et où d'autres moyens d'intervention s'imposent? Le code évoque les situations où on doit avoir recours aux services d'Urgence-Santé; on y fait référence aussi à la situation dite d'«urgence-8». Dans ces cas où il ne s'agit plus essentiellement de parler et où le type d'aide change, que vous a appris l'expérience à propos des précisions données par le code ? Se sont-elles révélées suffisantes?

L'«urgence-8» n'existe que lorsque l'individu a fait une tentative de suicide. Il est alors engagé dans un processus qui peut mener à la mort . Enfin, ce n'est pas toujours très clair, mais prenons le cas de l'individu qui nous dit qu'il a ingurgité tant de pilules, de telle sorte et ainsi de suite. Alors, le processus ne peut pas être inversé par l'individu laissé à lui-même et la conversation ne donnerait pas grand-chose. Il faut intervenir. Car on est en présence d'un individu qui choisit de ne pas raccrocher, qui choisit tout de même de rester en contact avec nous. Nous nous croyons alors légitimés de poursuivre notre intervention dans le but d'empêcher que la mort survienne, si c'est possible. On peut imaginer dans une étape ultérieure un autre type d'intervention : mais au moment où l'individu a la voix pâteuse, nous dit qu'il a pris ceci ou cela, il n'est plus temps de discuter de sa peine d'amour, par exemple. Il faut intervenir autrement.

Il est évident que, dans certains cas, on peut se demander si on a bien fait. Par exemple, dans le cas de ce qu'on appelle le suicide «rationnel». On envisage ici la situation de l'individu qui a une raison très sérieuse de se suicider. Je ne veux pas dire qu'on n'a jamais ou très peu de raisons sérieuses de se suicider. Je me situe ici dans une perspective qui rejoint ce que bien des enquêtes ont montré à propos de gestes suicidaires mieux acceptés par les gens : pensons à l'individu qui est en phase terminale. Il y a donc des cas où l'on peut se demander si on a bien fait d'intervenir autrement qu'avec les mots. J'ai consulté plusieurs responsables de centres ici et aux États-Unis. Tous ont reconnu cette possibilité de cesser l'intervention. Une responsable de centre, d'un certain âge, m'a même confié avoir

pris des arrangements avec son médecin pour qu'il l'aide à se suicider si elle était dans une situation médicale désespérée.

Nombre de facteurs contribuent à l'efficacité d'un code de déontologie : il y a la clarté de ses énoncés, son intelligibilité, les modalités de sa diffusion, etc. Mais un des facteurs les plus importants concerne la manière dont il est appliqué. À ce sujet, le code lui-même semble peu détaillé. Pouvez-vous nous dire ce qui se passe dans les cas où le code de S.A.M. n'est pas respecté?

La question d'ensemble de l'application du code concerne d'abord son implantation même. Tous les bénévoles qui viennent travailler à S.A.M. reçoivent une formation et lors de cette formation, ils sont introduits au code et ils prennent connaissance des stipulations qu'il contient. La question de l'application du code concerne ensuite l'usage que l'on en fait. Devant un problème, les bénévoles vont se référer au code. La difficulté que l'on rencontre le plus souvent est la suivante : comment interpréter la règle ou l'indication du code de déontologie en fonction de tel problème particulier? Le plus gros problème en est donc un d'interprétation. Lors de la formation, certains ont parfois l'impression qu'une situation ou une autre n'a pas été envisagée par le code. Mais le plus souvent, il est possible — je dirais pour 90% des cas — de montrer que telle difficulté est prévue dans le code en ce sens qu'en interprétant telle règle on peut en arriver à trouver une indication qui s'applique au problème qu'ils soulèvent. Et lors de ces discussions, les bénévoles acceptent généralement cette interprétation du code. Il s'agit donc de bien lire le code et de l'interpréter de manière à rejoindre la situation qu'on est en train de vivre. En outre, les plus anciens aident les nouveaux venus à s'y retrouver.

S'il y a des gens qui ne respectent pas les règles, il faut voir quelle règle n'est pas suivie. S'il s'agit d'une simple règle d'attitude, on tentera de corriger, d'indiquer à la personne la façon d'agir la plus appropriée dans les circonstances. C'est d'ailleurs cette situation qui se produit le plus souvent. Si c'est une règle d'importance, si l'on va à l'encontre d'une proscription,

la personne est alors suspendue ou elle est renvoyée de l'organisme parce qu'elle n'a pas respecté quelque chose de suffisamment important qui est prescrit ou proscrit dans le code. On ne doit pas, par exemple, avoir de relations sexuelles avec quelqu'un qui a demandé notre aide. On ne négocie pas là-dessus. Il y va non seulement de l'image de l'organisme, mais aussi de la nature même de l'activité dans laquelle il est engagé. Surtout, il y va du bien-être des appelants qui ne sont pas là pour cela.

