



La participation citoyenne et les initiatives communautaires dans la prévention du suicide en milieu rural bas-laurentien

Mémoire présenté

dans le cadre du programme de maîtrise en développement régional et territorial
en vue de l'obtention du grade de maître ès arts

PAR

© **Gorgui Ndoye**

Avril 2026

Composition du jury :

Nathalie Maltais, présidente du jury, UQAR

Mario Handfield, directeur de recherche, UQAR

Georgia Vrakas, examinateur externe, UQTR

Dépôt initial le 9 février 2026

Dépôt final le 20 avril

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À RIMOUSKI
Service de la bibliothèque

Avertissement

La diffusion de ce mémoire ou de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire « *Autorisation de reproduire et de diffuser un rapport, un mémoire ou une thèse* ». En signant ce formulaire, l'auteur concède à l'Université du Québec à Rimouski une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de son travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, l'auteur autorise l'Université du Québec à Rimouski à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de son travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits moraux ni à ses droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, l'auteur conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont il possède un exemplaire.

REMERCIEMENTS

Au terme de ce mémoire de maîtrise, je tiens à adresser mes remerciements les plus sincères à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce projet, tant sur le plan humain que professionnel et académique.

Je remercie en premier lieu mon directeur de mémoire, Mario Handfield, pour son accompagnement rigoureux et bienveillant. Sa disponibilité constante, ses commentaires exigeants et son regard critique ont été déterminants pour structurer ma réflexion et donner une direction claire à ce travail.

Mes remerciements vont également à la direction, l'équipe de coordination, les intervenant(e)s et les bénévoles du Centre de prévention du suicide de l'Est (CPSE) de Rimouski. Leur ouverture à la recherche, leur confiance et leur soutien concret ont permis de mener cette étude au cœur même de leur pratique quotidienne. Leur engagement exemplaire auprès des personnes en détresse a été une source d'inspiration profonde.

Je suis particulièrement reconnaissant envers les participant(e)s qui ont accepté de partager librement leurs expériences, leurs réflexions et parfois des aspects très personnels de leur parcours. Leurs témoignages riches et authentiques ont donné vie aux concepts de participation citoyenne et d'initiatives communautaires étudiés dans ce mémoire.

Merci également à mes collègues et ami(e)s pour leur écoute, leurs encouragements et les relectures précieuses qui ont nourri ce travail. Enfin, je rends hommage à ma famille pour son soutien indéfectible, sa patience et sa confiance, qui ont été des piliers essentiels tout au long de ce parcours exigeant.

AVANT-PROPOS

Ce mémoire s'inscrit à la croisée de mon parcours professionnel en intervention psychosociale et de ma formation en développement régional et territorial. Travailler au Centre de prévention du suicide de l'Est m'a placé quotidiennement au contact de la détresse, mais aussi de la solidarité, de l'engagement citoyen et de la force des milieux ruraux. Ce travail de recherche est né du désir de mieux comprendre ces dynamiques souvent invisibles, pourtant essentielles à la prévention du suicide.

L'élaboration de ce mémoire a été l'occasion de prendre du recul sur des pratiques ancrées dans l'urgence et l'action, afin d'en saisir le sens, les tensions et les potentialités. Elle m'a amené à interroger, à partir d'un terrain familier, la manière dont les liens sociaux, la participation citoyenne et les initiatives communautaires contribuent à la protection des personnes et au renforcement des capacités collectives des communautés rurales.

Ce travail ne prétend pas offrir une réponse exhaustive à la complexité du phénomène suicidaire. Il vise plutôt à donner voix aux acteurs et actrices de terrain, salariés et bénévoles, qui, par leur engagement quotidien, participent à tisser un filet de soutien au cœur des territoires. Leur parole a guidé la réflexion et a permis d'ancrer l'analyse dans la réalité vécue, loin des seules considérations théoriques.

Au-delà de sa portée académique, ce mémoire se veut une contribution modeste mais sincère à la reconnaissance du travail accompli dans les milieux ruraux en matière de prévention du suicide. Il témoigne de la conviction que la prévention ne peut être pensée sans les communautés elles-mêmes, et que la mobilisation citoyenne, lorsqu'elle est soutenue et reconnue, constitue un levier incontournable pour renforcer la résilience des territoires et le vivre-ensemble

RÉSUMÉ

Inscrit dans une démarche d'analyse en santé publique et en sociologie de l'action collective, ce travail examine la participation citoyenne et les initiatives communautaires dans la prévention du suicide en milieu rural québécois à partir du cas du Centre de prévention du suicide de l'Est (CPSE) à Rimouski. Le suicide constitue au Canada et au Québec un problème majeur de santé publique, dont la prévalence plus élevée en régions rurales et autochtones s'explique notamment par l'isolement géographique, l'insuffisance de services spécialisés et la persistance de la stigmatisation. La recherche s'articule autour de la question suivante : quels sont l'état et l'expression de la participation citoyenne et des initiatives communautaires dans la prévention du suicide en milieu rural ? Trois objectifs structurent l'analyse : analyser les formes et les modalités de la participation citoyenne en contexte rural, examiner la contribution des initiatives communautaires au renforcement des capacités locales de prévention et explorer les facteurs qui facilitent ou entravent l'engagement citoyen dans une stratégie communautaire de prévention. Le cadre théorique articule la théorie de l'intégration sociale de Durkheim (1897), qui met en évidence la fonction protectrice des liens sociaux, et le concept de résilience communautaire de Norris et al. (2008), centré sur les ressources adaptatives collectives. L'étude repose sur une approche qualitative compréhensive fondée sur dix entretiens semi-directifs menés auprès de salariés et de bénévoles du CPSE, complétés par une analyse documentaire. Les résultats analysés mettent en évidence des trajectoires d'engagement souvent liées à des expériences de deuil personnel, des pratiques quotidiennes de vigilance (écoute, repérage), ainsi que des initiatives territorialisées (marches, kiosques) contribuant au renforcement du sentiment d'appartenance et de la solidarité locale. L'analyse fait également ressortir des contraintes structurelles : distances, manque de ressources, poids des tabous et des leviers d'action

reposant sur la sensibilisation et les partenariats municipaux. L'interprétation confirme l'existence d'un modèle hybride de prévention, dans lequel la vigilance informelle compense certaines défaillances structurelles, l'intégration sociale est renforcée par l'engagement citoyen et la résilience se construit par la mobilisation locale. Ces apports contribuent à l'avancement des connaissances sur des pratiques rurales encore peu documentées et éclairent les enjeux pour l'action publique et la recherche future.

Mots-clés : Participation citoyenne, Prévention du suicide, Milieu rural, Résilience communautaire, Intégration sociale

ABSTRACT

Grounded in an analytical approach within public health and the sociology of collective action, this study examines citizen participation and community initiatives in suicide prevention in rural Quebec through the case of the Eastern Suicide Prevention Centre, (CPSE) in Rimouski. Suicide remains a major public health issue in Canada and Quebec, with higher prevalence in rural and Indigenous regions, largely due to geographic isolation, limited access to specialized services, and persistent stigmatization. The research is structured around the following question: what are the state and expression of citizen participation and community initiatives in suicide prevention in rural settings? Three objectives guide the analysis: to analyze the forms and modalities of citizen participation in rural contexts; to examine the contribution of community initiatives to strengthening local prevention capacities; and to explore the factors that facilitate or hinder citizen engagement within a community-based prevention strategy. The theoretical framework combines Durkheim's theory of social integration (1897), which emphasizes the protective function of social ties, with the concept of community resilience developed by Norris et al. (2008), focused on collective adaptive resources. The study adopts a qualitative, interpretive approach based on ten semi-structured interviews conducted with CPSE staff members and volunteers, complemented by documentary analysis. The findings highlight engagement trajectories often linked to personal experiences of bereavement, everyday practices of vigilance (listening, identification), and territorially grounded initiatives (walks, information booths) that contribute to strengthening local belonging and solidarity. The analysis also reveals structural constraints distance, lack of resources, and the weight of taboos as well as action levers rooted in awareness-raising and municipal partnerships. The interpretation confirms the existence of a hybrid model of prevention, in which informal

vigilance compensates for certain structural shortcomings, social integration is reinforced through citizen engagement, and resilience is built through local mobilization. These contributions advance knowledge of still under-documented rural practices and shed light on key issues for public policy and future research.

Keywords: Citizen participation, Suicide prevention, Rural area, Community resilience, Social integration

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	vii
AVANT-PROPOS.....	ix
RÉSUMÉ.....	xii
ABSTRACT.....	xiv
LISTE DES TABLEAUX.....	xxi
LISTE DES FIGURES.....	xxii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES.....	xxiv
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE.....	6
1.1 Mise en CONTEXTE : faits de société et réalités territoriales du suicide.....	7
1.2 État de la recherche.....	11
1.2.1 Suicide, santé mentale et liens sociaux : un déplacement du regard.....	11
1.2.2 Capital social, résilience communautaire et spécificités rurales.....	12
1.2.3 Participation citoyenne et prévention communautaire du suicide.....	13
1.3 Problème spécifique de recherche.....	14
1.3.1 Contraintes structurelles persistantes et accès différencié aux services de prévention.....	15
1.3.2 Isolement social, stigmatisation et entraves à l'expression de la détresse.....	16
1.3.3 Potentiel d'action communautaire et angles morts de la prévention participative.....	17
1.4 Justification de la recherche.....	18
1.4.1 Justification sociale.....	18
1.4.2 Justification scientifique.....	20
1.5 Intentions et contributions de la recherche.....	22
1.5.1 Intentions de la recherche.....	22

1.5.2	Retombées sociales et communautaires.....	23
CHAPITRE 2 CADRE THÉORIQUE DE LA RECHERCHE.....		26
2.1	Approches théoriques.....	26
2.1.1	Intégration sociale et régulation du lien social : l'apport de Durkheim.....	27
2.1.2	Résilience communautaire : capacités d'action collective.....	28
2.2.	Conceptualisation.....	30
2.2.1	La prévention du suicide.....	31
2.2.2	La participation citoyenne.....	32
2.2.3	Les initiatives communautaires.....	33
2.2.4	Le milieu rural.....	34
2.3	Questions opératoires.....	35
CHAPITRE 3 CADRE MÉTHODOLOGIQUE.....		39
Introduction.....		39
3.2	Méthode et type de recherche.....	39
3.2.1	Méthode de recherche : approche et posture de recherche.....	39
3.2.2	Justification du choix méthodologique.....	41
3.3	Cadre d'étude et terrain de recherche.....	42
3.3.1	Situer Rimouski dans l'espace québécois.....	42
3.3.2	Le Bas-Saint-Laurent comme région majoritairement rurale.....	44
3.3.3	La circonscription provinciale de Rimouski.....	45
3.3.4	La MRC de Rimouski-Neigette : une articulation ville-centre / ruralité.....	46
3.3.5	Rimouski comme ville-centre régionale.....	47
3.3.6	Pertinence épistémologique du terrain au regard des objectifs de recherche.....	52
3.4	Population mère et échantillonnage.....	53
3.4.1	Type d'échantillonnage.....	53
3.4.2	Taille et composition de l'échantillon.....	54
3.5	Instruments de collecte des données.....	55
3.6	Recrutement des participants et considérations éthiques.....	58

3.7	Traitement et analyse des données.....	59
3.7.1	Étapes du traitement des données.....	59
CHAPITRE 4 PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....		64
Introduction.....		64
4.1	Analyse descriptive des résultats.....	65
4.1.1	Parcours et engagement des participants.....	65
4.1.2	Les formes d'engagement et de participation citoyenne.....	66
4.1.3	Initiatives communautaires et articulation avec les actions du CPSE.....	67
4.1.4	Effets des initiatives sur l'appartenance, la solidarité et l'isolement.....	69
4.1.5	Obstacles à la participation citoyenne et à l'accessibilité des services.....	70
4.1.6	Leviers de mobilisation et conditions favorables.....	71
4.1.7	Pistes d'amélioration et recommandations.....	73
4.2	Analyse compréhensive.....	74
4.2.1	Identification des significations émergentes du terrain.....	75
4.2.2	Articulation des significations avec les questions opératoires et les objectifs.....	76
CHAPITRE 5 Interprétation et DISCUSSION DES RESULTATS.....		86
5.1	Interprétation des résultats.....	87
5.1.1	Dynamiques micro-sociales de l'engagement et de l'intégration en milieu rural.....	88
5.1.2	Dynamiques collectives de participation et structuration d'un environnement protecteur.....	89
5.1.3	Synthèse interprétative des résultats : émergence d'un modèle hybride de prévention en milieu rural	90
5.2	Discussion des résultats.....	91
5.2.1	Discussion des résultats à la lumière des cadres théoriques et empiriques.....	91
5.2.2	Spécificités contextuelles et contributions du cas étudié à la littérature scientifique.....	94
5.2.3	Apports théoriques, retombées pratiques et perspectives de recherche.....	96
CONCLUSION GÉNÉRALE.....		98
ANNEXES.....		104
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....		115

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Comparaison entre l'approche quantitative et l'approche qualitative dans le contexte de la prévention du suicide.....	40
Tableau 2 - Répartition des municipalités du Bas-Saint-Laurent selon leur taille (habitants).....	45
Tableau 3 - Offre de services d'intervention et de soutien.....	50
Tableau 4 - Caractéristiques du terrain de recherche.....	52
Tableau 5 - Échantillonnage.....	55
Tableau 6 - Objectifs spécifiques et Thématiques du guide d'entretien.....	56
Tableau 7 - Codage thématique.....	62
Tableau 8 - Mise en relation des résultats empiriques avec les objectifs spécifiques à partir des questions opératoires.....	83

LISTE DES FIGURES

Figure 1 - Dynamique globale de prévention du suicide.....	35
Figure 2 - Schéma opératoire.....	38
Figure 3 - Carte officielle de la MRC de Rimouski-Neigette et de ses municipalités.....	43
Figure 4 - Schéma de la structure organisationnelle du CPSE.....	51

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

AQPS : Association québécoise de prévention du suicide

CPSE : Centre de prévention du suicide de l'Est

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

ITK : Inuit Tapiriit Kanatami

MRC : Municipalité régionale de comté

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

WHO : World Health Organization (Organisation mondiale de la Santé)

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Au Canada comme au Québec, le suicide reste un enjeu majeur de santé publique, qui affecte chaque année des milliers de familles et affaiblit la cohésion sociale des communautés (Statistique Canada, 2020). Bien que des efforts importants aient été déployés depuis plusieurs décennies, les taux de suicide persistent à des niveaux particulièrement élevés dans certains territoires, surtout en milieu rural et au sein de communautés autochtones, où convergent isolement géographique, inégalités d'accès aux services spécialisés et vulnérabilités sociales persistantes (INSPQ, 2022). Dans ces contextes, la prévention du suicide ne saurait se limiter à une réponse strictement clinique ou individuelle, centrée sur les troubles mentaux et la prise en charge professionnelle. Elle requiert une réflexion plus large sur le rôle des liens sociaux, de la solidarité locale et de la mobilisation communautaire dans la protection de la santé mentale et la réduction de la détresse.

Les données de Statistique Canada (2019) et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2022) révèlent des disparités importantes entre les régions, les milieux de vie et les groupes sociaux. Les populations rurales et nordiques affichent souvent des taux de suicide supérieurs à la moyenne provinciale, du fait de la combinaison d'une faible densité de services, de grandes distances à parcourir pour obtenir de l'aide et de la persistance de tabous entourant la souffrance psychologique. Ces inégalités se manifestent avec une acuité particulière au sein de certaines communautés autochtones, où le suicide exprime des blessures historiques profondes liées au colonialisme, à la désorganisation sociale et aux traumatismes intergénérationnels. Ces réalités rappellent que le suicide forme un phénomène multifactoriel, situé à la croisée de déterminants psychologiques, sociaux, économiques, culturels et territoriaux (World Health Organization, 2014).

Par ailleurs, la littérature scientifique révèle un déplacement progressif du regard, passant d'approches centrées sur l'individu à des perspectives qui accordent une place centrale aux liens sociaux, au capital social, à la résilience communautaire et à la participation citoyenne. Dans le prolongement des travaux fondateurs d'Émile Durkheim (1897) sur l'intégration sociale, plusieurs auteurs insistent sur le fait que la qualité des relations sociales, le sentiment d'appartenance et la reconnaissance sociale représentent des facteurs de protection majeurs face à la détresse psychologique et au risque suicidaire. En revanche, l'isolement, la solitude et la perception d'être un fardeau pour autrui augmentent significativement la vulnérabilité. Ces constats incitent à concevoir la prévention du suicide non seulement comme une somme d'interventions spécialisées, mais comme un processus collectif, fondé sur les capacités d'une communauté à prendre soin de ses membres par des pratiques de solidarité, des réseaux d'entraide et des initiatives citoyennes.

Au Québec, cette orientation se concrétise déjà dans plusieurs dispositifs qui associent intervention professionnelle et mobilisation du milieu. Le réseau téléphonique 1-866 APPELLE, accessible en continu, fournit une écoute et une intervention immédiates tout en servant de passerelle vers les ressources locales (INSPQ, 2022). Le programme Sentinelles, élaboré par l'INSPQ (2018), s'appuie quant à lui sur la formation de citoyens bénévoles capables de repérer les signes de détresse et d'orienter les personnes vers les services appropriés. Ces dispositifs démontrent l'émergence d'une prévention participative, au sein de laquelle la communauté n'est plus uniquement bénéficiaire des services, mais agit comme un acteur à part entière de la vigilance collective et du soutien de proximité.

Néanmoins, bien que l'importance du lien social et de la cohésion communautaire soit désormais largement reconnue, les modalités concrètes de la participation citoyenne, des initiatives communautaires et de leur articulation avec les services formels restent encore peu documentées, particulièrement en milieu rural. C'est dans ce cadre que s'inscrit la présente recherche, qui porte sur la participation citoyenne et les initiatives communautaires dans la prévention du suicide en milieu rural québécois, à partir du cas du Centre de prévention du suicide de l'Est (CPSE) à Rimouski. Le Bas-Saint-Laurent

représente un terrain d'étude particulièrement pertinent, puisqu'il réunit plusieurs caractéristiques propres aux milieux ruraux : éloignement des grands centres, dispersion de la population, ressources spécialisées limitées, mais aussi forte cohésion sociale et ancrage territorial marqué. Sur ce territoire, le CPSE assume un rôle central en offrant un continuum de services allant de l'intervention de crise à l'accompagnement des personnes endeuillées, tout en développant des actions de sensibilisation et de formation destinées aux citoyens, aux milieux scolaires et aux partenaires communautaires. La présence de bénévoles et de citoyens engagés autour de ce centre procure une opportunité privilégiée pour comprendre comment la prévention du suicide se construit au quotidien, à l'intersection entre expertise professionnelle et engagement communautaire.

Le problème spécifique de cette recherche se positionne ainsi au croisement de vulnérabilités structurelles persistantes et d'un potentiel d'action communautaire encore partiellement exploré. D'une part, les contraintes liées à l'accessibilité aux services en milieu rural pénurie de professionnels, distances à parcourir, coûts associés, manque de continuité des services restreignent la portée des interventions traditionnelles et peuvent décourager le recours à l'aide. D'autre part, la stigmatisation entourant la santé mentale, la peur du jugement et le faible anonymat dans les petites communautés entravent l'expression de la détresse et contribuent à maintenir un certain silence autour du suicide. Dans ce contexte, les initiatives citoyennes, les réseaux d'entraide informels et les actions communautaires émergent à la fois comme des leviers de protection essentiels et comme des réalités encore insuffisamment documentées par la recherche. Il s'avère donc nécessaire de mieux comprendre comment ces formes d'engagement se déploient concrètement, quels effets elles produisent et quelles conditions en favorisent ou en limitent le développement.

