

Service social : une longue tradition d'intervention lors d'une crise suicidaire

Social work: A long tradition of intervention in suicidal crisis

Gilles Tremblay

Volume 37, numéro 2, automne 2012

Le suicide

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1014952ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1014952ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Tremblay, G. (2012). Service social : une longue tradition d'intervention lors d'une crise suicidaire. *Santé mentale au Québec*, 37(2), 209–221. <https://doi.org/10.7202/1014952ar>

Résumé de l'article

Ce texte porte sur la place du service social dans la recherche et l'intervention en matière de suicide. Il se divise en trois sections : le paradoxe du service social par rapport au suicide, les apports de cette profession dans l'intervention et la recherche, et un exemple à partir d'une recherche menée par l'auteur sur la dépression chez les hommes.



Service social : une longue tradition d'intervention lors d'une crise suicidaire

Gilles Tremblay*

Ce texte porte sur la place du service social dans la recherche et l'intervention en matière de suicide. Il se divise en trois sections : le paradoxe du service social par rapport au suicide, les apports de cette profession dans l'intervention et la recherche, et un exemple à partir d'une recherche menée par l'auteur sur la dépression chez les hommes.

Le service social est sans aucun doute l'une des principales professions interpellées par le suicide, notamment par le nombre important de travailleurs sociaux qui œuvrent dans les centres de crise, et les services d'accueil psychosocial dans les Centres de Santé et de Services sociaux (CSSS). Ce texte porte sur la place du service social dans la recherche et l'intervention en matière de suicide. Son propos abordera trois grands points : le paradoxe du service social en matière de suicide, les principaux apports de cette profession dans le domaine du suicide et un exemple à partir de la recherche sur la dépression chez les hommes que nous avons menée.

Le paradoxe du service social en matière de suicide

Lorsqu'on fait une recherche sur Internet à partir des mots clés « service social » (et son équivalent en anglais « *social work* ») et « suicide », on constate rapidement un paradoxe important, confirmé par une étude britannique (Joe et Niedermeier, 2008). D'une part, le service social apparaît à peu près à chaque fois qu'on parle de suicide, puisque c'est une des professions qui est rapidement interpellée par sa présence importante dans les différents services en santé mentale. Lorsqu'il est question d'un protocole ou d'un guide d'intervention, on s'adresse souvent, en premier ou en deuxième lieu, aux travailleurs sociaux. En fait, cela reflète le fait que les travailleurs sociaux sont relativement nombreux dans les services en santé mentale. Aux États-Unis, ils constituent le principal groupe disciplinaire, avec le plus d'effectifs dans le domaine

* Ph.D., travailleur social. École de service social, Équipe Masculinités et Société, Université Laval.

de la santé mentale, effectifs les plus à la hausse (Joe et Niedermeier, 2008). D'autre part, quand on regarde dans le domaine de la recherche, les travailleurs sociaux se font rares. Dans leur recension des 25 292 articles publiés entre 1980 et 2006, par des travailleurs sociaux ou dans des revues de service social en Angleterre, Joe et Niedermeier (2008) ont retrouvé seulement 131 articles s'intéressant au suicide, ce qui tranche radicalement avec la place importante qu'occupe le suicide dans l'intervention.

Plus encore, il y avait 27 articles de type descriptif, 65 de type explicatif et uniquement 8 % en matière d'évaluation de programmes. Autrement dit, les travailleurs sociaux sont très présents dans la pratique, mais ils n'évaluent que très peu ce qu'ils font. Ils essaient de mieux comprendre le phénomène, un peu comme les autres professions peuvent le faire. De ce bilan, on peut constater que les richesses des pratiques ne sont pas suffisamment mises en évidence. Tous ces savoirs d'expérience méritent d'être davantage connus, et les travailleurs sociaux ont sans aucun doute un rôle important à jouer en ce sens. Il faut dire que, de manière générale, les travailleurs sociaux se définissent davantage comme des « intervenants », « dans l'action », et non comme des chercheurs ou des penseurs.