Ce sont surtout les gens en place, les permanents, qui noteront ces manquements et qui vont les faire connaître aux responsables. Les actions à prendre par la suite dépendent donc de la gravité du problème qui surgit et le code est clair en ce qui concerne les conséquences les plus importantes qui découlent du non-respect des règles. Évidemment, comme la plupart du temps on est devant des gens qui se parlent au téléphone, le problème des relations sexuelles ne se pose pas souvent. Mais on peut constater qu'un bon service n'est pas donné et c'est le genre de difficulté qui sera signalée par les pairs puisque ceux qui appellent sont plutôt mal placés pour se plaindre. Ils peuvent toujours tenter de le faire savoir, mais ce n'est pas facile pour eux. Dans le cas des rencontres en face à face, c'est plus aisé de faire connaître sa plainte. Celle-ci est immédiatement étudiée par les responsables et le comité d'éthique.

Il y a donc un comité d'éthique permanent à S.A.M.?

Oui, il y a un comité d'éthique permanent qui s'occupe à la fois des problèmes de clinique et des problèmes de recherche. Car, à l'origine, l'organisme s'étant doté d'un code provisoire mais suffisant pour les besoins du temps, le comité d'éthique, lui, a surtout été institué parce qu'il y avait des demandes venant des chercheurs. La question de l'éthique de la recherche s'est d'abord posée, puis celle de l'éthique de la clinique. Historiquement, c'est l'éthique de la recherche qui a forcé la mise en place d'un comité d'éthique.

Je veux préciser que les bénévoles qui viennent à S.A.M.

s'engagent par écrit à respecter la philosophie de l'organisme et le code d'éthique de l'organisme. Lorsqu'il y a des manquements, il est rare que ce soient les usagers qui les signalent; le plus souvent ce sont les autres bénévoles ou les permanents. Quand des manquements sont signalés, les choses sont traitées avec le plus grand sérieux. Par ailleurs, il y a de nouveaux problèmes qui émergent actuellement. Il y a de plus en plus souvent des personnes qui appellent et font des menaces en disant qu'elles vont commettre des homicides-suicide. Comment réagir? Comment appliquer ce que dit le code dans le cas de ces situations concrètes nouvelles? Là encore, c'est le comité d'éthique qui est appelé à proposer une réflexion sur les modes d'action possibles.

Vous nous avez expliqué que le code de S.A.M. s'était inspiré d'éléments qu'on retrouve dans les règles régissant certaines professions. Dans ce cas, le code d'éthique est une référence générale. Mais on sait qu'il y a des instances chargées de veiller à l'application du code et, toujours, il y a un rituel qui entoure le code : il suffit de penser aux serments d'office, aux promesses solennelles, etc.

Le rituel, dans le cas qui nous occupe ici, c'est, pour l'envisager de manière globale, la formation du bénévole et son engagement écrit. Tout ce qui est encadrement clinique relève d'ailleurs de la même démarche. On se demande toujours si la personne intervient de manière adéquate ou non. Évidemment, on ne fait pas toujours référence au code d'éthique pour évaluer cela car cet aspect de l'intervention relève de ce qu'on pourrait appeler le «vécu» ou l'expérience clinique de l'organisme et elle se codifie d'une manière qui lui est propre. Il y a toujours des choses qui ne sont pas dans le code.

Est-ce que la dimension éthique a été une dimension importante dans l'évolution de l'organisme?

Au départ, oui, parce qu'il y avait en quelque sorte un corps de doctrine à élaborer qui allait déterminer la perspective dans

laquelle devait se faire le travail d'aide. Après-coup, cela peut sembler anodin, mais ce n'était pas chose facile d'obtenir un consensus sur cette perspective. Ce consensus acquis, le reste devient une question d'expérience dont on doit profiter, que l'on doit noter et transmettre. C'est dans le sens fort une tradition qui s'élabore.

Parlons de l'avenir : compte tenu de l'expérience acquise par l'organisme, de l'évolution de la société québécoise et de la réalité même du suicide au sein de cette société, quels sont les éléments du code de S.A.M. qui pourraient être revus? Quel sens devrait-on donner à ces changements?