La question centrale qui guide ce mémoire de recherche se formule de la manière suivante : quels sont l'état et l'expression de la participation citoyenne et des initiatives communautaires dans la prévention du suicide en milieu rural ? Pour y répondre, la recherche poursuit trois objectifs spécifiques : analyser les formes et les modalités de la participation citoyenne en milieu rural, examiner la contribution des initiatives

communautaires au renforcement des capacités locales de prévention, et explorer les facteurs qui facilitent ou freinent l'engagement citoyen dans une stratégie communautaire de prévention. À travers ces objectifs, ce mémoire vise à donner sens et visibilité à des efforts humains souvent déployés dans l'ombre : gestes quotidiens de solidarité, veille informelle, projets collectifs, partenariats locaux et engagements bénévoles nourris par des parcours personnels et un fort sentiment de responsabilité envers la communauté.

Sur le plan théorique, ce mémoire s'appuie sur la théorie de l'intégration sociale d'Émile Durkheim (1897) et sur le concept de résilience communautaire tel que développé notamment par Norris et al. (2008). La première permet d'analyser en quoi le degré d'intégration et de régulation sociale influe sur la vulnérabilité au suicide, en mettant en lumière le rôle structurant des liens sociaux et des repères collectifs. La seconde met l'accent sur la capacité des communautés à mobiliser leurs ressources en capital social, réseaux d'entraide, savoirs locaux et dispositifs institutionnels afin de faire face aux crises, de s'adapter et de se transformer. L'articulation de ces deux approches offre un cadre analytique pertinent pour appréhender le suicide non seulement comme une souffrance individuelle, mais également comme un révélateur des forces et des fragilités d'un tissu social, en particulier en milieu rural.

Au niveau méthodologique, la recherche adopte une approche qualitative et compréhensive fondée sur la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès de salariés et de bénévoles du CPSE. Cette démarche vise à saisir, de l'intérieur, la manière dont les acteurs perçoivent leur engagement, décrivent leurs pratiques et interprètent les dynamiques communautaires qui entourent la prévention du suicide. Elle permet de restituer la richesse des parcours, la diversité des formes de participation et la complexité des réalités rurales, au-delà des seuls indicateurs statistiques.

Afin de répondre à la question de recherche et d'éclairer les enjeux soulevés dans cette introduction, le présent mémoire est structuré en cinq chapitres qui s'articulent de manière progressive et cohérente.

Le premier chapitre est consacré à la problématique de recherche. Il approfondit les enjeux du suicide en milieu rural en les replaçant dans leurs dimensions sociales, territoriales et communautaires. Ce chapitre permet de préciser le problème de recherche, de justifier l'intérêt scientifique et social de l'étude, et de mettre en évidence les tensions entre vulnérabilités structurelles et potentiel d'action communautaire dans la prévention du suicide.

Le deuxième chapitre présente le cadre théorique de la recherche. Il clarifie les notions centrales mobilisées notamment la participation citoyenne, les initiatives communautaires, la prévention du suicide et le milieu rural et expose les approches théoriques retenues, en particulier la théorie de l'intégration sociale d'Émile Durkheim (1897) et le concept de résilience communautaire. Ce cadre permet de construire les outils analytiques nécessaires à l'interprétation des données empiriques.

Le troisième chapitre est consacré au cadre méthodologique. Il expose les choix épistémologiques et méthodologiques qui fondent l'approche qualitative adoptée, décrit les modalités de collecte et d'analyse des données, et discute des considérations éthiques ainsi que des limites de la recherche.

Le quatrième chapitre présente et analyse les résultats empiriques issus des entretiens réalisés auprès des salariés et des bénévoles du Centre de prévention du suicide de l'Est. Il met en lumière les formes de participation citoyenne et les initiatives communautaires observées, ainsi que les dynamiques d'engagement, les leviers et les contraintes identifiés par les acteurs du terrain.

Enfin, le cinquième chapitre propose une discussion transversale des résultats à la lumière du cadre théorique et de la littérature scientifique. Il permet de dégager les principaux apports du mémoire, d'interroger la portée et les limites de la participation citoyenne dans la prévention du suicide en milieu rural, et d'ouvrir sur des pistes de réflexion pour l'intervention, les politiques publiques et la recherche future.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

INTRODUCTION

Le suicide représente un enjeu majeur de santé publique au Canada et au Québec, figurant parmi les principales causes de mortalité, avec des taux particulièrement élevés en milieux ruraux et autochtones. Ce chapitre 1, intitulé « Problématique », pose les fondements d’une analyse territoriale et communautaire du phénomène, en dépassant les approches cliniques dominantes pour intégrer les dimensions sociales et locales souvent sous-explorées. Les données de Statistique Canada et de l’INSPQ révèlent des disparités marquées entre sexes, régions rurales et communautés autochtones, aggravées par l’isolement géographique, les traumatismes historiques et les contraintes structurelles.

Ces réalités multifactorielles appellent une prévention conjuguant facteurs psychologiques, sociaux et communautaires, avec un accent sur le capital social et la résilience collective, comme le soulignent les dispositifs québécois tels que le réseau 1-866 APPELLE et le programme Sentinelles. La littérature opère un virage vers les liens sociaux, le capital social et la participation citoyenne, prolongeant les analyses de Durkheim sur l’intégration sociale et soulignant les spécificités rurales où la mobilisation locale compense les faiblesses institutionnelles. Cette section dégage les acquis théoriques et empiriques, identifiant un déplacement des approches individuelles vers des perspectives communautaires.

Le problème spécifique interroge l’articulation entre vulnérabilités structurelles persistantes, accès différencié aux services, isolement social, stigmatisation et potentiel d’action communautaire en milieu rural québécois. Il circonscrit trois dimensions

interdépendantes pour justifier un examen approfondi des conditions de prévention. Cette recherche se justifie par des enjeux sociaux urgents en milieu rural et un déficit scientifique sur les initiatives locales de participation citoyenne, visant à documenter leurs formes, impacts et facteurs à Rimouski. Elle annonce un cadre théorique subséquent, ancré dans l'intégration sociale et la résilience communautaire, pour explorer ces dynamiques au chapitre suivant

1.1 MISE EN CONTEXTE : FAITS DE SOCIÉTÉ ET RÉALITÉS TERRITORIALES DU SUICIDE

Au Canada, le suicide persiste comme un enjeu majeur de santé publique qui touche annuellement des milliers de familles et génère des répercussions profondes sur la cohésion sociale ainsi que le tissu communautaire. D'après Statistique Canada (2020), il figurait en 2019 au neuvième rang des causes de décès au pays, avec 4 012 morts, soit environ douze décès par jour et 1,4 % de la mortalité totale, illustrant l'ampleur du phénomène et sa place parmi les principales causes de mortalité évitable (Tableau 13-10-0801-01).

Cette situation reste alarmante au Québec, en dépit des initiatives soutenues de prévention mises en œuvre depuis deux décennies. En 2019, 1 128 personnes se sont donné la mort, équivalant à un taux de 13,3 pour 100 000 habitants, positionnant le suicide au septième rang des causes de décès dans la province (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2022). Le phénomène se caractérise par une nette disparité entre les sexes, les hommes affichant un taux de 20,2 pour 100 000 habitants, contre 6,7 pour 100 000 chez les femmes, soit un ratio de 3,4 pour 1, révélant la vulnérabilité accrue des hommes face aux comportements suicidaires (INSPQ, 2022).

Les données les plus récentes permettent toutefois de nuancer ce tableau. Le Portrait des comportements suicidaires au Québec de l'INSPQ (2026) fait état d'une diminution progressive du taux de suicide amorcée depuis plus de vingt ans : entre 2000 et 2023, ce taux est passé de 17,9 à 11,9 suicides pour 100 000 personnes, témoignant des effets des efforts

soutenus de prévention. Cette tendance favorable ne doit cependant pas occulter des disparités territoriales persistantes : plusieurs régions situées à l'extérieur des grands centres urbains continuent de présenter des taux significativement supérieurs à la moyenne provinciale (INSPQ, 2026), ce qui confirme la nécessité de poursuivre et de renforcer les initiatives de prévention en milieu rural.

Ces chiffres globaux occultent toutefois des disparités territoriales et sociales substantielles. Les régions rurales et nordiques du Québec affichent fréquemment des taux excédant la Moyenne provinciale, du fait de l'isolement géographique, de l'insuffisance des ressources spécialisées et des barrières culturelles à la quête d'aide (Desmeules et al., 2006). Ces inégalités se manifestent avec une intensité notable au sein des communautés autochtones, où le suicide forme une tragédie récurrente. Par Inuit Tapiriit Kanatami (2016), le taux de suicide chez les Inuits du Canada atteignait entre 1999 et 2003 135 pour 100 000 habitants, soit près de onze fois la moyenne nationale. Ce déséquilibre, imputable aux séquelles du colonialisme, à la désorganisation sociale, à la marginalisation économique et aux traumatismes intergénérationnels, persiste comme l'un des symboles les plus parlants des fractures historiques et culturelles traversant le pays (Kirmayer et al., 2000).

Des études récentes corroborent la continuité de ces écarts. Selon Statistique Canada (2019), les taux de suicide chez les Inuits s'élèvent environ neuf fois au-dessus de ceux relevés dans la population non autochtone, avec des disparités prononcées chez les jeunes adultes, attestant du poids des déterminants sociaux et territoriaux sur la santé mentale.

Parmi les populations rurales particulièrement vulnérables, les agriculteurs constituent un groupe dont la situation mérite une attention spécifique dans la recension des écrits. Au Québec, les travaux de Lafleur (2021) mettent en évidence une prévalence élevée de la détresse psychologique chez les agriculteurs québécois, dont les niveaux de stress au quotidien s'avèrent nettement supérieurs à ceux observés chez les autres hommes du Québec. À l'échelle canadienne, Jones-Bitton et al. (2020) ont montré, à partir d'une enquête nationale, des niveaux élevés de dépression et d'anxiété chez les agriculteurs canadiens, confirmant l'ampleur de la détresse psychologique dans ce secteur. Ces données

s'expliquent par une combinaison de facteurs structurels endettement, instabilité des revenus, isolement géographique, culture du silence qui fragilisent durablement la santé mentale des producteurs. Gagné et St-Laurent (2008) ont par ailleurs démontré que la diminution des taux de suicide observée chez les hommes québécois depuis la fin des années 1990 s'est produite bien davantage en milieu urbain qu'en milieu rural, soulignant la persistance d'une vulnérabilité territoriale spécifique aux agriculteurs. Ces réalités militent pour l'intégration de la prévention du suicide en milieu agricole dans les stratégies communautaires, notamment par des dispositifs de détection précoce adaptés à la réalité du terrain.

En termes de causes, la World Health Organization (2014) précise que le suicide résulte d'un phénomène multifactoriel, issu d'interactions complexes entre déterminants psychologiques, sociaux et structurels. Les troubles mentaux, comme la dépression, les troubles anxieux ou la toxicomanie, forment les facteurs de risque prédominants, alors que l'isolement social, les antécédents traumatiques et la pauvreté accentuent la vulnérabilité individuelle. Inversement, des liens sociaux robustes, un sentiment d'appartenance et la mobilisation communautaire s'avèrent des facteurs protecteurs, puisqu'ils fortifient la résilience et atténuent la détresse psychologique.

Au Québec, ces observations se concrétisent par un ensemble de dispositifs combinant prévention institutionnelle et mobilisation citoyenne. Le réseau 1-866 APPELLE, opérationnel en continu, garantit une écoute professionnelle, un accompagnement instantané et une redirection vers les ressources locales, formant un pilier fondamental du système provincial de prévention (INSPQ, 2022). En complément, le programme Sentinelles, exposé par l'INSPQ (2018), repose sur la formation de citoyens bénévoles habiles à détecter les signes de détresse et à guider les personnes vulnérables vers les services spécialisés. Ce schéma incarne l'avènement d'une prévention participative, où la communauté émerge comme actrice principale de la vigilance collective.

Dans les milieux ruraux et isolés, l'éloignement géographique, la rareté des services, la stigmatisation et l'absence d'anonymat entravent souvent le recours à l'aide, amplifiant

la vulnérabilité des populations distantes des grands centres (Christensen et al., 2014). En de telles circonstances, la mobilisation sociale, la solidarité locale et la participation citoyenne émergent comme des leviers de prévention incontournables. D'après Kawachi et Berkman (2000), le capital social, conçu comme la densité des relations de confiance, d'entraide et de réciprocité au sein d'une communauté, opère comme un déterminant clé de la santé mentale, en consolidant la cohésion sociale et en atténuant l'isolement, surtout là où les ressources institutionnelles font défaut.

Sous l'angle du développement territorial, le territoire ne saurait se limiter à un cadre géographique ou administratif. Il forme une production sociale, née des relations entre acteurs, des pratiques collectives et des systèmes de médiation convertissant l'espace en un lieu chargé de sens et d'action collective (Raffestin, 1980). Tel qu'il le précise, Pecqueur (2000) voit dans le territoire le fruit premier d'une organisation sociale et d'une coordination entre acteurs, impliquant que les phénomènes sociaux, incluant la santé mentale et le suicide, requièrent une analyse fondée sur les configurations sociales spécifiques à chaque milieu.

Dès lors, appréhender le suicide ne peut se borner à une perspective strictement clinique ou individuelle. Cela exige de s'inscrire dans une interprétation sociale et territoriale, sensible à la trame des liens, à la vitalité des milieux et à la capacité des communautés à produire des environnements protecteurs et solidaires. La prévention du suicide requiert par conséquent une démarche intégrée, associant intervention professionnelle, mobilisation communautaire et participation citoyenne, dans le but de consolider la résilience collective et d'améliorer l'efficacité des mesures mises en place sur le terrain (World Health Organization, 2014).

À la lumière de ces constats, il convient d'interroger : dans quelle mesure le renforcement des liens sociaux et l'engagement communautaire peuvent-ils servir de facteurs de protection contre le suicide, et quelles initiatives pourraient être déployées pour en maximiser l'impact, particulièrement en milieux ruraux ?

1.2 ÉTAT DE LA RECHERCHE

L'examen des travaux récents exposé ici positionne la prévention du suicide au cœur des principaux cadres analytiques retenus par la littérature scientifique contemporaine. Il révèle un glissement notable des perspectives, des visions centrées sur l'individu vers des approches incorporant les composantes sociales, relationnelles et communautaires du phénomène suicidaire. Par l'analyse des études consacrées aux liens sociaux, au capital social, à la résilience communautaire et à la participation citoyenne, cette partie met en relief les acquis théoriques et empiriques majeurs, tout en insistant sur les particularités des contextes ruraux et les défis qu'elles génèrent pour la prévention du suicide.

1.2.1 Suicide, santé mentale et liens sociaux : un déplacement du regard

La littérature scientifique contemporaine souligne l'impératif de transcender les approches purement individuelles du suicide, dominées pendant longtemps par des modèles cliniques et biomédicaux. Pour autant, ces cadres essentiels à l'analyse des processus psychologiques s'avèrent inadéquats pour appréhender la dimension sociale et relationnelle du phénomène suicidaire (Franklin et al., 2017). La santé mentale se forge en effet au sein d'un environnement collectif : elle émerge des interactions quotidiennes, des formes de solidarité locale et de l'ancrage des individus dans une communauté spécifique (Berkman et Glass, 2000 ; Kawachi et Berkman, 2000). Les contextes sociaux modèlent par conséquent les expériences de bien-être et déterminent la capacité des personnes à affronter la détresse (Durkheim, 1897 ; O'Connor, 2011).

Dans cette optique, le sentiment d'appartenance et la perception d'utilité sociale se profilent comme des facteurs protecteurs décisifs. Nombre d'études démontrent qu'ils atténuent la solitude et le désespoir, deux affects étroitement liés au risque suicidaire (Van Orden et al., 2010). Inversement, quand les liens sociaux s'effritent et que les individus se

voient comme un poids pour les autres, la vulnérabilité s'accroît de façon marquée (Joiner, 2005). Les relations porteuses de sens assurent alors une régulation émotionnelle, via la reconnaissance et la continuité symbolique. Les communautés où les personnes se sentent valorisées et utiles socialement cultivent ainsi un équilibre moral et relationnel favorable à la santé mentale (Putnam, 2000).

1.2.2 Capital social, résilience communautaire et spécificités rurales

Les enquêtes en santé publique valident cette interprétation sociale du suicide. Le capital social, conçu comme l'ensemble des relations bâties sur la confiance, la réciprocité et la coopération, forme un pilier du bien-être collectif (Kawachi et Berkman, 2000). Dès lors que ces liens s'épaississent et s'animent, ils consolident la résilience individuelle et collective en agissant comme des réseaux de soutien mutuel aptes à absorber les chocs de l'adversité (Berkman et Glass, 2000 ; Aldrich et Meyer, 2015). Néanmoins, l'érosion des relations sociales amplifie l'exposition à l'isolement et à la solitude (McPherson et al., 2006 ; Smalley et al., 2012).

Ces processus revêtent une portée cruciale en milieu rural, où l'éloignement géographique, la pénurie de services spécialisés et la faible densité démographique imposent des contraintes structurelles lourdes à la prévention du suicide (Commission de la santé mentale du Canada, 2020 ; Judd et al., 2006). À cet égard, la mobilisation communautaire s'impose comme un ressort vital de résilience territoriale (White et al., 2016). Les réseaux locaux d'entraide, formés de citoyens formés ou sensibilisés, tissent un filet social informel qui détecte tôt les signes de détresse et agit avant leur escalade (Wexler et al., 2015). Ces configurations s'appuient sur une vigilance collective nourrie de proximité et de solidarité, plutôt que sur des appareils institutionnels rigides (Christensen et al., 2014).

Ces observations résonnent directement avec les analyses pionnières d'Émile Durkheim. Dans *Le Suicide* (1897), il pointe la désintégration sociale comme un ressort clé

des actes suicidaires. Le suicide égoïste naît d'un manque d'intégration au groupe social, tandis que le suicide anémique provient d'une rupture des normes lors de mutations sociales. Ces dynamiques gardent une vigoureuse puissance explicative pour décrypter les évolutions actuelles des milieux ruraux, entachés de dévitalisation territoriale et d'usure des repères collectifs (Shucksmith et Brown, 2016).

1.2.3 Participation citoyenne et prévention communautaire du suicide

Les paradigmes actuels en suicidologie étendent cette vision sociale du phénomène. Kaniasty et Norris (2004) établissent que l'efficacité du soutien social dépend moins de son existence objective que de sa perception subjective. La conviction de pouvoir s'appuyer sur autrui en crise forge un rempart psychologique solide, qui tempère l'impuissance et stimule les aptitudes adaptatives. En revanche, la perte du sentiment d'appartenance et la fracture des liens interpersonnels sont corrélés avec un risque suicidaire accru (O'Connor, 2011).

Les tactiques de prévention ancrées dans l'engagement civique et les dynamiques communautaires ciblent précisément ces aspects sociaux. Par ailleurs, les démarches centrées sur la participation citoyenne s'établissent sur des fondements de confiance, de coopération et d'empowerment collectif. Elles engendrent des formes de prévention pérennes, enracinées dans les pratiques locales et les solidarités préexistantes (Zalsman et al., 2016). Mann et al. (2005) insistent sur la valeur de l'intersectorialité et des partenariats entre institutions publiques, chercheurs et citoyens pour forger des réponses ajustées aux réalités territoriales.