Quelques apports spécifiques du service social dans le domaine de l'intervention et de la recherche sur le suicide

Les prochaines lignes mettent en évidence certains apports du service social en matière de suicide sur les plans de la justice sociale, de l'intervention en situation de crise, du modèle *Person in Environment* (PIE, la personne dans son environnement), de l'approche centrée sur les forces, du développement du pouvoir d'agir et des études de genres et des autres diversités.

Le service social a développé son propre corpus théorique qui comprend à la fois des connaissances en matière de savoir, de savoir-faire, de savoir être et de savoir dire, mais aussi de valeurs qui lui sont chères. L'une de ses premières valeurs est sans aucun doute la justice sociale (Drolet et Dubois, 2011 ; Fraser, 2005 ; Lundy, 2004 ; Thibault, 2011). Historiquement, les travailleurs sociaux se sont toujours rangés du côté des plus démunis. Le terme « démunis » est pris au sens large. On parle des pratiques inclusives ou anti-oppressives qui se sont développées en travail social, notamment la mobilisation des communautés (Carignan, 2011 ; Lundy, 2004). En matière de suicide, cela signifie entre autres dénoncer le peu de place qu'occupe cette problématique dans notre société. Il demeure surprenant que les médias soient rapide-

ment scandalisés d'une baleine échouée sur une plage, mais si peu même pour des dizaines de personnes mortes par suicide au cours de la même période.

Le deuxième point touche l'intervention en situation de crise, partagée par plusieurs disciplines, mais dont les travailleurs sociaux ont été à l'avant-garde sur le plan théorique et clinique. On pense notamment à des auteurs comme Du Ranquet (1981), Kaplan et Wheeler (1983), Lindsay (1997), Roberts (2001), Aguillera (2005) pour n'en nommer que quelques-uns. L'intervention en situation de crise demeure l'une des assises les plus fondatrices du travail clinique lors d'une crise suicidaire, que le travail soit effectué par un centre de prévention du suicide, un centre de crise, le service info-social, ou un CSSS. On parle alors de l'importance d'intervenir rapidement, de manière intensive, sur une courte période et de l'influence que cela peut avoir pour sauver des vies, mais aussi pour effectuer des changements importants dans la vie de quelqu'un.

Mon troisième point renvoie au cadre d'analyse de base du service social soit le modèle PIE en anglais, pour *Person in Environment*, développé aux États-Unis (Karls, 1994 ; Kemp et al., 1997), élaboré au Québec notamment par Bilodeau (2005). Ce modèle implique de toujours percevoir la personne dans son contexte, et dans son environnement. On peut aussi faire le lien avec l'approche écosystémique (Germain et Gillerman, 1980 ; Hartman, 1978). Pour être en mesure d'identifier les implications possibles de l'intervention auprès de la personne suicidaire, de ses proches et de la communauté, le modèle implique de combiner les connaissances des troubles mentaux et des troubles de la personnalité sur le plan intrapsychique, et les connaissances sur les aspects sociaux, les réseaux, les normes, la culture, les valeurs dominantes, etc., Dans cette perspective, on ne peut mettre toute la faute du problème uniquement sur la personne elle-même. Il faut aussi revoir les normes et les modèles sociaux qui font pression sur les personnes. Prenons pour exemple l'homophobie qui demeure un facteur de risque important sur le plan du suicide, ou encore l'intimidation. Ce sont des phénomènes sociaux qui ont un impact majeur sur la personne. Ainsi, il serait faux de concevoir le suicide d'une personne d'orientation homosexuelle harcelée par ses pairs comme le simple fruit de sa personnalité ou d'un trouble psychique, perçu hors contexte. On comprend alors toute l'importance qu'accorde le service social au travail pour un changement social qui vise à ce que toutes les personnes se sentent pleinement intégrées dans leur communauté, sans ostracisme.