Il faudrait surtout se pencher une nouvelle fois sur la question complexe des homicides-suicide. Ce phénomène n'est pas nouveau : on en connaissait l'existence au moment où l'on a rédigé le code. Mais avant tout, nous étions informés d'un jugement, récent à l'époque, prononcé aux États-Unis et qui concernait directement cette question. Il s'agissait d'une action en justice mettant en cause les «Regents» de l'Université de Californie et un psychiatre qui ont été tenus responsables de ne pas avoir aidé une personne à se protéger efficacement contre un individu dangereux. Il s'agit d'une cause importante qui a été jugée jusqu'à la Cour Suprême des États-Unis. Dans cette affaire («Tarazov versus les Regents de l'Université de Californie»), d'ailleurs, les tribunaux n'ont pas pris position en invoquant un article précis de la législation américaine, mais en invoquant l'esprit de la loi. Ils ont été amenés à conclure que dans certaines circonstances le secret professionnel doit être brisé quand la vie d'un tiers est menacée et qu'on doit alors lui fournir suffisamment d'information pour lui permettre d'assurer sa sécurité avec efficacité. Il n'y a pas de loi ou de jurisprudence semblable en droit canadien. Toutefois, l'Association des psychiatres du Canada a proposé à ses membres, par le biais d'articles publiés dans la *Revue canadienne de psychiatrie*, des règles de conduite qui vont dans le même sens que ce que les tribunaux américains ont conclu. Ce qui nous préoccupe ici c'est de protéger la tierce personne sans compromettre la relation d'aide.

Le code de S.A.M. évoque cette situation de menace et prévoit qu'en pareil cas, il faut faire des démarches positives comme celle d'entrer en contact avec la personne visée, de l'informer de la menace qui pèse sur elle, de sorte qu'elle puisse se protéger. Mais toute cette question de l'homicide-suicide est complexe, elle a des dimensions qui ne sont pas prévues par le code et je crois que, sur ce point, on devra apporter d'autres précisions à la lumière d'éventuels changements législatifs, et pour mieux encadrer les interventions dans ce type de situation.

En terminant, puisqu'un code d'éthique a notamment pour visée d'aider à prendre des décisions ou encore à faire des choix, pourriez-vous nous indiquer ce qui constitue le principal dilemme d'un bénévole qui travaille chez vous?

Jusqu'où intervenir? C'est la grande question. On en a parlé: à S.A.M. on interprète le coup de téléphone de quelqu'un comme un appel d'aide, même s'il nous dit: «Écoute, je t'appelle seulement pour avoir de la compagnie pendant que je vais mourir; je ne veux pas vraiment que tu m'aides, mais je ne veux pas mourir tout seul». Voilà sans doute le contexte le plus difficile. Doit-on intervenir même quand la personne nous dit qu'elle ne veut pas, alors qu'en même temps elle téléphone à un organisme comme S.A.M. qui est connu pour l'aide qu'il apporte? Comment interpréter une telle affirmation? Comme un signe d'ambivalence? Doit-on intervenir quand la personne dit: «Je ne veux pas que tu envoies l'ambulance»? Suicide-Action l'envoie malgré tout mais, quelquefois, ces situations créent des contextes cliniques et émotifs très déchirants pour les bénévoles.

Il y a aussi la question de l'anonymat et des nouvelles technologies de l'information. S.A.M. n'est pas un organisme qui offre un service anonyme. Il offre un service confidentiel, oui, mais jamais anonyme puisque nous tenons des dossiers. Les gens qui nous appellent le savent. Même si une personne ne dit pas son nom, nous cherchons à obtenir un minimum d'informations; on lui donnera un pseudonyme, par exemple. Cela peut nous aider beaucoup dans certaines circonstances où des gens abusent de nos services. Mais avec les technologies actuelles,

nous pouvons connaître presque immédiatement le nom ou le numéro de téléphone de la personne qui nous appelle. En principe, nous ne devons pas connaître l'identité de la personne jusqu'à ce qu'elle nous la divulgue. Mais la technique permet de savoir à tout le moins les coordonnées de l'appel. Il est probable que cette nouveauté exigera qu'on apporte des précisions au code en ce sens que si le travail d'aide, à un niveau pratique, n'est pas totalement transformé par cette technologie nouvelle, celle-ci fait en sorte que le contrat moral qui lie l'organisme à l'individu doit être clarifié.

Richard Carpentier, je vous remercie.