Le programme Sentinelles, élaboré par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2018), incarne concrètement cette voie en préparant des citoyens à identifier les signaux de détresse et à acheminer les personnes vers les ressources adéquates.

De façon analogue, les projets nés des communautés autochtones révèlent qu'une prévention immergée dans la culture, la mémoire collective et la transmission

intergénérationnelle renforce la résilience communautaire (Kirmayer et al., 2000). Pour autant, bien que la cohésion sociale et la solidarité communautaire passent pour des facteurs pivots de prévention (Putnam, 2000 ; Kawachi et Berkman, 2000), les mécanismes précis de la participation citoyenne restent peu explorés en milieu rural (White et al., 2016).

1.3 PROBLÈME SPÉCIFIQUE DE RECHERCHE

La prévention du suicide en milieu rural québécois s'exerce dans un cadre marqué par des contraintes structurelles, des dynamiques sociales spécifiques et des configurations territoriales disparates qui ont des impacts directs sur les modalités d'intervention. Pour autant, si la littérature admet l'importance des déterminants sociaux et communautaires pour cerner le phénomène suicidaire, leur liaison effective avec les réalités rurales reste en partie obscure. Ces conditions ne se bornent pas à des facteurs contingents : elles modèlent l'accès aux services, influencent l'expression de la détresse et canalisent les formes de mobilisation collective en prévention.

En considération des enjeux relevés, le problème particulier de cette étude s'appuie sur trois composantes intimement connexes. Il évoque, premièrement, les entraves structurelles du rural qui créent des obstacles à l'accès aux services spécialisés et engendrent des inégalités territoriales dans la prévention du suicide. Il aborde, deuxièmement, les dynamiques sociales typiques des milieux ruraux, tels que l'isolement, la stigmatisation et les barrières à l'expression de la détresse psychologique. Il questionne, troisièmement, la dialectique entre ces fragilités structurelles et le potentiel d'action communautaire, en éclairant le rôle potentiel de la participation citoyenne et des initiatives locales comme ressorts protecteurs encore mal documentés. Cette organisation délimite nettement l'objet d'étude et légitime l'analyse détaillée des circonstances où la prévention du suicide s'instaure, s'étend et évolue en milieu rural québécois.

Ainsi, la question directrice de cette recherche s'énonce comme suit : **quels sont l'état et l'expression de la participation citoyenne et des initiatives communautaires dans la prévention du suicide en milieu rural ?**

1.3.1 Contraintes structurelles persistantes et accès différencié aux services de prévention

La prévention du suicide en milieu rural québécois affronte un faisceau de contraintes structurelles et sociales qui en circonscrivent l'étendue et en amoindrissent l'efficacité d'ensemble (Smalley et al., 2012). L'un des obstacles majeurs tient à l'accès inégal aux services spécialisés en santé mentale, particulièrement prononcé dans les régions périphériques. Les communautés rurales font face à une pénurie chronique de professionnels compétents, tels que psychologues, psychiatres et intervenants psychosociaux, ce qui provoque des attentes prolongées, compromet la continuité des accompagnements et dissuade le recours à l'aide formelle (Commission de la santé mentale du Canada, 2017). À cette carence en ressources humaines s'ajoute l'entrave de la distance géographique, qui contraint maintes personnes à parcourir de longues distances pour une consultation, érigeant l'accès aux soins en un frein tangible, surtout pour celles en proie à une détresse psychologique aiguë (Judd et al., 2006).

Ces embûches ne se confinent pas à l'offre clinique proprement dite, mais s'enracinent dans un panorama plus vaste de disparités territoriales quant à la répartition des programmes et infrastructures de prévention. Certaines régions jouissent d'un réseau institutionnel cohérent et de maillages communautaires solidement établis, alors que d'autres pâtiennent d'un sous-équipement flagrant en services adaptés aux contextes locaux (White et al., 2016). Cette disparité provient d'un financement inégal et d'une coordination instable entre acteurs régionaux, générant de véritables « zones à risque » et minant la consistance globale du système préventif (AQPS, 2023). Un tel déséquilibre entrave

l'application réelle des principes d'universalité et d'équité dans l'accès aux soutiens et ressources anti-suicidaires (Beautrais, 2005).

1.3.2 Isolement social, stigmatisation et entraves à l'expression de la détresse

Au-delà des enjeux liés à l'accessibilité aux services, l'isolement social accentue de manière significative la vulnérabilité psychosociale des populations rurales. La faible densité démographique, le vieillissement progressif de la population et la disparition de plusieurs espaces de sociabilité contribuent à réduire les occasions de rencontre, d'échange et de construction de liens significatifs (Alston, 2012). L'isolement social figure parmi les déterminants majeurs de la santé mentale en région éloignée, puisqu'il intensifie le sentiment de détachement, affaiblit les mécanismes informels de soutien et réduit les possibilités de partage de la souffrance (MSSS, 2020). Dans ces contextes où les interactions du quotidien se raréfient, la solitude tend à nourrir la détresse émotionnelle et à favoriser des processus de désaffiliation sociale (Cacioppo et Hawkey, 2009).

La stigmatisation persistante associée aux troubles psychiques et à la recherche d'aide s'ajoutent à cette dynamique. Dans les petites communautés, la proximité sociale, le manque d'anonymat et la circulation rapide de l'information renforcent la crainte d'être jugé, catalogué ou discrédité lorsqu'une souffrance psychologique est exprimée (Schomerus et Angermeyer, 2008). Cette situation affecte particulièrement les hommes, chez qui les normes de la masculinité traditionnelle valorisant l'autonomie, la maîtrise de soi et le stoïcisme entretiennent une culture du silence autour de la détresse mentale (Roy et al., 2019). Ces représentations sociales entravent l'expression de la souffrance, freinent le recours aux ressources d'aide et contribuent à l'invisibilisation des difficultés psychosociales, augmentant ainsi le risque de passage à l'acte suicidaire (Judd et al., 2006).

La formation inégale du personnel de première ligne renforce ces obstacles. Les enseignants, policiers, médecins de famille et infirmières interviennent fréquemment auprès

de personnes en situation de détresse, sans toujours disposer des outils nécessaires pour repérer les signes avant-coureurs du risque suicidaire ou intervenir de manière adéquate (INSPQ, 2018). En l'absence d'un accompagnement structuré et d'une formation continue adaptée, le dépistage des situations à risque demeure fragmentaire et la chaîne d'intervention perd en cohérence et en efficacité (Mann et al., 2005).

1.3.3 Potentiel d'action communautaire et angles morts de la prévention participative

Malgré ces fragilités structurelles et sociales, la littérature illumine le rôle pivot des initiatives communautaires et de la participation citoyenne comme vecteurs protecteurs en milieu rural (White et al., 2016). Des analyses fondatrices de Durkheim, l'intégration sociale et la cohésion communautaire s'affirment comme des régulateurs cruciaux contre le désespoir et la désaffiliation (Durkheim, 1897). La théorie interpersonnelle du suicide de Joiner corrobore cette vision en valorisant le sentiment d'appartenance et le soutien ressenti comme pivots dans la prévention des actes suicidaires (Joiner, 2005). Le lien social dépasse donc le simple encadrement individuel : il opère comme un dispositif dynamique de sauvegarde psychique et sociale (Berkman et Glass, 2000).

Les communautés dotées d'une solide cohésion sociale déploient une adaptabilité renforcée aux crises, ce qui abaisse la probabilité de comportements suicidaires, surtout en territoires isolés (Putnam, 2000). Cependant, la dégradation des réseaux interpersonnels constatée dans diverses régions rurales intensifie l'isolement et sape durablement le bien-être psychologique (McPherson et al., 2006). Dans cette conjoncture, l'essor des technologies numériques débouche sur des opportunités inédites pour préserver et vitaliser les liens sociaux à distance. Reliés à des appareils communautaires préexistants, ces instruments étendent les filets d'entraide et assurent la persistance des échanges entre pairs, sans supplanter l'intervention humaine immédiate (Christensen et al., 2014 ; Mohr et al., 2013).

Au Québec, divers organismes institutionnels et communautaires admettent que la prévention du suicide s'ancre dans une responsabilité collective, engageant services professionnels et implication des acteurs communautaires et citoyens. La *Stratégie québécoise de prévention du suicide* insiste sur la concertation entre réseau de santé et milieux communautaires pour garantir la fluidité des actions préventives et une proximité accrue avec les groupes vulnérables (MSSS, 2020). Dans ce contexte, l'Institut national de santé publique du Québec préconise d'organiser cette synergie via des outils de formation, de coordination et d'appui, de sorte que la participation citoyenne infuse durablement et cohéremment la prévention (INSPQ, 2018). L'Association québécoise de prévention du suicide promeut une démarche communautaire reposant sur la mobilisation locale, la détection précoce de la détresse et le guidage vers ressources adéquates, tout en notant que leur efficacité sur leur jonction avec les services officiels (AQPS, 2023). Ces convergences indiquent que, malgré une validation institutionnelle nette du rôle participatif citoyen, les mécanismes tangibles de cette intégration persistent comme un nœud gordien de la prévention suicidaire rurale québécoise.

Le problème spécifique de cette recherche se positionne à la croisée des vulnérabilités structurelles durables et d'un potentiel communautaire encore imparfaitement sondé.

1.4 JUSTIFICATION DE LA RECHERCHE

1.4.1 Justification sociale

Les défis de santé mentale en milieu rural persistent avec une acuité notable. Ils reflètent l'impact combiné de l'isolement géographique, de l'insuffisance des ressources spécialisées et de la stigmatisation tenace qui enveloppe la détresse psychologique (Commission de la santé mentale du Canada, 2020 ; World Health Organization, 2014). Au Canada, les enquêtes de Desmeules et al. (2006) révèlent que les populations rurales affichent une incidence plus haute de troubles mentaux non pris en charge. Cette

configuration s'explique par l'éloignement des services, la rareté des professionnels et les obstacles liés aux trajets. En ces territoires, solliciter de l'aide reste ardu, car la crainte du jugement et le défaut d'anonymat entravent la quête de soutien, reportant les interventions et perpétuant un voile de silence sur la souffrance psychique (Desmeules et al., 2006 ; Schomerus et Angermeyer, 2008).

Les mutations sociales des dernières décennies pèsent également sur la santé mentale des résidents ruraux. L'essoufflement des activités ancestrales, le vieillissement démographique et l'altération des habitudes de vie ébranlent la cohésion communautaire. Les liens sociaux, pourtant cruciaux pour la résilience collective, s'amenuisent progressivement (Hal-facre, 1993 ; Shucksmith et Brown, 2016). Ce reflux du sentiment d'appartenance accentue l'isolement, particulièrement dans les zones où les rencontres s'espacent et où les réseaux informels, soutiens de la vie collective, s'étiolent.

Dans cette conjoncture, les initiatives communautaires et les arènes de participation citoyenne acquièrent une portée singulière. Elles forment des ressorts vitaux de soutien social et de prévention. Les études en santé publique attestent que la densité et la qualité des relations sociales préservent efficacement de la détresse psychologique. Le capital social, en cultivant confiance et entraide, engendre des milieux bienveillants qui modèrent les effets de la solitude et fortifient la résilience individuelle et collective (Kawachi et Berkman, 2000). Ces observations convergent avec les réflexions de Woolcock et Narayan (2000) ainsi que celles de Berkes et Ross (2013), qui soulignent le poids décisif des réseaux communautaires dans la résistance des collectivités aux fragilités sociales.

Parmi les peuples autochtones, la robustesse du tissu social et la mobilisation communautaire tiennent une position encore plus prééminente. La revitalisation culturelle, la transmission intergénérationnelle et la reconquête identitaire se dressent comme des instruments puissants de résilience aptes à atténuer la vulnérabilité suicidaire (Kral et al., 2011). Ces perspectives résonnent avec les travaux de Kirmayer et al. (2000), qui voient dans la reconstitution des liens communautaires et la mise en valeur des savoirs culturels des piliers indispensables à la prévention du suicide au sein des communautés autochtones.

Au Québec, la conjoncture se distingue par un accès limité aux services spécialisés en santé mentale dans les régions rurales et isolées. Les réseaux communautaires y assurent un rôle pivot en prodiguant un soutien informel et souvent inaugural (Commission de la santé mentale du Canada, 2020 ; INSPQ, 2018). Cette configuration se vérifie surtout chez les hommes, dont l'appel à l'aide professionnelle reste parcimonieux. Les ressources locales et les dynamiques de solidarité deviennent alors des béquilles essentielles au maintien du bien-être psychosocial (INSPQ, 2016 ; Roy et al., 2019).

Par conséquent, cette étude ambitionne de mieux appréhender ces modalités de participation citoyenne et de solidarité collective.

1.4.2 Justification scientifique

La recherche sur la prévention du suicide demeure largement dominée par des approches cliniques et biomédicales centrées sur l'individu. Or, aussi précieuses soient-elles, ces perspectives ne parviennent pas à rendre pleinement compte de la complexité humaine, sociale et culturelle du phénomène suicidaire. Cette insuffisance réduit leur capacité à saisir les contextes dans lesquels la détresse s'enracine et à orienter des stratégies véritablement adaptées aux réalités locales (Franklin et al., 2017). Autrement dit, comprendre le suicide impose de dépasser la seule lecture clinique pour intégrer le rôle du collectif, de l'environnement et du sentiment d'appartenance.

Au fil des dernières décennies, les travaux en santé publique et en sciences sociales ont mis en évidence l'importance du capital social et des liens communautaires dans la prévention du suicide (Berkman et Glass, 2000; Kawachi et Berkman, 2000). Les études comparatives d'Aldrich et Meyer (2015) montrent que les communautés où la cohésion sociale est forte présentent une résilience accrue face aux crises humaines, économiques ou environnementales, en raison de la densité des réseaux d'entraide, de confiance et de coopération qui les structurent. Ces résultats confirment les analyses de Kawachi et

Berkman (2000) ainsi que celles de Woolcock et Narayan (2000), pour qui la prévention du suicide ne peut se limiter à une réponse individuelle mais doit être envisagée comme un processus collectif nourri par les relations sociales, le soutien mutuel et la vitalité des ressources communautaires.

Malgré ces avancées, la participation citoyenne et les initiatives communautaires dans la prévention du suicide en milieu rural restent relativement peu documentées. Vijayakumar (2007) montre que, dans plusieurs pays, l'étude des facteurs sociaux associés au suicide se heurte à des obstacles méthodologiques importants : faiblesse des systèmes de collecte de données, sous- déclaration des décès, manque d'informations fiables sur les tentatives. Ces limites empiriques, bien qu'observées dans d'autres contextes que le Québec, montrent plus largement la difficulté à appréhender de manière fine les mécanismes sociaux et communautaires de prévention, en particulier dans les territoires ruraux souvent moins dotés en ressources de recherche (White et al., 2016). Ce déficit de connaissances contribue à laisser dans l'ombre la richesse des initiatives locales et la force du capital social propre à ces milieux (Woolcock et Narayan, 2000).

Les sciences sociales offrent néanmoins un cadre d'analyse précieux pour comprendre ce qui rend les espaces ruraux à la fois vulnérables et porteurs de solutions. Cloke (2006) rappelle que la ruralité ne se réduit pas à une simple distance géographique ou à une faible densité de population : elle constitue un univers social singulier, façonné par des valeurs, des normes partagées et des réseaux de proximité qui influencent en profondeur les comportements, les pratiques d'entraide et les formes d'engagement citoyen. Halfacree (1993) ainsi que Shucksmith et Brown (2016) révèlent que les transformations économiques et sociales des dernières décennies reconfigurent les liens sociaux et redéfinissent les modalités d'engagement collectif, tout en modifiant la manière dont les communautés rurales prennent soin de leurs membres.

Les approches contemporaines en suicidologie critique invitent alors à articuler les savoirs institutionnels et ceux issus de l'expérience vécue. White et al. (2016) soutiennent que les stratégies de prévention les plus pertinentes sont celles qui conjuguent interventions

cliniques et connaissances locales, culturelles et relationnelles, en tenant compte des dimensions sociales, organisationnelles et symboliques du suicide. Cette orientation rejoint les analyses de Wray et al. (2011), qui insistent sur la nécessité d'intégrer les facteurs sociaux et culturels au cœur de la compréhension du suicide afin d'éviter une vision strictement individualisée du phénomène. Loin de disqualifier la clinique, cette perspective propose de l'élargir, en reconnaissant que la santé mentale se construit autant dans les liens tissés entre les individus que dans les ressources institutionnelles mobilisées.

Sur ce plan, la présente recherche participe à l'effort de renouvellement scientifique et social. Elle poursuit l'objectif de contribuer à ce champ encore peu exploré en examinant, à partir du contexte rural québécois, la manière dont la participation citoyenne et les initiatives communautaires se déploient concrètement dans les pratiques de prévention du suicide

1.5 INTENTIONS ET CONTRIBUTIONS DE LA RECHERCHE

1.5.1 Intentions de la recherche

À travers cette recherche, nous souhaitons avant tout donner sens et visibilité aux efforts humains qui se déploient au quotidien dans la prévention du suicide. L'objectif général de cette recherche est d'évaluer l'état et l'expression de la participation citoyenne et des initiatives communautaires dans la prévention du suicide en milieu rural, notamment à Rimouski.

Objectif 1 : Analyser les formes et les modalités de la participation citoyenne en milieu rural.

Dans des régions comme celle du Bas-Saint-Laurent, il s'agit de comprendre comment les citoyens s'engagent pour prévenir la détresse. À travers des gestes souvent simples, mais profondément significatifs, une écoute, une présence, une initiative partagée,

se dessinent des formes d'entraide qui donnent vie à la prévention. Ces pratiques, ancrées dans la proximité et la confiance, révèlent toute la richesse des dynamiques humaines au cœur des petites communautés (Desmeules et al., 2006 ; Roy et Tremblay, 2019).

Objectif 2. Examiner la contribution des initiatives communautaires sur le renforcement des capacités locales.

L'objectif est de mettre en avant l'importance des actions collectives, qu'il s'agisse de projets de sensibilisation, de groupes de parole ou d'activités communautaires, comme moyens efficaces pour renforcer la cohésion et la résilience. Ces initiatives participent à l'émergence d'une culture du soin partagée, dans laquelle chaque citoyen peut jouer un rôle actif dans la prévention du suicide (Aldrich et Meyer, 2015 ; Kral et al., 2011).

Objectif 3. Explorer les facteurs facilitant ou freinant l'engagement citoyen.

L'implication communautaire ne va pas toujours de soi ; elle dépend de plusieurs conditions, comme les ressources disponibles, les perceptions sociales et le climat général. Ces initiatives contribuent à faire émerger une culture du soin partagée, dans laquelle chaque citoyen peut jouer un rôle actif dans la prévention du suicide. Cette dynamique s'inscrit pleinement dans la perspective développée par Kawachi et Berkman (2000), selon laquelle la participation communautaire et la solidarité sociale constituent des leviers fondamentaux de santé mentale et de prévention.

1.5.2 Retombées sociales et communautaires

Cette étude s'efforce de magnifier les initiatives portées par le cœur et l'engagement humain. Elle valorise la vitalité des communautés rurales du Bas-Saint-Laurent, leur ingéniosité à concevoir des soutiens adaptés à leurs réalités et leur détermination à agir de concert contre la détresse. Par ce biais, l'ambition est d'instaurer une reconnaissance accrue du rôle des citoyens et bénévoles dans la prévention du suicide, de consolider les réseaux

d'entraide et de vigilance locaux, et de propager une culture du soin partagé, ancrée dans la bienveillance, la confiance et l'écoute.