Le quatrième point renvoie à un autre aspect du modèle de base du service social, soit l'approche basée sur les forces (Rapp et Goscha,

2006). Ce modèle exige de passer d'une perspective déficitaire, pathologique, à une perspective qui s'appuie sur les forces. Cette perspective est maintenant reprise par d'autres disciplines. On l'appelle aussi *psychologie positive* (Kiselica, 2010) et on peut la relier à l'*approche salutogène* en santé publique (Lindström et Eriksson, 2012 ; Macdonald, 2005).

Le cinquième point est le corollaire du quatrième : le développement du pouvoir d'agir (LeBossé, 2012 ; LeBossé et al., 2007) ou l'appropriation du pouvoir (Ninacs, 2008). Il s'agit de redonner à la personne, à la famille, à la communauté le pouvoir d'intervenir sur sa réalité. Dans cette perspective, l'intervention se veut dialogique et non plus diagnostique. Il ne s'agit plus d'intervenir SUR la personne suicidaire, mais AVEC elle, dans un processus au cours duquel c'est ensemble que se construit la relation d'intervention. La personne n'est plus l'objet d'une intervention, mais elle en devient le sujet. Sa subjectivité devient aussi importante que les faits. Bref, il s'agit de reconnaître les forces de la personne, de lui offrir des choix éclairés, pour lui permettre de passer positivement à travers la crise suicidaire. Certes, cela nécessite de ne pas oublier le rôle de protection que doivent jouer les professionnels, mais de s'appuyer sur ses assises, ses forces, pour amener la personne à s'engager volontairement dans le processus d'intervention.

Enfin, le dernier élément concerne la contribution du service social dans les études de genre et de la diversité. Rappelons que l'approche féministe a gagné une place importante dans la profession, ce qui représente un acquis important. Par ailleurs, depuis déjà quelques années, les travailleurs sociaux jouent un rôle de premier plan dans les études sur les hommes et les masculinités, surtout au Québec. Cet aspect est d'autant plus important en matière de suicide lorsqu'on tient compte du haut taux de suicide chez les hommes. Par ailleurs, au-delà des contraintes reliées au genre, l'individu vit une expérience qui lui est unique, singulière. Il a sa propre façon d'interpréter les pressions sociales liées aux groupes auxquels il appartient que ce soit en lien avec son âge, son genre, son sexe, son orientation sexuelle, son état physique, ou sa culture. Dans une perspective postmoderne, il convient de se défaire de catégories toutes faites qui emprisonnent les individus dans des camisoles de force limitées non représentatives de la pluralité et de la complexité des vécus singuliers. Les études sur le genre masculin ont contribué à ouvrir les horizons et à travailler à se défaire de la «camisole de force» du modèle traditionnel (Pollack, 1998) ou hégémonique (Connell, 1995) de masculinité pour la concevoir dans sa pluralité (Connell, 1995), et la multiplicité des formes qu'elle peut prendre (Tremblay, 2012).

Généralement, les travailleurs sociaux ont été très présents dans la défense des droits entre autres des groupes minoritaires, pour favoriser une meilleure inclusion sociale, peu importe l'âge, le sexe, le genre, l'orientation sexuelle, l'origine ethnique, la classe sociale, les capacités physiques et intellectuelles, etc.

Genre masculin, dépression et suicide : notre étude

Historiquement, les études sur le genre ont porté sur les femmes, et avec raison, parce que les femmes étaient, pendant des années, le « second sexe », pour employer l'expression de Simone De Beauvoir. Ce travail a permis d'obtenir des acquis importants. Pour leur part, les études de genre sur les hommes sont plus récentes et moins élaborées, quoiqu'elles aient pris une place importante au cours des dernières années (Tremblay, 2012).