1.5.2.1 Retombées scientifiques

À travers cette étude, nous souhaitons apporter une contribution concrète à un domaine encore peu exploré : la prévention du suicide à travers la participation citoyenne. En s'appuyant sur les expériences vécues au Centre de prévention du suicide de l'Est (CPSE), elle vise à mettre en lumière les effets réels de la mobilisation communautaire dans les démarches de prévention. Elle cherche aussi à mieux comprendre les dynamiques sociales et symboliques qui nourrissent la résilience collective au sein des milieux ruraux. Enfin, cette recherche pourrait contribuer à proposer un cadre d'analyse qui puisse être adapté à d'autres territoires, notamment ceux qui, comme le nôtre, combinent éloignement géographique et forte cohésion sociale.

1.5.2.2 Retombées politiques et institutionnelles

L'enjeu primordial réside dans la stimulation d'une réflexion collective sur la prévention du suicide. Les conclusions de cette étude pourraient éclairer décideurs, intervenants et partenaires publics, les incitant à mieux appréhender l'importance des actions citoyennes locales. Elles favoriseraient l'intégration des initiatives locales dans les plans régionaux et provinciaux de prévention, le renforcement des synergies entre services de santé, organismes communautaires et municipalités, ainsi que le soutien à des mécanismes pérennes de financement et de reconnaissance. En définitive, cette investigation aspire à accorder une place prépondérante à la voix et à l'action citoyenne dans l'édification d'un réseau préventif plus humain, solidaire et enraciné dans les réalités communautaires.

Après avoir scruté la problématique et les observations relatives à la prévention du suicide en milieu rural, il convient de prendre du recul pour mieux appréhender les forces qui soutiennent communautés et individus. Afin d'avancer, cette analyse s'appuie sur des balises théoriques éclairant comment les liens sociaux, la participation citoyenne et la solidarité locale se muent en leviers préventifs authentiques. C'est dans cette perspective que se déploie le cadre théorique de cette recherche, édifié sur les paradigmes de l'intégration sociale et de la résilience communautaire.

CHAPITRE 2

CADRE THÉORIQUE DE LA RECHERCHE

INTRODUCTION

À la suite de la présentation de la problématique et des principaux enjeux entourant la prévention du suicide en milieu rural, il convient de s'appuyer sur une base théorique solide afin de mieux cerner les réalités sociales, collectives et territoriales qui s'y rattachent. Ce référentiel conceptuel sert non seulement à ancrer notre analyse dans les travaux scientifiques existants, mais aussi à éclairer les observations issues du terrain. Dans cette logique analytique, nous cherchons à tisser un lien cohérent entre la réflexion théorique et les expériences vécues, afin de comprendre plus concrètement comment la participation citoyenne et les initiatives communautaires participent à la prévention du suicide et au renforcement du tissu social.

2.1 APPROCHES THÉORIQUES

L'analyse de la prévention du suicide à travers la participation citoyenne et les initiatives communautaires fait appel à un cadre théorique apte à éclairer les dynamiques sociales, collectives et territoriales qui structurent les réalités rurales. Le suicide ne peut être appréhendé uniquement comme l'expression d'une souffrance individuelle : il prend place dans des configurations sociales, relationnelles et institutionnelles qui influencent à la fois l'émergence de la détresse et les possibilités de prévention. Dans cette optique, deux approches théoriques apparaissent particulièrement pertinentes pour saisir la complexité du

phénomène : la théorie de l'intégration sociale développée par Émile Durkheim (1897) et la théorie de la résilience communautaire formulée à partir des travaux de Norris et al. (2008).

Bien que ces perspectives s'ancrent dans des contextes historiques et épistémologiques distincts, elles convergent autour d'un postulat commun : le lien social constitue un déterminant central de la santé mentale collective. Ensemble, elles permettent d'articuler une lecture structurelle des vulnérabilités sociales à une compréhension plus dynamique des capacités d'action et d'adaptation des communautés. Leur mobilisation conjointe offre ainsi un cadre analytique pertinent pour étudier la prévention du suicide en milieu rural, en tenant compte à la fois des conditions d'intégration sociale et des ressources communautaires mobilisables.

2.1.1 Intégration sociale et régulation du lien social : l'apport de Durkheim

La théorie de l'intégration sociale, formulée par Émile Durkheim dans *Le Suicide : étude de sociologie* (1897), repose sur l'idée que les comportements suicidaires ne relèvent pas exclusivement de la psychologie individuelle, mais s'enracinent profondément dans l'organisation et le fonctionnement des sociétés. Durkheim soutient que la probabilité du suicide varie en fonction du degré d'intégration des individus à leur communauté : plus les relations sociales sont nombreuses, stables et structurantes qu'elles soient familiales, institutionnelles ou communautaires plus elles offrent un ancrage collectif susceptible de protéger les individus du désespoir et de l'isolement (Durkheim, 1897). Autrement, un déficit d'intégration, caractéristique des sociétés modernes marquées par l'affaiblissement des solidarités traditionnelles, crée un vide moral et relationnel propice à la désaffiliation et au passage à l'acte.

Cette approche théorique, largement reprise et approfondie par la sociologie contemporaine, met en lumière le rôle central du sentiment d'appartenance et des institutions sociales dans la régulation du lien social. Pescosolido (1994) souligne à cet

égard que les réseaux sociaux fonctionnent comme des structures d'interdépendance, influençant non seulement les comportements individuels, mais également la manière dont les individus perçoivent leur place, leur utilité et leur reconnaissance au sein de la collectivité. Cette lecture relationnelle du suicide permet ainsi de comprendre comment les communautés peuvent agir comme des remparts contre la détresse, notamment par la cohésion sociale, la reconnaissance mutuelle et la participation à des réseaux de soutien formels ou informels.

Néanmoins, la théorie durkheimienne a fait l'objet de critiques importantes. Plusieurs auteurs lui reprochent son caractère relativement déterministe, dans la mesure où elle accorde une place prépondérante aux structures sociales, au détriment des capacités d'action, d'adaptation et de transformation des acteurs et des communautés. Comme le soulignent Wray et al. (2011), cette approche tend à minimiser la faculté des collectifs à s'organiser face à l'adversité et à reconstruire du lien social dans des contextes de crise. Dans cette lecture critique, le suicide ne constitue plus uniquement un indicateur d'intégration déficiente, mais également un révélateur des tensions structurelles entre autonomie individuelle et solidarité collective.

2.1.2. Résilience communautaire : capacités d'action collective

En complément de cette lecture sociologique classique, la théorie de la résilience communautaire apporte un éclairage plus contemporain, centré sur la capacité des communautés à faire face aux chocs, à s'adapter et à se transformer positivement. Élaborée par Norris et al. (2008) à partir de travaux sur les catastrophes et les crises sociales, cette approche définit la résilience communautaire comme un ensemble de capacités adaptatives permettant à une collectivité de se réorganiser après une perturbation majeure tout en maintenant son identité, sa cohésion et ses fonctions essentielles. Ces capacités reposent sur quatre dimensions interdépendantes : le capital social, les ressources économiques, l'information et la communication, ainsi que la compétence communautaire, entendue

comme la capacité à mobiliser collectivement les ressources disponibles pour répondre à un problème commun.

Les travaux d'Aldrich et Meyer (2015) viennent appuyer empiriquement cette conception. À partir d'analyses comparatives menées dans différents contextes nationaux, ces auteurs démontrent que les communautés dotées d'un capital social dense, fondé sur des relations de confiance et de coopération, présentent une capacité accrue à faire face aux crises sociales et humaines. Cette résilience ne dépend pas uniquement de la présence d'institutions formelles, mais repose largement sur la mobilisation des réseaux sociaux locaux, ce qui rejoint directement les dynamiques observées en milieu rural.

Dans le champ de la prévention du suicide, la théorie de la résilience communautaire met en relief la solidarité, la mobilisation collective et la créativité locale comme leviers essentiels de protection. Kirmayer et al. (2000) montrent que les communautés capables de s'appuyer sur leurs savoirs culturels, leurs pratiques d'entraide et leurs ressources symboliques développent une résistance accrue aux crises psychosociales, en transformant la vulnérabilité en apprentissage collectif et en innovation sociale. Cet angle d'approche confère ainsi une légitimité centrale aux initiatives citoyennes et communautaires, envisagées non comme des réponses marginales, mais comme de véritables modes de production de santé collective.

Cela étant, la résilience communautaire ne peut être pensée indépendamment des contraintes structurelles qui pèsent sur les territoires. Berkes et Ross (2013) rappellent que la durabilité de la mobilisation communautaire dépend étroitement de la reconnaissance institutionnelle et du soutien des politiques publiques. La résilience apparaît dès lors comme un processus dynamique, exigeant un environnement social et politique favorable pour se traduire en transformations durables.

Dans le périmètre de cette recherche, la théorie de la résilience communautaire prime, car elle correspond aux réalités observées sur le terrain. En milieu rural, la prévention du suicide repose souvent moins sur la densité des services spécialisés que sur la force du lien

social, la capacité de mobilisation collective et l'organisation du milieu autour de valeurs partagées. Comme le souligne Ungar (2011), la résilience se manifeste pleinement lorsque les individus et les groupes disposent de ressources accessibles et culturellement significatives pour faire face aux défis de leur environnement.

Toutefois, il importe de maintenir une lecture équilibrée de ce modèle, en reconnaissant simultanément la puissance de l'action locale et les limites imposées par les contraintes structurelles. Une prévention durable du suicide suppose donc un ancrage territorial fort, soutenu par des dispositifs institutionnels cohérents, condition indispensable pour que la résilience communautaire se traduise en changements concrets et pérennes (Berkes et Ross, 2013).

Sur la base de ce cadre théorique, il convient désormais de préciser les concepts centraux mobilisés dans cette recherche. La section suivante est consacrée à la conceptualisation des notions de prévention du suicide, de participation citoyenne, d'initiatives communautaires et de milieu rural, telles qu'elles sont entendues dans le cadre de cette étude.

2.2. CONCEPTUALISATION

L'élaboration du cadre conceptuel ambitionne de préciser les notions cardinales qui structurent cette recherche. En harmonie avec notre posture théorique, la prévention du suicide, la participation citoyenne, les initiatives communautaires et le milieu rural forment les quatre axes interconnectés de l'analyse du phénomène. Cette démarche instaure un vocabulaire partagé et un instrument d'analyse unifié, tout en garantissant un alignement conceptuel précis entre productions scientifiques et observations de terrain.

2.2.1 La prévention du suicide

La prévention du suicide s'avère un concept polymorphe et multidimensionnel, à la croisée du social, du communautaire et de l'institutionnel. Selon Mann et al. (2005), elle désigne un faisceau d'interventions coordonnées destinées à diminuer la fréquence des actes suicidaires en ciblant facteurs de risque et de protection. Ces auteurs délimitent trois strates d'intervention : la prévention primaire, qui s'oppose aux déterminants sociaux en amont du risque ; la prévention secondaire, orientée vers la détection et l'intervention hâtives ; la prévention tertiaire, qui vise à atténuer les séquelles des tentatives et à conjurer les récidives.

Au-delà de cette classification primaire/secondaire/tertiaire, la littérature en santé publique distingue également trois niveaux de prévention selon la population cible : la prévention universelle, qui s'adresse à l'ensemble de la population sans distinction de niveau de risque (campagnes de sensibilisation, formation des sentinelles) ; la prévention sélective, qui cible des groupes identifiés comme plus vulnérables en raison de facteurs de risque spécifiques (populations rurales isolées, travailleurs du secteur primaire, hommes adultes) ; et la prévention indiquée, qui intervient auprès de personnes présentant des signes précurseurs de détresse ou des comportements suicidaires déjà manifestes (suivi clinique intensif, intervention de crise). Cette trilogie typologique, développée notamment par Mrazek et Haggerty (1994) et reprise par l'INSPQ (2018), offre un cadre analytique complémentaire pour situer et évaluer la portée des interventions communautaires.

Dans cette perspective, le Centre de prévention du suicide de l'Est (CPSE) de Rimouski s'inscrit principalement dans une logique de prévention universelle et sélective, en déployant des actions de sensibilisation auprès de l'ensemble de la communauté territoriale tout en ciblant des groupes à risque élevé propres au milieu rural. Cette orientation résonne avec la théorie interpersonnelle du suicide de Joiner (2005), selon laquelle le désir suicidaire émerge de la convergence de trois facteurs : le sentiment d'appartenir à un fardeau pour autrui, la perception d'être un poids pour les siens et la

capacité acquise de passer à l'acte. Les initiatives du CPSE, en renforçant le lien social, la vigilance communautaire et le sentiment d'appartenance, agissent directement sur les deux premiers facteurs identifiés par Joiner (2005), faisant de cet organisme un acteur clé de la prévention universelle et sélective en milieu rural.

Dans une optique participative, White et al. (2016) conçoivent la prévention comme un processus collectif s'appuyant sur la mobilisation des ressources locales, l'édification de réseaux de soutien et la co-élaboration d'environnements protecteurs. Cette vision cadre avec celle de la World Health Organization (2014), qui préconise d'intégrer la prévention du suicide à divers échelons (individuel, communautaire, institutionnel, politique) pour consolider la résilience psychosociale et le bien-être collectif.

Dès lors, la prévention du suicide se profile comme un processus holistique, intégré et collaboratif, qui vise à fortifier la résilience individuelle et communautaire par la solidarité, la vigilance collective et la proximité relationnelle, en liant les actions locales et les politiques publiques.

2.2.2 La participation citoyenne

La participation citoyenne agit comme un ressort vital de la résilience communautaire et un pivot de notre examen. Elle renvoie à l'aptitude des citoyens à peser sur les choix collectifs et à contribuer vigoureusement à la mutation de leur environnement. Arnstein (1969) gradue les échelons d'engagement, de la simple consultation à la codécision, alors que Pateman (1970) insiste sur l'exigence d'une participation sincère, édifiée sur la délibération et la coresponsabilité.

Cornwall (2008) offre une interprétation critique de la participation citoyenne, en soulignant sa pluralité de pratiques et de pouvoirs. Elle oppose les modalités institutionnelles, souvent circonscrites à l'information ou à la consultation, aux formes autonomes nées de l'initiative locale. Selon elle, la participation génère des effets

libérateurs uniquement si elle valide véritablement les savoirs et le pouvoir d'agir des acteurs locaux, loin d'une instrumentalisation des citoyens.

De plus, Fung (2006) analyse en profondeur la participation citoyenne comme un spectre de mécanismes variant selon l'inclusivité des participants, l'autorité concédée aux citoyens et les canaux de communication et de délibération employés. Cette grille révèle que les impacts de la participation dépendent étroitement des cadres institutionnels la régissant. Une consultation restreinte diverge d'une concertation, co-production ou codécision (Fung, 2006). Pour lui, la participation s'étend en continuum où collaboration, co-production et concertation s'entremêlent selon les contextes institutionnels.

Dans les milieux ruraux, cette implication revêt une concrétude : les citoyens émergent comme premiers acteurs préventifs, en détectant la détresse, en assistant leurs pairs et en tissant des espaces solidaires. Cette perspective recoupe les analyses de Cornwall (2008), qui y voit un acte d'émancipation et de reconnaissance sociale, et celles de Bacqué et Biewener (2013), qui posent l'empowerment comme un processus d'affranchissement collectif redonnant maîtrise sur les décisions déterminantes.

Dans cette étude, la participation citoyenne s'entend comme un engagement volontaire, dynamique et transformatif, par lequel les résidents œuvrent à la prévention du suicide en activant savoirs, expériences et solidarités pour métamorphoser les conditions sociales et relationnelles de leur cadre.

2.2.3 Les initiatives communautaires

Les initiatives communautaires étendent et matérialisent la participation citoyenne par des actions collectives locales. Chaskin (2001) les esquisse comme des efforts pour amplifier les capacités du milieu via la mobilisation des ressources, la formation et la fomentation d'un sentiment d'appartenance. Rifkin (2009) démontre qu'elles optimisent la qualité et la pertinence des services quand les citoyens les coconçoivent et les déploient.

Kirmayer et al. (2000) mettent l'accent sur leur dimension culturelle : leur efficacité tient à leur adaptation aux valeurs, à l'identité et aux pratiques locales (Kirmayer et al., 2000). Ces entreprises adoptent des formes plurielles telles que groupes d'entraide, campagnes de sensibilisation, comités citoyens, formations, mais convergent vers un but commun : raffermir la solidarité et la vigilance collective au sein des communautés.

Les initiatives communautaires se définissent comme l'ensemble des actions collectives endogènes au milieu, formelles ou informelles, destinées à consolider la cohésion sociale, la solidarité et l'adaptabilité des populations rurales face au risque suicidaire.

2.2.4 Le milieu rural

Le milieu rural forme le référentiel spatial, social et identitaire de cette recherche. Halfacree (1993) le dépeint par sa faible densité démographique, sa proximité interactionnelle et son interdépendance résidentielle. Dans les éco-économies rurales, la relation aux secteurs primaires (agriculture, foresterie, mines) accroît la sensibilité aux cycles économiques et aux disparités d'accès aux ressources, ces domaines étant tributaires des marchés de matières premières et des politiques commerciales. Une parade reconnue à cette fragilité réside dans la diversification économique au-delà du primaire (Statistique Canada, 2002). La sociologie rurale documente que ces milieux s'articulent autour de liens sociaux denses et d'un lien profond à la nature, forgeant cohésion communautaire et valeurs solidaires (Svendsen et Sørensen, 2007). Cette configuration, mêlant attachement environnemental et soutien mutuel, imprègne l'économie sociale rurale et les réseaux locaux (Desmeules et al., 2006 ; Halfacree, 1993 ; Judd et al., 2006 ; Shucksmith et Brown, 2016).

Par conséquent, le milieu rural s'entend comme un espace humain et social caractérisé par la proximité, la cohésion et la solidarité, où dynamiques locales et liens interpersonnels

agissent comme leviers décisifs de prévention suicidaire et de consolidation du vivre-ensemble.

Le schéma présenté ci-dessous synthétise le référentiel théorique déployé dans ce chapitre, articulant deux piliers complémentaires : l'intégration sociale de Durkheim (1897) qui éclaire les vulnérabilités structurelles du lien social, et la résilience communautaire de Norris et al. (2008) qui met en lumière les capacités adaptatives collectives. Leur interaction nourrit la participation citoyenne et les initiatives communautaires, ancrées dans le contexte spécifique du milieu rural, caractérisé par sa proximité et sa solidarité. Ce schéma illustre ainsi la dynamique holistique de prévention du suicide, reliant analyse structurelle et potentiel transformateur des territoires ruraux.

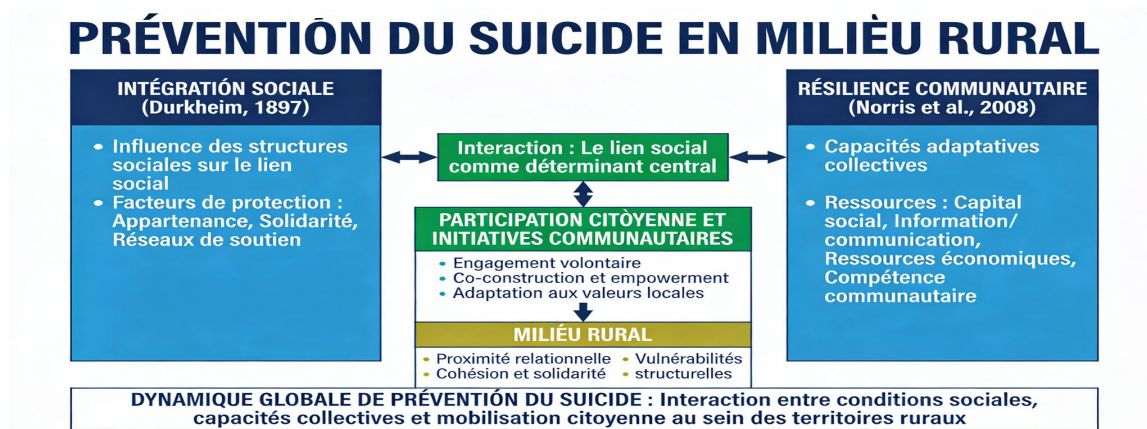


Figure 1 - Dynamique globale de prévention du suicide¹

Source : *Schéma original de l'auteur, 2026*

2.3 QUESTIONS OPÉRATOIRES

L'élaboration des questions opératoires constitue une étape déterminante pour articuler le cadre théorique à la réalité empirique. Comme le rappellent Paillé et Mucchielli

¹ Légende : Représentation des deux piliers théoriques (intégration sociale et résilience communautaire) et leurs interconnexions avec les concepts centraux de la recherche, appliqués au contexte rural.

(2021), ces questions permettent de transposer les concepts abstraits en objets d'exploration concrets, tout en assurant la cohérence entre les fondements théoriques et les situations vécues sur le terrain. En ce sens, la démarche vise à comprendre comment les dynamiques sociales, communautaires et structurelles s'incarnent dans la prévention du suicide en milieu rural, à travers les expériences, les pratiques et les représentations des acteurs engagés.

La réflexion s'oriente d'abord vers la dimension sociale de la prévention. Il s'agit de se demander : **dans quelle mesure la création et le maintien de réseaux de soutien, qu'ils soient formels ou informels, contribuent-ils à renforcer la prévention du suicide dans les milieux ruraux ? (Q1)** Cette interrogation invite à considérer la valeur protectrice des relations humaines et du sentiment d'appartenance dans des contextes souvent marqués par la solitude et la dispersion géographique. La théorie interpersonnelle de Van Orden et al. (2010) met en évidence que la qualité des interactions sociales et la stabilité des liens constituent des facteurs décisifs de protection face à la détresse psychologique.

Une autre question émerge, centrée sur le pouvoir d'agir citoyen. Il s'agit alors de se demander : **comment l'engagement des citoyens en milieu rural contribue-t-il à l'adaptation locale des interventions de prévention ? (Q2)** L'enjeu consiste à comprendre dans quelle mesure l'implication des habitants, par le bénévolat, les rôles de sentinelles ou la participation aux comités communautaires, permet d'enrichir la pertinence des actions mises en place. La typologie proposée par Arnstein (1969), décrivant les différents degrés de participation, offre un cadre pertinent pour saisir l'intensité de cette implication et ses effets sur la co-construction des initiatives locales.

L'examen des formes de collaboration entre citoyens et organismes communautaires permet d'appréhender les conditions d'accessibilité et de proximité des services. Une question se pose alors : **de quelle manière la coopération entre les acteurs du terrain et les structures institutionnelles améliore-t-elle la portée des interventions dans les milieux ruraux ? (Q3).** L'approche développée par Woolcock et Narayan (2000) souligne que le capital social d'une communauté repose sur la capacité à entretenir des liens

horizontaux de solidarité et des liens verticaux de coordination avec les institutions. En milieu rural, cette articulation apparaît déterminante pour compenser la rareté des ressources et assurer la continuité du soutien.

La mobilisation collective et les actions de sensibilisation constituent également des leviers essentiels de prévention. Cela nous conduit à poser la question suivante : **comment la mobilisation et la sensibilisation communautaires rurales participent-elles à la construction d'une culture locale de prévention du suicide ? (Q4)**. Les travaux de Christensen et al. (2014) montrent que les activités collectives, qu'il s'agisse de campagnes d'information, de groupes d'entraide ou d'événements communautaires, renforcent la cohésion sociale et favorisent une vigilance partagée, fondée sur la responsabilité collective et la reconnaissance mutuelle. Ces formes d'action confèrent à la prévention une dimension relationnelle et culturelle qui dépasse le seul cadre institutionnel.

La réflexion doit s'étendre aux dynamiques structurelles pour comprendre comment les pratiques locales influencent les cadres politiques et organisationnels. La question devient alors : **dans quelle mesure les initiatives communautaires et citoyennes dans les milieux ruraux peuvent-elles transformer ou inspirer les politiques publiques de prévention du suicide ? (Q5)**. Selon Berkes et Ross (2013), la résilience d'une communauté repose à la fois sur sa capacité interne d'adaptation et sur la reconnaissance institutionnelle de ses savoirs et de ses pratiques. L'analyse de ces interactions permettra de dégager les conditions d'une gouvernance partagée, où les politiques s'enracinent davantage dans les réalités vécues par les populations rurales.

Ces interrogations, étroitement liées entre elles, forment le fil conducteur de notre analyse. Elles visent à mettre en évidence les mécanismes sociaux et communautaires qui sous-tendent la prévention du suicide en milieu rural, tout en éclairant la manière dont la participation citoyenne et les initiatives collectives favorisent la consolidation d'une résilience communautaire durable.

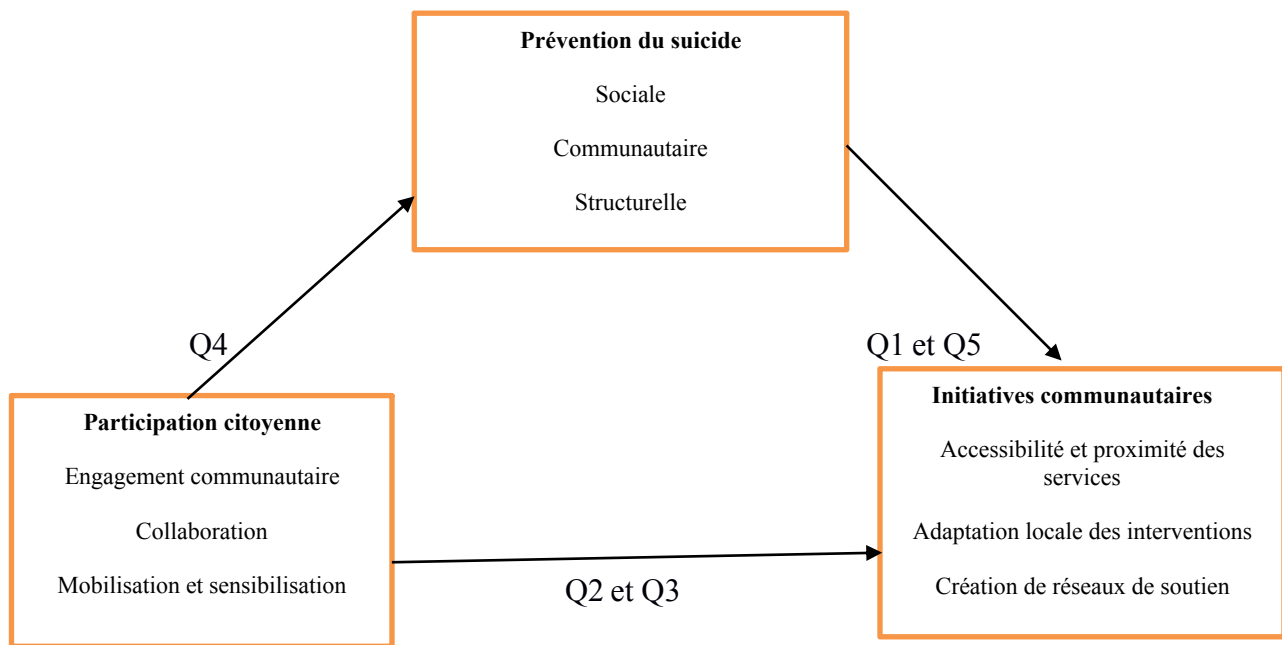


Figure 2 - Schéma opératoire

CHAPITRE 3

CADRE MÉTHODOLOGIQUE

INTRODUCTION

Ce chapitre présente la démarche scientifique qui a guidé l'analyse portant sur la participation citoyenne et les initiatives communautaires dans la prévention du suicide en milieu rural, en prenant pour terrain le Centre de prévention du suicide de l'Est (CPSE) à Rimouski.

L'objectif consiste à présenter la logique méthodologique qui a orienté la recherche, depuis le choix de l'approche jusqu'à l'analyse des données, tout en précisant le positionnement du chercheur dans le processus d'enquête. La démarche s'appuie sur une approche qualitative et compréhensive, adaptée à l'étude d'un phénomène humain et social complexe. Elle vise à saisir le sens que les acteurs attribuent à leur engagement et à leurs pratiques de prévention. L'implication professionnelle au sein du CPSE conduit à l'adoption d'une posture d'observateur impliqué, conciliant proximité avec le terrain et distance critique dans l'analyse. L'enjeu n'est pas d'évaluer les interventions cliniques, mais de comprendre comment les acteurs du terrain employés et bénévoles perçoivent, vivent et soutiennent les formes d'engagement citoyen qui participent à la prévention du suicide.

3.2 MÉTHODE ET TYPE DE RECHERCHE

3.2.1 Méthode de recherche : approche et posture de recherche

L'approche qualitative a été retenue pour sa capacité à explorer la profondeur et la complexité des expériences humaines. Elle offre une compréhension des significations que les individus attribuent à leurs actions et à leur environnement social (Paillé et Mucchielli, 2021). Étant donné la sensibilité du domaine de la prévention du suicide, les réalités dépassent les chiffres : elles se vivent à travers les récits, les émotions, les gestes et les dynamiques relationnelles.

La recherche qualitative se fonde sur une co-construction du sens, où le chercheur agit comme médiateur entre les discours et les expériences vécues. Elle privilégie une compréhension située du réel et favorise l'émergence du sens à partir du terrain plutôt que de catégories préétablies (Denzin et Lincoln, 2018). La posture adoptée s'inscrit ainsi dans une démarche compréhensive et réflexive. Elle repose sur la reconnaissance du caractère co-produit de toute connaissance, issue de la rencontre entre le chercheur et les participants. À cet égard, l'implication professionnelle au sein du CPSE constitue une ressource pour saisir les logiques internes du milieu, tout en nécessitant une vigilance constante afin de limiter les biais d'interprétation.

Tableau 1 - Comparaison entre l'approche quantitative et l'approche qualitative dans le contexte de la prévention du suicide

Critères	Approche quantitative	Approche qualitative (retenue pour cette recherche)
Objectif principal	Mesurer, quantifier et établir des relations statistiques entre des variables liées à la prévention du suicide.	Comprendre en profondeur les expériences, les perceptions et les dynamiques sociales vécues par les intervenants et citoyens impliqués dans la prévention du suicide.
Type de données	Données chiffrées (taux,	Données narratives (entretiens,

	pourcentages, corrélations).	observations, récits d'expérience).
Nature du phénomène étudié	Facteurs mesurables liés au risque suicidaire (âge, sexe, fréquence des appels, etc.).	Sens donné aux actions, aux relations humaines et à l'engagement communautaire dans les pratiques de prévention.
Posture du chercheur	Distanciée, neutre, centrée sur l'objectivité et la généralisation.	Engagée, réflexive et participative, centrée sur la co-construction du sens avec les acteurs du terrain.
Rôle des participants	Répondants à un questionnaire standardisé.	Acteurs et co-constructeurs du savoir, partageant leurs expériences vécues et leurs perceptions du travail de prévention.
Outils de collecte	Questionnaires, sondages, bases de données statistiques	Entretiens semi-dirigés, observations, analyse documentaire, notes de terrain.
Analyse des données	Analyses statistiques (corrélations, régressions).	Analyse thématique, interprétation du discours et mise en lien avec les contextes sociaux et communautaires.
Résultats attendus	Données généralisables et comparables entre groupes ou régions.	Compréhension fine et contextualisée du rôle de la participation citoyenne et des initiatives communautaires dans la prévention du suicide.
Pertinence pour la recherche	Limite la compréhension du vécu subjectif des intervenants et citoyens.	Permet de saisir la complexité humaine, les valeurs, les émotions et les logiques d'action des acteurs impliqués dans la prévention du suicide.

Source : Élaboration personnelle à partir de Paillé et Mucchielli (2021), et données du terrain du Centre de prévention du suicide de l'Est (Rimouski, 2025).

3.2.2 Justification du choix méthodologique

Le choix de la méthode qualitative s'impose par la nature du sujet : la participation citoyenne et les initiatives communautaires sont des phénomènes relationnels, contextuels et symboliques, difficilement mesurables quantitativement. Cette méthode favorise l'accès

au vécu subjectif des acteurs et permet de comprendre les représentations sociales qui orientent leurs pratiques (Miles et al., 2014).

Nous avons privilégié une logique inductive, dans laquelle les hypothèses se construisent progressivement à partir du terrain. Les propos recueillis auprès des participants constituent le matériau premier à partir duquel s'élabore la compréhension des dynamiques de prévention. Les acteurs sont ainsi considérés non comme des objets d'étude, mais comme co-auteurs de sens, porteurs d'un savoir expérientiel essentiel à la compréhension du phénomène.

3.3 CADRE D'ÉTUDE ET TERRAIN DE RECHERCHE

3.3.1 Situer Rimouski dans l'espace québécois

Le terrain de recherche de cette étude est le Centre de prévention du suicide de l'Est (CPSE), organisme communautaire dont le siège est situé à Rimouski, dans la région administrative du Bas-Saint-Laurent, au Québec. Afin de permettre au lecteur de se situer clairement, il est nécessaire de replacer Rimouski dans l'organisation territoriale québécoise, puis de décrire les différentes échelles spatiales pertinentes pour comprendre le contexte rural dans lequel s'inscrit le terrain de recherche.

Le Québec est divisé en 17 régions administratives. Le Bas-Saint-Laurent correspond à la région administrative 01, située dans la partie orientale de la province, sur la rive sud de l'estuaire du fleuve Saint-Laurent (Gouvernement du Québec, 2024). Cette région se distingue par une vaste superficie, une faible densité de population et une occupation du territoire largement dominée par des municipalités rurales ou de petite taille.

Selon le portrait régional officiel, le Bas-Saint-Laurent compte 199 097 habitants répartis sur une superficie de 22 185 km² (Gouvernement du Québec, 2024). Cela correspond à une densité d'environ 9 habitants par km², ce qui situe clairement la région

parmi les territoires faiblement peuplés du Québec, comparativement aux régions métropolitaines comme Montréal ou la Capitale-Nationale.



Figure 3 - Carte officielle de la MRC de Rimouski-Neigette et de ses municipalités

Source : Gouvernement du Québec, ministère des Affaires municipales et de l'Habitation (2025)

Cette carte présente l'organisation territoriale de la MRC de Rimouski-Neigette, incluant la ville-centre de Rimouski, les municipalités rurales environnantes et le territoire non organisé. Elle permet de situer le terrain de recherche dans un milieu majoritairement rural structuré autour d'un pôle régional de services.

L'économie de la région du Bas-Saint-Laurent se caractérise par une structure fortement ancrée dans l'exploitation et la transformation des ressources naturelles, plus marquée que dans l'ensemble du Québec (Gouvernement du Québec, 2025). En 2024, la part de l'emploi dans le secteur primaire (agriculture, foresterie, pêche) y était de 4,9 %, soit plus de deux fois la proportion observée pour l'ensemble du Québec (2,0 %), soulignant l'importance relative des activités liées à la production primaire dans le tissu économique local (Gouvernement du Québec, 2025). Le secteur manufacturier, qui demeure orienté vers la transformation des ressources naturelles et la fabrication de biens, représente également

une part notable de l'emploi régional (11,9 % comparativement à 11,0 % au Québec), tandis que les services, bien que dominants, jouent un rôle légèrement moins prépondérant qu'à l'échelle provinciale (Gouvernement du Québec, 2025). Cette structuration traduit une économie rurale où les activités productives traditionnelles continuent de jouer un rôle significatif, influençant le marché du travail et les opportunités d'emploi dans les MRC du territoire.

Par ailleurs, les indicateurs économiques du Bas-Saint-Laurent montrent des contrastes structurels face à la moyenne québécoise, notamment sur le plan des revenus et des conditions de vie. Le revenu disponible par habitant demeure inférieur à la moyenne provinciale, reflétant des inégalités économiques régionales qui peuvent influencer la qualité de vie des populations rurales (Gouvernement du Québec, 2025). De plus, la région se distingue par une forte proportion de population rurale vivant en zone rurale, soit 47,9 % des habitants contre 17,8 % au Québec, ce qui amplifie l'effet des dynamiques économiques sur les communautés locales (Gouvernement du Québec, 2025). Cette réalité socio-économique, marquée par une économie diversifiée autour des ressources, des revenus disponibles plus faibles et une population ruralisée, constitue un contexte important pour comprendre les défis et les capacités de mobilisation des acteurs ruraux, y compris dans les domaines de la santé communautaire et de la prévention du suicide.

3.3.2 Le Bas-Saint-Laurent comme région majoritairement rurale

Le Bas-Saint-Laurent regroupe huit municipalités régionales de comté (MRC) et une agglomération urbaine dominante, Rimouski. Malgré la présence de cette ville-centre, la trame régionale conserve un caractère essentiellement rural, bien que l'on compte aussi quelques villes de plus petites tailles, comme Rivière-du-Loup, Matane, Mont-Joli, La Pocatière et Amqui, notamment. La plupart des municipalités relèvent d'une classification rurale ou de petite envergure, marquées par une dispersion résidentielle, des écarts substantiels entre localités et un accès restreint aux services spécialisés (Statistique Canada,

2022). Le tableau ventile la répartition des municipalités des huit MRC du Bas-Saint-Laurent selon la taille de leur population.

Tableau 2 - Répartition des municipalités du Bas-Saint-Laurent selon leur taille (habitants)

Taille des municipalités (habitants)	Nombre de municipalités
25000 et plus	1
10000 à 24999	2
5000 à 9999	6
2000 à 4999	7
1000 à 1999	24
500 à 999	26
moins de 500	45
Total	111

Source : Gouvernement du Québec, décret de population 2026²

Les rapports officiels gouvernementaux précisent que cette morphologie territoriale pèse directement sur les conditions d'existence, les trajets quotidiens et l'aménagement des services publics ainsi que communautaires (Gouvernement du Québec, 2024). Ces traits s'avèrent cruciaux pour une enquête sur la prévention du suicide en milieu rural, puisqu'ils modulent l'atteinte des ressources, la proximité sociale et l'activation des réseaux communautaires.

² Bien que le décret de population présente des estimations, celles-ci donnent un très bon aperçu de la prépondérance des communautés rurales, notamment des très petites.

3.3.3 La circonscription provinciale de Rimouski

À l'échelle politique et électorale, Rimouski coïncide avec une circonscription provinciale éponyme. Le profil socioéconomique officiel de cette circonscription, élaboré par Élections Québec à partir des données de Statistique Canada, situe la population dans un cadre comparatif normalisé (Élections Québec, 2025).

La circonscription de Rimouski se singularise par :

- ◆ une population prépondérante concentrée dans la ville-centre ;
- ◆ un territoire englobant aussi des zones périphériques plus rurales ;
- ◆ des indicateurs socioéconomiques alignés sur ceux d'autres circonscriptions régionales de l'Est québécois.

Ce zonage éclaire le poids démographique et politique de Rimouski, sans toutefois épouser précisément les limites administratives de la MRC ni les aires couvertes par les organismes communautaires. Il fournit néanmoins un jalon précieux pour positionner Rimouski à l'échelle provinciale.