Une des recherches que j'ai dirigées porte sur la dépression chez les hommes (Tremblay et al., 2007 ; Tremblay et al., 2011), un phénomène relativement peu connu. Statistiquement parlant, on dénombre deux fois plus de femmes atteintes de dépression que d'hommes dans la plupart des pays industrialisés (Angst et al., 2002). Cependant, plusieurs recherches démontrent que, de manière générale, on a tendance à sous-diagnostiquer la dépression, en particulier chez les hommes (Addis, 2011 ; Cochran et Rabinovitch, 2000 ; Kilmartin, 2005 ; Houle, 2005 ; Lynch et Kilmartin, 1999). Cela revêt une dimension importante. Dans l'étude de Séguin et al. (2005), la majorité des hommes qui se sont suicidés étaient probablement atteints de dépression selon l'autopsie psychologique réalisée, et ils avaient rencontré un ou des professionnels (médecins, travailleurs sociaux, psychologues, etc.) dans les mois précédant le passage à l'acte, sans que la dépression n'ait été diagnostiquée.

En fait, selon plusieurs auteurs (Cochran et Rabinovitch, 2000 ; Tremblay et al., 2007 ; Tremblay et al., 2011), les critères de dépression utilisés dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (connu sous l'acronyme « DSM ») sont à la fois « genrés » et ethnicisés. Par exemple, les pleurs et la tristesse représentent des critères moins adéquats pour des hommes plus traditionnels. Ces derniers ne diront pas qu'ils pleurent, n'arriveront pas en pleurant chez le médecin et n'exprimeront pas ouvertement leur tristesse. De la même manière, le DSM réfère à une perte de libido alors qu'au contraire, des études démontrent qu'un certain nombre d'hommes ont tendance à surinvestir la sexualité lors d'une dépression, entre autres par une tendance à consommer ou à surconsommer de la pornographie comme un moyen de combattre les symptômes dépressifs (Carnes et al., 2001). Il en est de même pour la

perte d'intérêt dans les activités usuelles alors que certains hommes déprimés ont tendance à surinvestir leurs activités (surtravail, sport excessif, etc.). Ces constatations amènent Lynch et Kilmartin (1999) à considérer que les trois critères de base qui devraient être utilisés pour dépister la dépression demeurent lorsque la personne se considère 1) sans valeurs, 2) sans espoir et 3) sans recours. Plusieurs auteurs insistent pour mettre l'accent sur une plus grande irritabilité comme l'un des critères majeurs de dépression chez les hommes (Lynch et Kilmartin, 1999; Möller-Leimkühler, 2002; Winkler et al., 2004). Ces auteurs considèrent que la façon de vivre la dépression se manifeste par un *act in* chez les femmes et un *act out* chez les hommes.

L'étude que nous avons menée examinait les liens entre la dépression et le rôle de genre (Tremblay et al., 2007; Tremblay et al., 2011). Elle a été réalisée dans une perspective qui conçoit la masculinité comme un construit social qui varie selon l'époque, le temps, le milieu de vie, la situation. Ainsi, la manière dont la masculinité est pratiquée, ou exercée, est liée à une culture, à une époque, à un moment donné précis. On peut affirmer qu'il n'y a pas une masculinité unique mais une multiplicité de masculinités.

Il n'en demeure pas moins que les hommes subissent des pressions pour se conformer à des normes de genre qui sont dominantes, qui correspondent à ce qu'on appelle parfois la « masculinité traditionnelle ». Connell (1995) appelle cette masculinité la « masculinité hégémonique ». Ce terme signifie qu'un modèle domine et crée une pression, une tension, pour employer l'expression de Pleck (1981), afin de se conformer à ce modèle. C'est un genre de « camisole de force », pour employer l'expression de Pollack (1998). Cette tension de rôle de genre a été opérationnalisée par O'Neil (1990) dans le concept de conflit de rôle de genre, c'est-à-dire le conflit qui s'opère entre le modèle qu'un homme pense qu'il doit atteindre (idéal-type) et le niveau qu'il évalue avoir atteint. Le conflit devient d'autant plus fort que l'écart entre les deux s'agrandit. Des recherches réalisées aux États-Unis indiquent que ce conflit de rôle de genre est problématique à plusieurs égards, notamment sur le plan de la dépression (O'Neil, 2008).

Un échantillon a été sélectionné parmi le groupe le plus à risque sur le plan du suicide, soit les 25-50 ans. Au total, 144 hommes québécois ont répondu aux questionnaires. Les répondants ont été répartis en deux groupes : les hommes déprimés et ceux qui ne l'étaient pas afin de mieux analyser l'influence du conflit de rôle de genre. L'instrument *Gender Role Conflict Scale* (O'Neil et al., 1986) a été traduit et validé en français (Tremblay et al., 2007). Il était accompagné de deux outils

sur l'état psychologique, soit 1) l'Indice de détresse psychologique (IDP), révisé dans une version de 14 items (Préville et al., 1992) déjà utilisé dans l'*Enquête sociale et de santé Québec 1998* (ESS-98), et 2) le Beck *Depression Inventory* (BDI) ou *Inventaire de dépression de Beck* (Beck et al., 1961), validé en français. Ces deux dernières échelles ayant chacune des limites, surtout dans leur utilisation avec les hommes, il a été décidé de les utiliser de manière combinée. Plusieurs vagues de recrutement ont été nécessaires pour en arriver à un nombre suffisant de répondants permettant d'effectuer des analyses statistiques fiables.

Le *Gender Role Conflict Scale* comporte quatre échelles : 1) la restriction sur le plan émotionnel — les hommes ayant plus souvent tendance à restreindre l'expression des émotions, à l'exception de la colère et de l'agressivité ; 2) le conflit entre le travail et la famille — les hommes mettant plus souvent l'accent sur le travail et moins sur la famille, subissant une pression de performer au travail ; 3) la restriction des comportements affectifs entre hommes — demeurer relativement distants, ne pas parler de choses intimes entre hommes ; et 4) l'accent sur le succès, le pouvoir, la compétition. Ce sont les quatre grands facteurs bien documentés dans l'ensemble des recherches sur les hommes de manière générale (O'neil, 2008).

Les résultats de notre recherche ont démontré que, de manière générale, les hommes sans conjointe sont plus à risque de dépression et d'avoir des idées de suicide sérieuses. Par ailleurs, ceux qui avaient un cours collégial technique semblaient, toutes proportions gardées, s'en sortir mieux que les universitaires et ceux qui avaient une cinquième secondaire ou moins. Possiblement que les pressions de performance sont ressenties plus sévèrement par les universitaires qui assument souvent des responsabilités professionnelles plus importantes. Comme dans d'autres études (Tremblay et al., 2005), les hommes avec de faibles revenus étaient, en proportion, plus sujets à la détresse psychologique et à la dépression. Enfin, les hommes de 25 à 34 ans, comparativement à ceux qui avaient de 35 à 55 ans, étaient proportionnellement plus nombreux à répondre aux critères de dépression, de détresse psychologique élevée et d'avoir des idées de suicide sérieuses.

Une corrélation a été trouvée entre le niveau de conflit de rôle de genre et la dépression, et le niveau de détresse psychologique. Il en était de même des quatre sous-échelles du *Gender Role Conflict Scale*. Cependant, l'effet était plus limité pour les idées suicidaires sérieuses. Sur ce plan, l'effet du conflit de rôle de genre a été observé sur deux sous-échelles : soit celle qui touche le conflit entre le travail et la famille, et celle qui porte sur le succès, le pouvoir et la compétition.

Bref, en matière de dépression, de détresse psychologique et d'idées suicidaires sérieuses, avoir une vision plus ouverte de la masculinité, être en couple, avoir un bon revenu, et avoir un cours collégial technique semblent avoir un effet protecteur.

Cette recherche sur la dépression chez les hommes se veut à l'image du travail social en ce qu'elle permet de comprendre encore mieux la nécessité d'intervenir sur les contextes qui influencent la dépression et le suicide.