3.3.4 La MRC de Rimouski-Neigette : une articulation ville-centre / ruralité

Sur une échelle territoriale plus locale se trouve la Municipalité régionale de comté (MRC) de Rimouski-Neigette, qui englobe la ville de Rimouski et diverses municipalités rurales avoisinantes.

D'après les statistiques officielles de Statistique Canada tirées du Recensement de 2021, la MRC de Rimouski-Neigette dénombre 57 191 résidents (Statistique Canada, 2021). Sa superficie terrestre s'élève à près de 2 700 km², d'après les sources gouvernementales

actualisées (Gouvernement du Québec, 2025). Cette étendue conséquente alliée à une population modérée traduit une faible densité démographique, typique des espaces ruraux.

La documentation officielle de la MRC expose que son périmètre s'organise autour :

- ◆ d'une ville-centre, Rimouski ;
- ◆ de huit municipalités rurales ;
- ◆ d'un territoire non organisé (TNO), le Lac-Huron (MRC de Rimouski-Neigette, s. d.).

Cette architecture territoriale reflète une juxtaposition intime entre un noyau urbain régional et des ruralités éparpillées, fréquemment distantes et tributaires de la ville-centre pour les services spécialisés.

3.3.5 Rimouski comme ville-centre régionale

La Ville de Rimouski forme le noyau urbain majeur du Bas-Saint-Laurent. Selon le Recensement de 2021, elle abritait 48 935 habitants à ce moment-là (elle a dépassé le cap des 50 000 habitants aujourd'hui), soit environ 86 % de l'effectif total de la MRC de Rimouski-Neigette (Statistique Canada, 2021).

Ce ratio démographique souligne le rôle pivot de Rimouski à l'échelle locale. La majeure partie de la population, des institutions publiques et des services spécialisés se concentrent dans la ville-centre, alors que les municipalités satellites affichent des effectifs bien plus modestes, parfois inférieurs à 1 000 âmes.

Rimouski héberge en particulier :

- ◆ des établissements de santé et services sociaux à rayonnement régional ;
- ◆ des organismes communautaires couvrant des zones étendues ;

- ◆ des infrastructures administratives et éducatives au service de l'ensemble du Bas-Saint-Laurent.

Cependant, malgré ce rang de pôle régional, Rimouski s'insère dans un cadre prépondérant rural. Les allers-retours quotidiens entre la ville et les municipalités rurales voisines et plus lointaines pullulent, et les réalités sociales des populations servies par les organismes communautaires transcendent les frontières municipales.

3.3.5.1 Un milieu rural structuré autour d'un pôle de services

La physionomie territoriale de la MRC de Rimouski-Neigette incarne un schéma fréquent dans les régions rurales québécoises : un centre urbain régional ceinturé de localités rurales disséminées, parfois éloignées des services spécialisés.

Les ruralités de cette MRC et, plus largement, de cette région se distinguent par :

- ◆ une dispersion géographique des résidents ;
- ◆ une interconnaissance prononcée entre habitants ;
- ◆ une proximité sociale intensifiée, due à la modestie des communautés ;
- ◆ une dépendance nette à la ville-centre pour les soins spécialisés et services psychosociaux (Commission de la santé mentale du Canada, 2020).

Ces spécificités exercent une incidence directe sur les modes de prévention et d'intervention en santé mentale, particulièrement en termes de confidentialité, stigmatisation, mobilisation communautaire et participation citoyenne.

3.3.5.2 Le Centre de prévention du suicide de l'Est (CPSE) dans ce territoire

Le Centre de prévention du suicide de l'Est (CPSE) opère comme organisme communautaire ancré à Rimouski depuis 1988. Sa documentation institutionnelle indique

qu'il couvre un vaste rayon incluant le Bas-Saint-Laurent, la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine (CPSE, 2025).

Le CPSE accompagne des populations issues de milieux aux profils territoriaux contrastés, des pôles urbains régionaux aux municipalités rurales reculées. Ses interventions embrassent prévention, gestion de crise et postvention, en partenariat avec les acteurs institutionnels et communautaires (CPSE, 2025).

L'implantation du CPSE à Rimouski lui confère l'avantage des infrastructures et réseaux d'un centre régional, tout en affinant des pratiques ajustées aux ruralités desservies.

3.3.5.3 Pertinence du terrain pour l'étude de la prévention du suicide en milieu rural

L'ancrage de cette recherche à Rimouski, dans la MRC de Rimouski-Neigette, fournit un observatoire idoine pour disséquer la prévention du suicide en milieu rural. Ce périmètre conjugue :

- ◆ une ville-centre densément peuplée ;
- ◆ des municipalités rurales peuplées ;
- ◆ une organisation territoriale mêlant dispersion et proximité sociale.

Cette structure autorise l'examen de la participation citoyenne et des initiatives communautaires dans un contexte où les ressources institutionnelles se focalisent en pôle régional, tandis que les besoins s'étalent sur des ruralités vastes.

3.3.5.4 Mission et mandat institutionnel du CPSE

Le portail du CPSE dépeint l'organisme comme un prestataire de services de prévention, intervention et postvention destinés aux personnes ayant des idées suicidaires,

leur entourage et les professionnels (CPSE, 2025a). Cette vocation s'appuie sur une vision holistique de la prévention, fusionnant gestion de crise, soutien psychosocial, sensibilisation et mobilisation communautaire. Le site valorise en outre l'accessibilité, la confidentialité et l'écoute impartiale, érigeant le centre en vecteur de proximité territoriale (CPSE, 2025).

Tableau 3 - Offre de services d'intervention et de soutien

Service	Description	Caractéristiques principales
Intervention téléphonique	Ligne d'écoute accessible en tout temps	Disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 (CPSE, 2025b)
Hébergement de crise	Accueil temporaire en situation d'urgence	Capacité de 9 personnes, durée maximale de 14 jours (CPSE, 2025b)
Suivi communautaire	Accompagnement individualisé sur le terrain	Intégration dans les réseaux locaux existants (CPSE, 2025b)
Postvention	Soutien aux endeuillés par suicide	Accompagnement psychosocial spécialisé (CPSE, 2025b)
Soutien clinique	Appui aux professionnels du milieu	Supervision et formation continue (CPSE, 2025b)
Escouade mobile	Équipe d'intervention sur le terrain	Déplacement 24/7 pour situations critiques (CPSE, 2025b)

Le tableau ci-dessus résume l'ensemble des services offerts par le CPSE, tels que décrits sur la page « Services » du site officiel (CPSE, 2025b). Ces dispositifs forment un continuum cohérent d'interventions, reliant les réponses immédiates aux urgences aux accompagnements plus prolongés, en pleine articulation avec les besoins spécifiques du territoire rural.

3.3.5.5 Dispositifs de formation, sensibilisation et prévention communautaire

Le CPSE offre une formation sentinelle visant à « créer un réseau de Sentinelles » pour reconnaître les personnes à risque, particulièrement celles « isolées ou plus difficiles à rencontrer ». Le site précise que la formation est d'une durée de sept heures et indique des objectifs d'apprentissage (repérage de la détresse, collecte d'informations, transmission aux professionnels, respect des limites) (CPSE, 2025c).

Le CPSE réalise également diverses activités de sensibilisation, incluant des interventions dans les milieux communautaires et scolaires, ainsi que la diffusion d'informations sur la détresse psychologique et le suicide. Ces actions visent à réduire la stigmatisation associée à la santé mentale, à favoriser la prise de parole et à renforcer la vigilance collective au sein du territoire (CPSE, 2025).

3.3.5.6 Architecture organisationnelle et dynamiques participatives

D'après les informations institutionnelles du CPSE en 2025 et les pratiques organisationnelles documentées, le fonctionnement du centre repose sur une collaboration entre intervenants salariés et un réseau de bénévoles mobilisés dans ses activités. Les intervenants salariés assurent l'intervention en crise et le suivi des personnes en détresse, tandis que les bénévoles, recrutés activement par le centre, contribuent de manière centrale à l'écoute empathique, à l'accueil, à la présence humaine, ainsi qu'aux actions de sensibilisation et d'orientation vers les services (CPSE, 2025 ; observations de terrain).

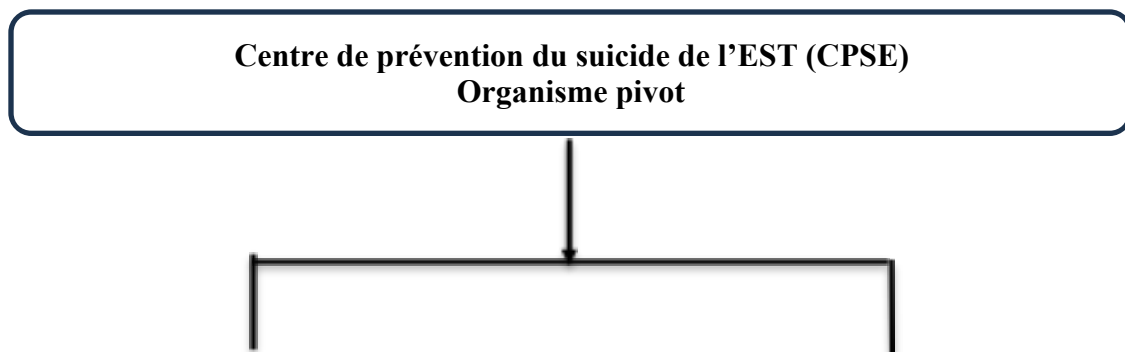




Figure 4 - Schéma de la structure organisationnelle du CPSE

3.3.6 Pertinence épistémologique du terrain au regard des objectifs de recherche

L'étude du CPSE comme terrain de recherche permet d'analyser, à partir d'un corpus institutionnel officiel, la manière dont la prévention du suicide est organisée et déployée en milieu rural. Le centre constitue un microcosme des dynamiques de participation citoyenne, d'initiatives communautaires et d'action institutionnelle, où la prévention repose à la fois sur des services formels structurés et sur l'engagement des acteurs locaux.

Ce terrain apparaît ainsi particulièrement pertinent pour examiner comment les pratiques de prévention du suicide s'articulent aux dynamiques communautaires et citoyennes dans un contexte rural, en cohérence avec les objectifs et la question de recherche de cette étude. Le choix d'un terrain unique s'inscrit dans une logique de compréhension approfondie d'un cas situé, plutôt que dans une visée de comparaison ou de généralisation.

Tableau 4 - Caractéristiques du terrain de recherche

Élément observé	Description
Localisation	Rimouski, région du Bas-Saint-Laurent
Organisme partenaire	Centre de prévention du suicide de l'Est (CPSE)
Population ciblée	Intervenants salariés et bénévoles ayant au moins cinq mois d'expérience

Type de milieu	Rural, semi-urbain, à forte solidarité communautaire
Domaine d'action	Prévention, hébergement, postvention, soutien téléphonique, activités externes de formation et de sensibilisation

Source : Données descriptives CPSE 2025

3.4 POPULATION MÈRE ET éCHANTILLONNAGE

La population étudiée regroupe les intervenants salariés et bénévoles du CPSE, directement impliqués dans les services de prévention, de postvention, d'hébergement, de sensibilisation et de mobilisation. Leur position au cœur du dispositif de soutien les rend particulièrement aptes à décrire les dynamiques de participation citoyenne et d'initiatives communautaires à l'œuvre dans la région.

3.4.1 Type d'échantillonnage

Un échantillonnage raisonné a été retenu, selon les principes de Miles et al. (2014). Ce type d'échantillonnage privilégie la pertinence des cas plutôt que leur représentativité statistique.

Les critères de sélection étaient les suivants :

- être intervenant salarié ou bénévole au CPSE ;
- cumuler au moins cinq mois d'expérience au sein du Centre de prévention du suicide de l'Est, seuil jugé suffisant pour avoir été exposé aux pratiques de prévention, aux dynamiques communautaires et aux formes d'engagement citoyen propres au milieu ;

- participer à des activités de prévention ou de mobilisation communautaire ;
- consentir volontairement à participer à la recherche.

Cette stratégie a été complétée par une logique de variation maximale afin de refléter la diversité des parcours (Patton, 2015).

3.4.2 Taille et composition de l'échantillon

L'échantillon de cette recherche comprend 10 participants, soit cinq salariés et cinq bénévoles du Centre de prévention du suicide de l'Est. Cette taille d'échantillon s'inscrit dans les recommandations méthodologiques de Kvale et Brinkmann (2015), selon lesquelles un nombre de 6 à 12 entretiens est généralement suffisant pour atteindre une saturation empirique dans une recherche qualitative fondée sur des entretiens approfondis. Le critère minimal de cinq mois d'expérience a permis d'inclure des participants suffisamment immergés dans les pratiques du CPSE pour porter un regard réflexif sur la participation citoyenne et les initiatives communautaires, tout en favorisant une diversité de parcours et de points de vue, condition essentielle à l'atteinte de la saturation empirique. Ce seuil a également permis d'inclure des participants récemment engagés, dont le regard encore en construction apporte un éclairage complémentaire aux discours des intervenants plus expérimentés.

Théoriquement, l'échantillon initialement envisagé était composé de 12 à 16 intervenants salariés et bénévoles. Cette estimation visait à couvrir une diversité de profils et d'expériences en lien avec la participation citoyenne et les initiatives communautaires en prévention du suicide.

Néanmoins, au cours de l'analyse progressive des données, il est apparu que la saturation empirique était atteinte dès le huitième entretien. Les deux entretiens subséquents n'ont pas fait émerger de nouvelles catégories analytiques, mais ont plutôt

contribué à consolider, préciser et enrichir les éléments déjà identifiés. À ce stade, les discours présentaient une forte récurrence et une cohérence suffisante pour répondre à la question de recherche et aux objectifs poursuivis.

Le passage de l'échantillon théorique à un échantillon réel de 10 participants s'explique donc exclusivement par l'atteinte de la saturation des données, conformément aux principes de la recherche qualitative.

Ainsi, l'échantillon final se compose d'intervenants répartis de façon équilibrée selon leur statut (salarié ou bénévole) et leur niveau d'expérience. Du point de vue sociodémographique, il comprend cinq hommes et cinq femmes, assurant ainsi une parité entre les sexes. L'âge des participants varie de 20 à 50 ans, ce qui permet de représenter différentes phases du parcours professionnel et de la vie adulte. En matière de scolarité, les niveaux de formation s'étendent du secondaire au postsecondaire. Par ailleurs, tous les intervenants résident en milieu rural, principalement à Rimouski et dans les municipalités avoisinantes, correspondant au territoire d'intervention de l'organisme étudié. Cette diversité en termes de sexe, d'âge et de niveau de formation, inscrite dans un même contexte territorial, offre un portrait qualitativement représentatif de divers profils d'intervenants œuvrant dans la prévention du suicide en milieu rural.

Tableau 5 - Échantillonnage

<u>Statut des intervenants</u>	<u>Années d'expérience</u>	<u>Total</u>
<u>Salarié</u>	<u>5 mois à moins de 5 ans</u>	<u>3 sur X</u>
	<u>5 ans et plus</u>	<u>2 sur X</u>
<u>Bénévole</u>	<u>5 mois à moins de 5 ans</u>	<u>3 sur X</u>
	<u>5 ans et plus</u>	<u>2 sur X</u>
<u>Grand total</u>		<u>10 sur 16</u>

3.5 INSTRUMENTS DE COLLECTE DES DONNÉES

Pour recueillir les informations nécessaires, des entretiens semi-directifs ont été réalisés. Cette méthode oriente la discussion autour de thèmes précis tout en laissant une grande liberté d'expression aux participants. Les rencontres, d'une durée moyenne de 30 à 45 minutes, se sont tenues individuellement dans des lieux calmes au CPSE. Cette démarche a permis d'obtenir des témoignages riches et nuancés. Les intervenants y ont partagé des exemples concrets de projets collectifs, de partenariats locaux et d'initiatives citoyennes menées dans leur milieu. L'ensemble des entretiens a été enregistré, retranscrit intégralement puis analysé en profondeur.

La conception du guide d'entretien a été une étape clé de la recherche. Elle a permis d'ancrer les objectifs du projet dans la réalité du Centre de prévention du suicide de l'Est (CPSE). L'idée n'était pas simplement de poser des questions, mais d'ouvrir un espace de dialogue où les intervenants, qu'ils soient salariés ou bénévoles, pouvaient partager librement leur vision et leur expérience de la participation citoyenne et des actions communautaires dans leur travail quotidien.

Le guide a été élaboré avec deux intentions principales :

- Respecter la diversité du terrain en laissant place à la spontanéité du discours.
- Maintenir une cohérence d'ensemble afin de relier les propos recueillis aux trois grands objectifs de l'étude.

Il s'articule autour de sept thématiques principales, directement liées aux objectifs spécifiques de la recherche. Chacune offre une porte d'entrée vers l'expérience vécue des intervenants et constitue un point de repère pour analyser les dynamiques communautaires. Ces thèmes ont été formulés de manière à favoriser une discussion ouverte, permettant aux

participants de passer naturellement de leur pratique professionnelle à leur engagement citoyen, tout en exprimant leur compréhension du territoire.

Tableau 6 - Objectifs spécifiques et Thématiques du guide d’entretien

Objectifs spécifiques	Thèmes du guide d’entretien
1. Analyser les formes et les modalités de la participation citoyenne dans la prévention du suicide en milieu rural.	1. Parcours professionnel et lien au terrain 2. Création de réseaux de soutien et dimension sociale 3. Engagement citoyen et adaptation locale
2. Examiner la contribution des initiatives communautaires au renforcement des capacités locales de prévention du suicide.	4. Collaboration et accessibilité des services 5. Mobilisation, sensibilisation et dimension communautaire
3. Explorer les facteurs facilitant et limitant l’engagement citoyen dans les stratégies communautaires de prévention du suicide.	6. Dimension structurelle et adaptation institutionnelle 7. Recommandations et perspectives

Ce tableau montre la relation entre les objectifs précis de la recherche et les thèmes explorés dans le guide d’entretien semi-directif utilisé pour la collecte de données.

Avant la collecte des données, nous avons soumis le guide d’entretien à la direction du CPSE et à notre directeur de recherche pour en valider la clarté, la neutralité et la pertinence éthique. Les commentaires reçus ont mené à des ajustements dans la formulation de certaines questions, notamment pour les rendre plus inclusives et adaptées à la réalité des bénévoles, dont les parcours et les rôles peuvent différer de ceux des salariés. Ce processus d’ajustement, réalisé en collaboration, a renforcé la crédibilité du guide tout en l’ancrant dans les pratiques du terrain. Il convient toutefois de préciser que la notion de « neutralité » est ici entendue non pas comme une objectivité absolue impossible dans toute démarche qualitative mais comme une vigilance épistémologique consciente de notre subjectivité. En tant qu’intervenant au CPSE, nous reconnaissons pleinement notre position située et adoptons une posture réflexive qui consiste à expliciter nos a priori, à mettre en suspens nos interprétations prématurées et à exercer un regard critique sur nos propres

engagements. Cette conscience de la subjectivité n'est pas un obstacle à la rigueur scientifique : elle en constitue, dans l'approche qualitative compréhensive, une condition fondatrice (Paillé et Mucchielli, 2016).