Cet article a comme objectif de résumer les apports du service social à la recherche et à l'intervention sur le suicide. Il permet de saisir la complémentarité de cette contribution avec la sociologie, la psychologie et d'autres disciplines. Dans sa perspective écosystémique qui situe toujours la personne dans son contexte et son environnement, le service social allie en quelque sorte les apports de ces autres disciplines afin d'obtenir une vision globale de la situation, en vue d'agir efficacement auprès d'une personne en crise suicidaire et de son réseau. Le service social se retrouve au cœur d'un certain paradoxe en matière de suicide : les travailleurs sociaux sont très présents sur le plan de l'intervention directe mais très peu en matière de recherche sur le suicide. Pourtant, il s'agit d'une profession qui a beaucoup à apporter. Les travailleurs sociaux ont développé une riche expertise clinique qui demande à être davantage explicitée, et ils offrent un cadre d'analyse qui permet d'aller encore plus loin dans la compréhension du phénomène du suicide. Notamment, la perspective écosystémique resitue constamment l'individu dans son environnement. Alliée à la place prépondérante qu'occupe la valeur de justice sociale au sein de cette profession, cette perspective recadre la problématique du suicide dans le contexte des différentes formes d'oppression et de discrimination que vivent souvent les personnes suicidaires, que celles-ci prennent la forme de l'intimidation, de l'homophobie¹, de l'hétérosexisme², du racisme³, du sexisme, du genrisme⁴, du capacitisme⁵ ou autres. À chaque fois, le travailleur social sait s'appuyer sur les forces de la personne et de son réseau pour passer positivement à travers la crise qui est vécue. Sur le plan du genre, cet article porte une attention particulière aux pressions reliées au modèle dominant de masculinité et à son lien avec la dépression chez les hommes.

Notes

1. L'homophobie désigne toutes les manifestations de rejet et de haine à l'égard des personnes, des pratiques et des représentations ayant une connotation homosexuelle. Ces manifestations se traduisent généralement

par la violence physique (agression), verbale (les insultes), psychologique et sexuelle (le viol) (Welzer-Lang, 1994).

2. Santé Canada (1998) définit l'hétérosexisme comme la promotion de la supériorité de l'hétérosexualité par des institutions, des individus ou des groupes qui forment la société. Elle part de l'hypothèse que seule l'hétérosexualité est normale et acceptable et que tous les individus sont et doivent être hétérosexuels.
3. «Le racisme est la valorisation, généralisée et définitive, de différences, réelles ou imaginaires, au profit de l'accusateur et au détriment de sa victime, afin de justifier une agression ou un privilège» (Memmi, 1982 dans Elbaz, 2001 : 9). À la base du racisme, nous retrouvons la discrimination, la haine à l'égard des autres races et cultures. Ajoutons que cette discrimination prend naissance dans «une survalorisation de son propre groupe» (Elbaz, 2001, 9).
4. Il s'agit de toute discrimination fondée sur le genre. Parmi les formes les plus courantes, on peut noter les sobriquets associés aux femmes plus masculines (*butch*, garçon manqué) ou aux hommes plus féminins (tapettes, etc.). De manière plus subtile, on y associera le malaise chez un intervenant ou une intervenante de voir un homme pleurer, alors que ce même malaise est inexistant lorsqu'il ou elle rencontre une femme. C'est aussi penser qu'une femme ne peut pas s'occuper adéquatement d'une automobile, qu'elle ne peut pas être mécanicienne ou encore qu'un homme ne peut pas changer la couche d'un bébé ou qu'il ne peut pas être bon en relation d'aide.
5. Le capacitisme peut être défini comme «toute attitude ou comportement portant préjudice à des individus ou des groupes ayant des incapacités particulières» (*Grand Dictionnaire terminologique de la langue française*).

Références

- ADDIS, M. E., 2011, *Invisible Men — Men's Inner Lives and the Consequences of Silence*, Times Books, Henry Holt and Co., New York.
- AGUILERA, D. C., 2005, *Intervention en situation de crise: Théorie et méthodologie*, Masson.
- ANGST, J. A., GAMMA, M., GASTPAR, J. P., LÉPINE, J., MENDLEWICZ, J., TYLEE, A., 2002, Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and DEPRES II studies, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252, 201-209.
- BECK, A. T., WARD, C. H., MENDELSON, M., MOCK, J., ERBAUGH, J., 1961, An inventory for measuring depression, *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

- BILODEAU, G., 2005, *Traité de travail social*, Éditions de l'École nationale de santé publique, Paris.
- CARIGNAN, L., 2011, Principales approches en travail social, in Turcotte, D., Deslauriers, J-P., éd., *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle*, Presses de l'Université Laval, Québec, 145-168.
- CARNES, P., DELMONICO, D. L., GRIFFIN, E., MORIARITY, J., 2001, *In the Shadows of the Net: Breaking Free of Compulsive Online Sexual Behavior*, Hazelden, Minnesota.
- COCHRAN, S., RABINOVOTZ, F. E., 2000, *Men and Depression: Clinical and Empirical Perspectives*, American Psychological Association, Washington, DC.
- CONNELL, R. W., 1995, *Masculinities*, Polity Press, Cambridge.
- DROLET, M., DUBOIS, M., 2011, L'exécution de l'action en intervention sociale personnelle, in Turcotte, D., Deslauriers, J-P., éd., *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle*, Presses de l'Université Laval, Québec, 91-117.
- DURANQUET, M., 1991, *Les approches en service social*, Édisem, Paris.
- ELBAZ, M., 2001, *Recueil de vocabulaire, Cours ANT-13522*, Université Laval, Québec.
- FRASER, N., 2005, *Qu'est-ce que la justice sociale ?* La Découverte, Paris.
- GERMAIN, C.B., GILLERMAN, A., 1980, *The Life Model of Social Work Practice*, Columbia University Press, New York.
- HARTMAN, A., 1978, Diagrammatic Assessment of Family Relationships, *Social Casework*, 59, 8, 465-476.
- HOULE, J., 2005, *La demande d'aide, le soutien social et le rôle masculin chez les hommes qui ont fait une tentative de suicide*, thèse de doctorat, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal.
- JOE, S., NIEDERMEIWR, D., 2008, Preventing suicide: A neglected social work research agenda, *The British Journal of Social Work*, 38, 3, 507-530.
- KAPLAN, S. G., WHEELER, E. G., 1983, Survival skills for working with potentially violent client, *Social Casework*, 63, 339-345.
- KARLS, J. M., 1994, *Person-In-Environment System*, National Association of Social Workers, Washington, DC.
- KEMP, S. P., WHITTAKER, J. K., TRACY, E. M., 1997, *Person-Environment Practice —The Social Ecology of Interpersonal Helping*, Aldine-Transaction, New York.

- KISELICA, M. S., 2010, Promoting positive masculinity while addressing gender role conflict : A balanced theoretical approach to clinical work with boys and men, in Blazina, C., Shen-Miller, D. S., eds., *An International Psychology of Men : Theoretical Advances, Case Studies, and Clinical Innovations*, Routledge/Taylor and Francis Group, New York, 127-156.
- LE BOSSÉ, Y., 2012, *Sortir de l'impuissance. Invitation à soutenir le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités*, Éditions Ardis.
- LE BOSSÉ, Y., CHAMBERLAND, M., BILODEAU, A., BOURASSA, B., 2007, Formation à l'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités (DPA) : étude des modalités optimales de supervision, *Travailler le Social*, 38-39-40, 133-157.
- LINDSTROM, B., ERIKSSON, M., 2012, *La salutogenèse, Petit guide pour promouvoir la santé*, Presses de l'Université Laval, Québec.
- LINDSAY, J., 1997, *L'intervention de groupe dans les situations d'urgence et de crise*, École de service social (Cahiers du service social de groupes), Québec.
- LUNDY, C., 2004, *Social Work And Social Justice : A Structural Approach To Practice*, Broadview Press, Peterborough, Ontario.
- LYNCH, J., KILMARTIN, C., 1999, *The Pain Behind the Mask. Overcoming Masculine Depression*, Haworth Press, New York.
- MACDONALD, J., 2005, *Environments for Health*, Earthscan, London and Sterling.
- MOLLER-LEIMKUHNER, A. M., 2002, Barriers to help-seeking by men : a review of socio-cultural and clinical literature with particular reference to depression, *Journal of Affective Disorders*, 71, 1-9.
- Ninacs, W. A., 2008, *Empowerment et intervention, Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*, Presses de l'Université de Laval, Québec.
- O'NEIL, J. M., 1990, Assessing men's gender role conflict, in Moore, D., Leafgren, F., eds., *Men in Conflict : Problem Solving Strategies and Interventions*, American Counseling Association, Alexandria, VA.
- O'NEIL, J. M., 2008, Summarizing 25 years of research on men's gender role conflict using the Gender Role Conflict Scale : New research paradigms and clinical implications, *The Counseling Psychologist*, 36, 3, 358-445.