3.6 RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS ET CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Le recrutement des participants s'est fait dans une démarche éthique, humaine et consciente de notre position dans le terrain. Travaillant au Centre de prévention du suicide de l'Est (CPSE), nous avons toujours été attentif à la frontière entre notre rôle d'intervenant et celui de chercheur. Dès le début, nous avons voulu éviter toute confusion et faire de ce processus une expérience de confiance réciproque, où chacun pourrait s'exprimer librement, sans craindre d'être jugé ou interprété à travers le prisme du travail. Avant de lancer les entretiens, nous avons présenté le projet à la direction générale et à la coordination clinique du CPSE. Nous ne voulions pas que l'étude soit perçue comme une observation des pratiques, mais comme une recherche sur la vie communautaire et citoyenne qui traverse nos actions quotidiennes. Ce dialogue avec la direction a été essentiel. Il nous a permis d'obtenir un appui institutionnel clair et d'ancrer la démarche dans le respect et la transparence. La lettre d'intention, le guide d'entretien et le formulaire de consentement libre et éclairé leur ont été transmis pour validation.

Nous avons soigneusement conçu chaque étape de la recherche pour qu'elle reflète notre engagement envers les valeurs de l'organisation (l'écoute, la dignité humaine et la bienveillance). Pour garantir l'indépendance du processus de recrutement, le CPSE lui-même a transmis l'invitation à participer à la recherche. Nous n'avons eu accès à aucun nom, aucune liste ni aucune donnée interne. Les personnes intéressées se sont manifestées volontairement après avoir pris connaissance du projet. Cette approche nous a permis de rester à l'écart du processus de sélection, d'éviter toute influence et de créer un climat propice à une parole libre, authentique, sans lien hiérarchique. Les participants ont ensuite reçu une présentation de la démarche, de ses objectifs et de son déroulement. Nous avons

insisté sur le caractère volontaire de leur participation, la possibilité de retirer leur consentement à tout moment et la stricte confidentialité qui entourerait leurs propos. Chaque participant a signé le formulaire de consentement après avoir eu le temps de poser ses questions et d'exprimer son accord en toute connaissance de cause.

Les entretiens ont été adaptés à la réalité des intervenants du CPSE, souvent très occupés par leurs fonctions. Huit entretiens ont eu lieu par visioconférence, offrant plus de flexibilité et respectant mieux le rythme de chacun. Deux entretiens ont été réalisés en présentiel, dans des espaces calmes favorisant l'échange sincère. Chaque rencontre a duré entre 30 et 45 minutes, le temps nécessaire pour une parole libre.

Mener une recherche au sein de notre milieu de travail présente des avantages et des défis. En tant qu'intervenant au CPSE, nous connaissons bien l'organisation, ses valeurs et les réalités des intervenants. Cette proximité nous permet de saisir les dynamiques humaines avec nuance, mais peut aussi introduire une subjectivité dans notre analyse. Pour y remédier, nous adoptons une posture réflexive, consciente de notre double positionnement, et nous nous sommes efforcé de maintenir la rigueur scientifique tout en respectant l'authenticité du terrain.

3.7 TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNÉES

Le traitement des données a suivi un enchaînement logique qui correspond exactement à l'ordre retenu dans les chapitres 4 et 5, soit l'analyse descriptive, l'analyse compréhensive, l'interprétation et la discussion des résultats. Cet ordre permet d'aller progressivement du matériau empirique vers la compréhension du phénomène, puis vers sa mise en perspective théorique et scientifique.

3.7.1 Étapes du traitement des données

3.7.1.1 Transcription intégrale et anonymisation

Les dix entretiens semi-directifs ont été enregistrés, transcrits mot à mot et anonymisés afin de préserver la confidentialité. Chaque participant a été identifié par un code alphanumérique selon son statut : B1 à B5 pour les bénévoles et S1 à S5 pour les salariés. Cette étape a permis de constituer un corpus stable et exploitable.

3.7.1.2 Lecture flottante et immersion dans le corpus

Une lecture répétée des transcriptions a été réalisée afin de se familiariser avec le contenu, de repérer les idées récurrentes et de mieux comprendre le sens général des expériences rapportées. Cette étape a servi à préparer le codage en évitant de fragmenter trop vite les discours.

3.7.1.3 Codage ouvert (NVivo)

Le corpus a ensuite été découpé en unités de sens. Chaque unité a reçu un code préliminaire correspondant à l'idée principale exprimée. Le codage a été réalisé avec NVivo afin de faciliter la classification, la recherche et la comparaison des segments codés. NVivo a été utilisé comme outil de soutien à l'organisation et à la traçabilité du codage, sans automatisation de l'analyse, celle-ci demeurant entièrement interprétative et guidée par le cadre théorique.

3.7.1.4 Regroupement et stabilisation des thèmes

Les codes ont été regroupés en catégories plus larges afin d'identifier des régularités dans les discours. Ce regroupement a mené à la stabilisation de sept thèmes, qui correspondent exactement aux thèmes de l'analyse descriptive présentée au chapitre 4. L'analyse et l'interprétation des données ont été organisées selon trois niveaux complémentaires, repris ensuite au chapitre 4 :

1) Analyse descriptive des résultats

À ce niveau, l'objectif est de présenter les sept thèmes et de restituer fidèlement les propos des participants. Il s'agit de décrire ce qui est dit, d'illustrer chaque thème par des extraits et de faire apparaître les convergences et nuances entre participants.

2) Analyse compréhensive

Dans un second temps, les résultats descriptifs ont été approfondis afin de comprendre ce qu'ils révèlent sur l'objet d'étude. Cette étape vise à articuler les thèmes aux questions opératoires et aux objectifs spécifiques, en montrant comment les propos permettent de répondre progressivement à la question de recherche.

3) Interprétation des résultats

Dans un chapitre distinct, dans un premier temps, l'interprétation consiste à mettre les constats empiriques en dialogue avec le cadre théorique. À ce stade, les thèmes sont relus à travers les concepts mobilisés, afin d'expliquer ce que les résultats signifient au-delà de leur description.

Dans un deuxième temps, la discussion des résultats est engagée à la suite de l'analyse et de l'interprétation des données afin de situer les enseignements de l'étude au regard des travaux existants. Elle tend à situer dans un cadre plus large les résultats obtenus, à dégager des convergences et des divergences avec la littérature, et à préciser les apports spécifiques du cas étudié à la compréhension de la prévention du suicide en milieu rural.

3.7.1.5 Triangulation et consolidation

Pour renforcer la crédibilité de l'analyse, une triangulation a été recherchée en croisant (1) les entretiens, (2) les informations institutionnelles publiques et (3) la littérature scientifique. Cette triangulation a été utilisée pour consolider les thèmes, vérifier leur cohérence et éviter de fonder une interprétation sur un seul type de matériau. Par ailleurs les entretiens constituent la source principale de données, les documents institutionnels et la littérature scientifique ayant servi à contextualiser et à renforcer l'interprétation.

Tableau 7 - Codage thématique

Thèmes principaux	Sous-catégories émergentes	Exemples de verbatim (anonymisés)
1. Parcours et engagement des participants	Expériences marquantes de détresse, valeurs, quête de sens, désir d'aider, responsabilité collective	« Quand tu as perdu quelqu'un, tu comprends la douleur... alors tu veux faire ta part pour que d'autres ne vivent pas ça » (B1)
2. Formes d'engagement et participation citoyenne	Gestes du quotidien, écoute, orientation, relais d'information, participation à des actions publiques	« Lors des marches... les gens s'arrêtent, posent des questions, partagent leurs histoires. C'est une manière de briser le silence » (S5)
3. Initiatives communautaires et articulation avec les actions du CPSE	Marches, kiosques, écoles, partenariats, rôle moteur du CPSE, initiatives ponctuelles	« Les initiatives que je vois, ce sont surtout celles du centre... le moteur reste vraiment ici » (S4)
4. Effets des initiatives sur l'appartenance, la solidarité et l'isolement	Réassurance, sentiment d'appartenance, bris de l'isolement, normalisation de la parole	« Les gens se sentent rassurés de savoir qu'il y a un endroit où aller... Ça crée un sentiment d'assurance » (B4)
5. Obstacles à la participation citoyenne et à l'accessibilité des services	Distance, transport, manque de ressources, tabous, peur du jugement, visibilité limitée, coordination institutionnelle	« Ici, tout le monde se connaît, alors on hésite à s'impliquer trop ouvertement. Les gens ont peur d'être jugés » (B2)
6. Leviers de mobilisation et conditions favorables	Sensibilisation, formation, reconnaissance, espaces de	« Quand les citoyens sentent qu'ils sont écoutés... ça les motive à

	rencontre, soutien municipal	participer davantage » (S3)
7. Pistes d'amélioration et recommandations	Sensibilisation continue, implication des élus, financement, lieux communautaires, formations accessibles	« Il faudrait impliquer davantage les municipalités et offrir des formations Sentinelle accessibles à tous » (B5)

CHAPITRE 4

PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

INTRODUCTION

Le présent chapitre expose et interprète les résultats des entretiens réalisés auprès des intervenants et des bénévoles du Centre de prévention du suicide de l'Est (CPSE). L'objectif est de répondre à la question centrale de la recherche : Quels sont l'état et l'expression de la participation citoyenne et des initiatives communautaires dans la prévention du suicide en milieu rural ?

Les propos recueillis permettent de mieux comprendre les parcours d'engagement des personnes rencontrées, leurs pratiques quotidiennes, la manière dont fonctionnent les réseaux de soutien, ainsi que les obstacles et les leviers qui influencent la participation citoyenne et les initiatives communautaires. Ces dynamiques se déploient dans un territoire marqué par la ruralité, les distances géographiques et la proximité relationnelle.

Pour proposer une lecture rigoureuse et progressive de ces résultats, le chapitre est organisé en quatre grandes parties.

Premièrement, l'analyse descriptive présente les sept thèmes dégagés à partir du matériau empirique, soit : les parcours et l'engagement des participants, les formes de participation, les initiatives communautaires, les effets sur le sentiment d'appartenance et la solidarité, les obstacles, les leviers de mobilisation et les recommandations. L'objectif est de restituer le plus fidèlement possible ce que disent les participants, en respectant la logique de leurs récits.

Par la suite, l'analyse compréhensive approfondit les résultats issus de l'analyse descriptive en les articulant aux questions opératoires et aux objectifs spécifiques de la recherche. Elle met en évidence les dynamiques sous-jacentes qui structurent la participation citoyenne, le rôle des initiatives communautaires dans la prévention du suicide, ainsi que les facteurs contextuels susceptibles de soutenir ou de freiner l'engagement en milieu rural.

En dernier lieu, une interprétation des résultats est faite à la lumière du cadre théorique mobilisé. Les constats tirés du terrain sont mis en dialogue avec des notions comme la participation citoyenne, la résilience communautaire, le lien social et la prévention du suicide.

4.1 ANALYSE DESCRIPTIVE DES RÉSULTATS

4.1.1 Parcours et engagement des participants

Les récits montrent que l'engagement des intervenants et des bénévoles du CPSE ne relève pas du hasard. Cet engagement est souvent lié à des expériences marquantes de confrontation à la souffrance, à la détresse ou à la perte.

Plusieurs personnes expliquent avoir été exposées à la détresse avant de travailler ou de s'impliquer au centre. Le participant S4, par exemple, raconte : « J'ai travaillé dans les centres jeunesse, j'ai vu beaucoup de détresse... ça m'a marqué. Je voulais être là autrement, dans une relation d'aide plus humaine. ».

D'autres participants insistent sur la recherche de cohérence entre leurs valeurs personnelles et leur pratique professionnelle. Le participant B3 explique : « Je cherchais un milieu où l'humain est au centre. Ici, je sens que je peux aider concrètement, que chaque mot a du poids. ». Pour le participant S2, ce qui attire aussi, c'est la dimension

communautaire de la mission : « Ce qui m’a attiré, c’est la mission du centre. On ne sauve pas seulement des vies, on recrée du lien, on ramène les gens vers la communauté. ».

Chez plusieurs bénévoles, l’engagement est lié à une expérience personnelle de deuil ou de résilience. Le participant B1 l’exprime ainsi : « Quand tu as perdu quelqu’un, tu comprends la douleur... alors tu veux faire ta part pour que d’autres ne vivent pas ça. ».

Le CPSE apparaît aussi comme un lieu de transformation personnelle et professionnelle. Le participant S3 parle, par exemple, d’un « apprentissage continu » et d’une « école d’humilité », en expliquant que « travailler ici m’a appris à écouter autrement, à être plus patient. ».

Dans l’ensemble, l’engagement des participants repose sur trois dimensions qui sont étroitement liées. D’abord, une dimension personnelle, liée à un vécu émotionnel fort, à la compassion et à la quête de sens face à la souffrance. Ensuite, une dimension professionnelle, liée à la recherche de cohérence entre la mission du centre et l’identité de travailleur ou de travailleuse. Enfin, une dimension citoyenne, liée au désir d’agir pour la collectivité et de renforcer les liens humains.

Ces trois dimensions forment le socle d’une éthique du soin collectif, où la prévention du suicide est perçue comme une responsabilité partagée. Les premiers constats montrent que l’engagement des participants est profondément enraciné dans leur histoire personnelle et dans leur désir d’agir pour les autres. La section suivante décrit comment cette volonté d’aider se traduit concrètement dans les gestes du quotidien.

4.1.2 Les formes d’engagement et de participation citoyenne

Les entretiens mettent en évidence une grande diversité de formes d’implication dans la prévention du suicide. La participation ne se limite pas aux rôles formels, comme un emploi salarié au centre ou un mandat bénévole officiel. Elle se manifeste aussi dans des

gestes quotidiens et ordinaires, comme écouter un voisin, orienter quelqu'un vers le centre, transmettre une information sur les ressources ou accompagner une personne à un rendez-vous.

Pour plusieurs intervenants, l'engagement au CPSE est le prolongement naturel de leur vie de citoyen. Le participant B1 explique, par exemple, que « parler du centre à son entourage, encourager des proches à consulter ou participer à des événements publics fait partie de son implication. ». Le participant S5 mentionne que des activités comme les kiosques d'information, les marches commémoratives ou les interventions dans les écoles permettent de « briser le silence » et de rendre la prévention visible : « Lors des marches de sensibilisation ou des kiosques dans les écoles, on voit que les gens s'arrêtent, posent des questions, partagent leurs histoires. C'est une manière de briser le silence. » (S5).

Cette participation peut être qualifiée de diffuse. Elle se déroule souvent en dehors des cadres institutionnels, dans l'ombre, à travers des gestes discrets mais essentiels de solidarité et de vigilance. Toutefois, cette participation reste fragile. Plusieurs participants soulignent que les citoyens ne se reconnaissent pas toujours comme faisant partie d'un réseau de prévention. Le participant S2 dit : « Les citoyens participent, mais ils ne s'en rendent pas compte. On ne leur dit pas qu'ils font partie du réseau de prévention. ». Cette absence de reconnaissance peut donner à certaines personnes engagées le sentiment d'être isolées ou de ne pas être utiles.

Le contexte rural influence fortement ces dynamiques. La proximité entre les habitants renforce la solidarité, mais elle augmente aussi la peur du jugement et la difficulté de parler du suicide. La participante B2 explique : « Ici, tout le monde se connaît, alors on hésite à s'impliquer trop ouvertement. Les gens ont peur d'être jugés. ».

Ainsi, la participation citoyenne apparaît comme une réalité plurielle, qui prend plusieurs formes, comme l'écoute interpersonnelle, la participation à des activités publiques ou le relais de l'information. Elle est aussi contextuelle, car elle dépend de la culture locale,

des relations de voisinage et des normes sociales. Enfin, elle est évolutive, car elle peut s'approfondir lorsque les contributions des citoyens sont reconnues et soutenues.

4.1.3 Initiatives communautaires et articulation avec les actions du CPSE

Les résultats montrent qu'il existe des initiatives communautaires en prévention du suicide, mais qu'elles restent peu nombreuses et souvent concentrées autour du CPSE. Les participants mentionnent des marches symboliques, des kiosques sur les terrasses pendant l'été, des activités dans les écoles, des collaborations avec des groupes d'hommes, des organismes communautaires ou des services publics.

Les participants estiment que : « Les initiatives que je vois, ce sont surtout celles du centre. Les autres organismes s'impliquent un peu, mais le moteur reste vraiment ici. ». Le participant B4 ajoute : « À Rimouski, il n'y a pas beaucoup d'initiatives communautaires indépendantes. En dehors du centre, c'est assez tranquille. ».

Ces propos montrent une forte dépendance du milieu à l'égard du CPSE. Les initiatives communautaires autonomes sont rares et la prévention repose principalement sur quelques organisations clés dont la capacité d'action influence la dynamique locale.

Malgré cette concentration, les collaborations intersectorielles sont présentes. Le participant B4 explique que le centre « travaille parfois avec des associations d'hommes ou avec des organismes sociaux. Même si ce n'est pas directement sur le suicide, ça touche quand même à la santé mentale. ». Ces collaborations élargissent la portée du CPSE et insèrent son action dans un réseau plus large de solidarité.

Les participants soulignent cependant que ces initiatives sont souvent ponctuelles. Le participant B4 précise : « Ce sont des activités temporaires. On manque de continuité. Les projets naissent, mais ils n'ont pas toujours les ressources pour durer. ». L'absence de

structures de concertation permanentes et de financement récurrent rend difficile la stabilisation et la continuité des actions.

Malgré ces limites, les initiatives existantes ont un impact réel. Elles augmentent la visibilité du centre, contribuent à briser les tabous entourant le suicide et renforcent le sentiment d'appartenance des citoyens, qui savent qu'il existe un lieu d'écoute.

4.1.4 Effets des initiatives sur l'appartenance, la solidarité et l'isolement

Les données montrent que les initiatives communautaires ont des effets importants sur le sentiment d'appartenance et sur la solidarité locale. Elles contribuent aussi à réduire l'isolement, particulièrement dans un territoire où les distances et la dispersion géographique favorisent la solitude.

Pour plusieurs participants, le simple fait de savoir qu'il existe un centre, une ligne téléphonique ou un groupe de soutien est rassurant. Le participant B4 explique : « Les gens se sentent rassurés de savoir qu'il y a un endroit où aller, qu'ils ne sont pas seuls. Ça crée un sentiment d'assurance. ».

Les marches, les kiosques, les événements dans les écoles et les activités commémoratives créent des occasions de rencontre. Le participant S5 raconte : « Pendant les marches ou les kiosques, les gens viennent nous parler, posent des questions, racontent des histoires. On sent que ça ouvre des portes. ».

Ces activités contribuent à normaliser la parole sur la détresse et à diminuer les tabous. Elles encouragent les habitants à s'intéresser davantage à la santé mentale de leurs proches. Le participant S3 observe : « Ce que je vois, c'est que les gens commencent à s'intéresser à la santé mentale de leurs proches, à vouloir comprendre, à aider. C'est ça la vraie prévention. ».

La proximité émotionnelle qui se crée lors de ces initiatives est aussi importante que la proximité géographique. Pour plusieurs participants, le fait d’être écouté, compris et reconnu renforce la cohésion sociale. Le participant S2 note que des personnes endeuillées reviennent parfois au centre « juste pour remercier ou participer à une activité », car elles se sentent liées au CPSE.

Certains intervenants nuancent cependant ces effets positifs. Le participant S4 rappelle que les activités ponctuelles peuvent créer un élan de solidarité qui s’essouffle si rien ne vient le prolonger : « Les activités ponctuelles créent un bel élan, mais après, si rien ne suit, les gens se replient à nouveau. Il faut maintenir le lien. ».

Ainsi, les initiatives communautaires renforcent la solidarité immédiate et créent des moments de partage importants. Elles préparent aussi le terrain à une participation citoyenne plus durable, à condition d’être soutenues dans la durée. Elles montrent que la prévention du suicide peut s’inscrire dans une culture de soin collectif, où chaque rencontre humaine devient un moyen de lutter contre l’isolement.