- O'NEIL, J. M., HELMS, B., GABLE, R., DAVID, L., WRIGHTMAN, L., 1986, Gender Role Conflict Scale: College men's fear of femininity, *Sex Roles*, 14, 335-350.
- PLECK, J. H., 1981, *The Myth of Masculinity*, MIT Press, Cambridge.
- POLLACK, W. S., 1998, *Real Boys: Rescuing our Sons from the Myths of Boyhood*, Random House, New York.
- PRÉVILLE, M., BOYER, R., POTVIN, L., 1992, *La détresse psychologique: détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec 1987*, Les cahiers de recherche, 7, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.
- RAPP, C. A., GOSCHA, R. J., 2006, *The Strengths Model: Case Management with People with Psychiatric Disabilities*, 2nd ed., Oxford University Press, Toronto.
- ROBERTS, A. R., 2000, *Crisis Intervention Handbook*, Oxford University Press, Toronto.
- SANTÉ CANADA, 1998, *À la recherche de son identité sexuelle: Faire les premiers pas*, Ottawa.
- SÉGUIN, M., LESAGE, A., TURECKI, G., DAIGLE, F., GUAT, A., BAYLE, M-N., LANDRY, R., 2005, *Projet de recherche sur les décès par suicide au Nouveau-Brunswick entre avril 2002 et mai 2003*, Centre de recherche Hôpital Douglas, Montréal.
- THIBAUT, S., 2011, Nature et fondements de l'intervention sociale personnelle, in Turcotte, D., Deslauriers, J-P., éd., *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle*, Presses de l'Université Laval, Québec, 1-24.
- TREMBLAY, G., CLOUTIER, ANTI, T., R., BERGERON, M-E, LAPOINTE-GOUPIL, R., 2005, *La santé des hommes au Québec*, Publications du Québec, Québec.
- TREMBLAY, G., MORIN, M.-A., DESBIENS, V., BOUCHARD, P., 2007, *Conflits de rôle de genre et dépression chez les hommes*, CRI-VIFF (Études et analyses #36), Québec.
- TREMBLAY, G., ROY, P., MORIN, M.-A., DESBIENS, V., BOUCHARD, P., 2011, Conflits de rôle de genre et dépression chez les hommes, *Revue québécoise de psychologie*, 32, 1, 181-200.
- WELZER-LANG, D., 1994, *L'homophobie, la face cachée du masculin*, http://www.europofem.org/02.info/22contri/2.07.fr/livr_dwl/peur/dwlpeur1.htm

WINKLER, D., PJREK, E., HEIDEN, A., WIESEGGER, G., KLEIN, N., KONSTANTINIDIS, A., KASPER, S., 2004, Gender differences in the psychopathology of depressed inpatients, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254, 209-214.

ABSTRACT

Social work: A long tradition of intervention in suicidal crisis

This article examines the place of social work in identifying intervention in suicide. Divided in three parts, the article describes the paradox of social work regarding suicide, the contributions of social work in the field of research and intervention on suicide and finally, presents an example from a study by the author on depression in men.