4.1.5 Obstacles à la participation citoyenne et à l’accessibilité des services

Les entretiens mettent en évidence plusieurs obstacles qui freinent la participation citoyenne et limitent l’accès aux services de prévention du suicide.

D’abord, des contraintes géographiques et logistiques liées au contexte rural compliquent l’accès aux services. Le participant B4 explique que « beaucoup ne peuvent pas venir jusqu’à Rimouski. L’hébergement est réservé à une zone géographique assez restreinte, donc certaines personnes restent sans solution... Certaines personnes ne connaissent même pas le numéro du centre ou ne savent pas qu’elles peuvent appeler. »

Ensuite, le manque de moyens humains et financiers revient souvent dans les discours. Le participant B4 souligne qu’ « il faudrait plus d’intervenants, plus de bénévoles formés,

mais aussi du financement durable. Sans argent, on ne peut pas créer de projets à long terme. ». Le participant S5 ajoute que « même pour organiser une activité, il faut du matériel, un lieu, du transport ».

Les freins culturels et les tabous constituent un autre type d'obstacle. Le participant S4 explique que « les gens n'aiment pas parler du suicide. C'est comme un tabou. Même quand on essaie d'aborder le sujet, certains changent de conversation. ». Dans certains groupes religieux, le suicide est perçu comme une faute morale ou spirituelle, ce qui peut à la fois empêcher le passage à l'acte, mais aussi rendre le dialogue plus difficile (S4). Le participant B4 mentionne avoir entendu des personnes dire : « Je ne le ferai pas parce que Dieu n'aimerait pas ça. ».

Les participants identifient également un déficit d'information et de communication. Le centre manque de visibilité, et beaucoup de citoyens ne savent pas qu'ils peuvent appeler directement ou venir parler à un intervenant. Le participant S4 résume ce problème en disant que « le centre manque de visibilité ».

Enfin, des obstacles institutionnels et politiques sont aussi mentionnés. Le participant B4 estime que « les municipalités ou la MRC devraient être plus présentes » et que « les décisions se prennent loin du terrain ». Le manque de coordination entre les acteurs institutionnels et l'absence de politiques locales fortes en santé mentale conduisent à ce que les organismes communautaires portent des responsabilités importantes avec des moyens limités.

L'ensemble de ces obstacles montre que le milieu communautaire est fragilisé. La bonne volonté des citoyens et des intervenants ne suffit pas toujours à compenser les inégalités structurelles et territoriales.

4.1.6 Leviers de mobilisation et conditions favorables

En parallèle des obstacles, les entretiens font ressortir plusieurs leviers qui favorisent la mobilisation citoyenne et la mise en place d'initiatives communautaires.

La sensibilisation apparaît comme un point de départ essentiel ; « il faut que les gens soient informés, qu'ils sachent ce qu'est le suicide, comment le prévenir. C'est par la sensibilisation qu'on peut mobiliser les citoyens. » (B4). Plusieurs intervenants proposent d'intégrer la prévention dès le secondaire, par des ateliers sur la santé mentale, l'écoute et la solidarité. Le participant S4 indique que « si au secondaire on avait un cours sur la santé mentale, ça aiderait les jeunes à comprendre, à s'impliquer plus tard ».

Les municipalités et la MRC sont vues comme des acteurs importants pour soutenir la mobilisation : « la municipalité et la MRC doivent s'impliquer davantage. Ce sont elles qui peuvent financer ou soutenir des projets communautaires durables. » (B4).

Le financement et les ressources humaines représentent un autre levier majeur. Le participant S5 rappelle que « pour créer des projets, il faut du financement, du matériel, du personnel. Sans ça, la mobilisation ne peut pas durer. ».

La création d'espaces de rencontre est également présentée comme un moteur important de lien social. Le participant S4 propose « des maisons ouvertes, des espaces où les gens peuvent venir parler, boire un café, se rencontrer ». Le participant S5 ajoute que des lieux comme des cafés communautaires ou des centres de jour permettraient aux gens d'être présents les uns pour les autres, « juste d'humanité ».

La formation et l'accompagnement sont aussi identifiés comme des leviers de confiance. La formation Sentinelle est mentionnée positivement, mais les participants soulignent qu'elle n'est pas assez connue. Le participant S4 estime que « la formation Sentinelle, c'est une bonne idée. Le problème, c'est qu'on n'en parle pas assez. Si plus de gens étaient formés, ça aiderait beaucoup. ».

Enfin, la reconnaissance et la valorisation des acteurs locaux jouent un rôle important. Le participant B5 explique : « Les gens se sentent motivés quand leur travail est reconnu. Un simple merci ou une mise en valeur peut faire la différence. ». Cette reconnaissance, qu'elle soit symbolique ou institutionnelle, contribue à maintenir la motivation et le sentiment d'appartenance.

4.1.7 Pistes d'amélioration et recommandations

Les participants formulent plusieurs pistes concrètes pour améliorer la participation citoyenne et la prévention du suicide en milieu rural.

Ils insistent d'abord sur l'importance de renforcer la sensibilisation et l'éducation, notamment en milieu scolaire, afin de briser les tabous et de normaliser la parole sur la détresse. Le participant S4 souligne que « si on éduque tôt, les jeunes seront plus ouverts à parler et à écouter. Ça changera la culture du silence. ».

Ils souhaitent également une plus grande implication des élus locaux. Le participant S4 explique que « les maires, les députés, ils devraient venir nous voir, comprendre ce qu'on vit ici, pas seulement quand il y a une crise ». Le participant B5 propose que les municipalités intègrent la prévention du suicide dans leurs plans d'action communautaire, en disant que « c'est une question de cohésion sociale ».

Les participants recommandent aussi la création et le soutien de lieux communautaires accessibles, ouverts à tous, où les gens peuvent venir parler sans jugement. Les participants S5 et S1 parlent de « maisons ouvertes » ou de « cafés communautaires » qui permettraient de briser l'isolement et de favoriser l'entraide.

Ils demandent aussi une augmentation des ressources humaines et financières, afin de rendre les initiatives plus durables. Le participant B4 insiste sur le fait que « sans argent, on

ne peut rien faire de durable. Même les bénévoles ont besoin de soutien et de reconnaissance. ».

La formation et la reconnaissance des acteurs sont également au cœur des recommandations. Le participant S4 souhaite que la formation Sentinelle soit plus connue et plus accessible, tandis que les participants B5, B2, B1 rappellent l'importance de « montrer qu'on voit leur travail », car « la reconnaissance, c'est un carburant ».

Enfin, les participants appellent à une véritable culture du dialogue autour du suicide. Le participant B4 résume cette idée en disant : « Il faut en parler, le nommer, arrêter de le cacher. Tant qu'on tait la souffrance, on empêche la prévention. ».

Dans l'ensemble, ces recommandations convergent vers une vision partagée : la prévention du suicide doit être participative, intégrée et soutenue par des structures solides. Les citoyens, les organismes et les institutions doivent agir ensemble pour construire une culture de solidarité et de vigilance collective, adaptée aux réalités rurales du Bas-Saint-Laurent.

4.2 ANALYSE COMPRÉHENSIVE

Cette section vise à vérifier si les données recueillies lors des entretiens et l'analyse des documents du CPSE Rimouski permettent de répondre de manière satisfaisante aux questions opératoires présentées au chapitre 2 ainsi qu'aux objectifs spécifiques définis au chapitre 1. L'objectif est de répondre à la question principale de recherche : quels sont l'état et l'expression de la participation citoyenne dans la prévention du suicide en milieu rural ?

L'analyse s'appuie sur les résultats descriptifs présentés à la section 4.1 et propose une synthèse compréhensive qui met en relation les données empiriques avec les objectifs de recherche. Elle se déroule en deux temps :

1. l'identification des significations principales qui émergent du terrain ;

2. leur mise en lien avec les questions opératoires et les objectifs.

Le corpus analysé repose sur dix entretiens semi-directifs réalisés auprès de bénévoles, de salariés, ainsi que sur des documents institutionnels du CPSE. Inscrites dans le contexte du Bas-Saint-Laurent, caractérisé par une faible densité de population et un accès limité aux services spécialisés, ces données permettent de comprendre concrètement comment la participation citoyenne et les initiatives communautaires se manifestent dans la prévention du suicide en milieu rural. Cette démarche qualitative privilégie l'analyse des significations vécues et des régularités observées dans les discours, conformément aux principes de l'analyse thématique inductive.

4.2.1 Identification des significations émergentes du terrain

L'analyse croisée des entretiens et des documents fait ressortir trois significations centrales qui structurent la compréhension du phénomène, sans répéter les thèmes descriptifs présentés en 4.1.

La première signification concerne la transformation d'un vécu personnel de deuil en engagement citoyen. Plusieurs participants, notamment parmi les bénévoles, expliquent leur implication par une expérience directe du suicide ou de la perte d'un proche. Ce vécu agit comme un moteur d'engagement et confère une légitimité particulière à leur action préventive. Cette dynamique apparaît de manière récurrente dans le corpus.

La deuxième signification renvoie à une vigilance communautaire discrète, inscrite dans les interactions quotidiennes. Les participants décrivent des pratiques informelles telles que l'écoute attentive, l'observation des changements de comportement ou le repérage subtil de signes de détresse lors d'activités locales. Ces formes de vigilance compensent en partie l'éloignement des services spécialisés. Les documents du CPSE confirment leur importance dans le déclenchement d'interventions préventives.

La troisième signification concerne la territorialisation de la prévention par l'occupation symbolique de l'espace public. Les marches, kiosques et activités de sensibilisation sont perçus comme des moyens de rendre visible la prévention du suicide et de normaliser le dialogue autour de cette problématique. En partenariat avec les MRC, les écoles et d'autres acteurs locaux, ces initiatives contribuent à inscrire la prévention dans l'espace rural et à renforcer une vigilance collective.

Ces trois significations - engagement issu du deuil, vigilance discrète et ancrage territorial - forment un ensemble cohérent qui rend compte de la manière dont la participation citoyenne et les initiatives communautaires se déploient concrètement sur le terrain.

4.2.2 Articulation des significations avec les questions opératoires et les objectifs

Cette section présente l'analyse des réponses aux cinq questions opératoires de la recherche, permettant d'explorer les pratiques et perceptions des intervenants en matière de participation citoyenne et d'initiatives communautaires. Le traitement de ces questions offre un aperçu détaillé des dynamiques participatives et communautaires observées, tout en identifiant les facteurs favorisant ou limitant l'engagement citoyen et la mobilisation locale.

Q1 - Dans quelle mesure la création et le maintien de réseaux de soutien, qu'ils soient formels ou informels, contribuent-ils à renforcer la prévention du suicide dans les milieux ruraux ?

Les données des entretiens confirment que la prévention du suicide en milieu rural s'appuie d'abord sur des réseaux informels denses et sur une vigilance communautaire discrète. Les proches, voisins ou bénévoles jouent un rôle clé dans la détection des signaux faibles de détresse : une absence inhabituelle, un retrait social, une modification du ton ou des habitudes sont autant d'indices interprétés collectivement. Contrairement aux

dispositifs institutionnels, cette vigilance ne repose pas sur une procédure formelle, mais sur une connaissance intime du milieu et sur un tissu de relations de confiance ancrées dans le quotidien.

Ce sous-corpus empirique montre que la proximité géographique et relationnelle constitue ici une véritable ressource préventive. Dans des territoires où les services sont peu accessibles, cette proximité devient la première ligne d'action : les interactions amicales, les coups de fil, les visites improvisées fonctionnent comme un système d'alerte souple et réactif. Loin d'être spontanée, cette vigilance résulte d'un apprentissage social : les habitants intègrent progressivement des codes d'attention, souvent transmis par des formations Sentinelles ou par l'observation d'intervenants expérimentés. Cette culture implicite du soin mutuel donne forme à une prévention « ordinaire », fondée sur la sollicitude et le dialogue.

La lecture croisée avec le concept de vigilance communautaire permet de saisir la dimension collective de ces pratiques. Elles ne relèvent pas seulement de la bienveillance individuelle, mais s'inscrivent dans une logique de coresponsabilité territoriale. La communauté devient garante de la sécurité psychologique de ses membres, produisant ainsi un capital social protecteur (Kawachi et Berkman, 2000). Chaque interaction attentive contribue à nourrir la cohésion et à renforcer la confiance mutuelle.

Cette articulation entre réseaux informels et vigilance communautaire révèle donc un mécanisme de prévention latente : une régulation émotionnelle et morale diffuse qui agit avant même que la crise ne soit visible. Loin d'être une action de substitution aux dispositifs cliniques, elle en constitue le socle invisible. Ce maillage relationnel tisse un filet social dont la souplesse et la réactivité compensent, en grande partie, la faiblesse structurelle des ressources professionnelles en milieu rural. En ce sens, l'analyse des données pour répondre à la Q1 révèle que la prévention communautaire repose d'abord sur la force du lien, non sur le mandat institutionnel. L'enjeu devient alors de reconnaître et soutenir cette vigilance invisible comme un pilier à part entière de la santé mentale collective.

Q2 - Comment l'engagement des citoyens en milieu rural contribue-t-il à l'adaptation locale des interventions de prévention ?

Les récits de personnes engagées dans la prévention après avoir perdu un proche par suicide montrent la puissance transformatrice du deuil lorsqu'il s'ouvre sur la sphère publique. Ces acteurs, souvent bénévoles, racontent un processus de basculement : la douleur initiale devient moteur d'action, l'expérience privée se convertit en expertise vécue. Plusieurs expliquent qu'ils se sentent « autorisés » à parler du suicide et légitimes pour agir, non par formation académique mais par l'épreuve traversée. Cet engagement prend la forme d'entretiens de soutien, de participation aux formations Sentinelles, d'initiatives de sensibilisation ou de collaboration avec les institutions locales.

Croisée avec le concept d'adaptation locale, cette dynamique montre que le deuil agit comme médiation entre la norme institutionnelle et la culture communautaire. Dans les milieux ruraux, les modalités d'intervention importées des grands centres paraissent souvent intrusives ou trop formalisées. Les acteurs endeuillés servent alors de relais culturels : ils adaptent le message à la sensibilité locale, traduisent les mots de la prévention dans un langage accessible et ajustent les modalités d'action (échanges informels, cercles de parole, activités associatives). La légitimité issue du vécu facilite l'acceptation sociale de leurs interventions.

Cette hybridation produit un modèle d'intervention incarné, où l'expérience biographique fonde une compétence relationnelle. Le témoignage personnel humanise le discours public, réduit la distance entre l'intervenant et la population, et permet d'aborder la question du suicide sans moralisme ni tabou. Ces acteurs incarnent la passerelle entre émotion et action : ils transforment la vulnérabilité en ressource pour autrui.

En articulant le deuil personnel et l'adaptation locale, l'analyse sous l'angle de la Q2 montre que l'ancrage communautaire des interventions repose sur une authenticité expérientielle. Loin d'une approche descendante, la prévention devient ici endogène, façonnée par ceux qui connaissent intimement les réalités du territoire. Cette

personnalisation du message préventif renforce la pertinence culturelle des actions dans des contextes où la discrétion et la proximité émotionnelle priment. L'expérience du deuil, en permettant d'adapter les pratiques à la ruralité, contribue ainsi à redéfinir la participation citoyenne comme un engagement sensible, enraciné dans la mémoire affective du collectif.

Q3 - De quelle manière la coopération entre les acteurs du terrain et les structures institutionnelles améliore-t-elle la portée des interventions dans les milieux ruraux ?

L'analyse des entretiens met en lumière une trame de coopération intersectorielle robuste, regroupant le CPSE, les MRC, les établissements scolaires, les organismes communautaires et les acteurs municipaux. Ces collaborations ne se limitent pas à une juxtaposition d'initiatives : elles forment un système intégré où les rôles se complètent. Le CPSE assume la coordination technique, les MRC soutiennent financièrement certaines actions, tandis que les citoyens engagés apportent le maillage de proximité. De cette dynamique émerge une gouvernance collaborative de la prévention du suicide.

La mise en relation entre sous-corpus institutionnel et citoyen révèle que cette coopération repose sur trois leviers : la circulation de l'information, la reconnaissance mutuelle et la co-construction d'actions. D'abord, les échanges d'informations (signalements, recommandations ou ressources) fluidifient la continuité d'intervention. Ensuite, la reconnaissance des savoirs citoyens notamment ceux fondés sur l'expérience vécue ou la connaissance du terrain renforce l'efficacité des dispositifs institutionnels. Enfin, plusieurs initiatives (projets de formation, campagnes de sensibilisation, événements publics) sont co-élaborées, permettant un véritable dialogue horizontal entre professionnels et bénévoles.

Cette articulation traduit un modèle d'hybridation dans lequel la frontière entre formel et informel devient poreuse. Certains acteurs institutionnels agissent en « connecteurs sociaux » au sein même de leurs institutions, tandis que des bénévoles assument temporairement des responsabilités quasi-professionnelles. Cette dynamique rend

possible une territorialisation de la gouvernance : la prévention n'est plus pensée depuis le centre, mais depuis l'interaction permanente des acteurs ancrés localement.

Cependant, cette collaboration demande un entretien constant. Les témoignages pointent la nécessité d'espaces stables de concertation et d'une reconnaissance institutionnelle explicite des initiatives citoyennes. Faut de cadre pérenne, le risque demeure que l'équilibre entre les niveaux institutionnel et communautaire reste fragile, dépendant des personnes plus que des structures.

L'analyse en lien avec la Q3 démontre que l'articulation institution-citoyens ne se limite pas à une addition de bonnes volontés ; elle représente une nouvelle forme de gouvernance de la santé mentale, fondée sur la transversalité et la coresponsabilité. En ce sens, le modèle rural étudié illustre une gouvernance en réseau, capable de conjuguer efficacité professionnelle et légitimité sociale.

Q4 - Comment la mobilisation et la sensibilisation communautaires rurales participent-elles à la construction d'une culture locale de prévention du suicide ?

Les marches, kiosques et événements communautaires analysés traduisent une véritable appropriation symbolique du territoire par la prévention. En amenant la thématique du suicide au cœur des espaces partagés (rue principale, place municipale, école, marché), la communauté transforme ces lieux du quotidien en espaces de mémoire et de parole. Cette réappropriation d'un espace autrefois silencieux déclenche une dynamique de visibilité : le suicide cesse d'être un sujet tabou et devient un enjeu collectif.

Les discours révèlent que cette occupation compte autant pour ce qu'elle produit que pour ce qu'elle fait ressentir. Elle manifeste une solidarité visible : marcher ensemble, témoigner, partager un moment commémoratif et normaliser la prise de parole. Pour plusieurs répondants, ces moments publics représentent une « respiration sociale » : on peut parler du suicide sans honte, se reconnaître dans la douleur commune et constater que la communauté agit.

En parallèle, le sous-corpus sur la culture locale de prévention montre que ces événements jouent un rôle d'éducation informelle. Les kiosques servent à transmettre de l'information, à orienter des personnes vers les ressources et à créer des discussions spontanées. Ils traduisent la prévention en gestes simples et visibles, accessibles à tous les âges et milieux. Ce travail de sensibilisation construit peu à peu un savoir collectif diffus : chacun connaît maintenant « quelqu'un » vers qui orienter une personne en difficulté.

Le croisement de ces deux volets met en évidence un processus de territorialisation culturelle. La prévention devient un rituel communautaire, inscrit dans le calendrier local. Les lieux, les symboles et les pratiques répétées ancrent la cause du suicide dans la mémoire collective, créant un sentiment de responsabilité partagée envers ceux qui souffrent. Cette symbolisation collective agit comme un ciment social : elle renforce le sentiment d'appartenance et valide l'idée que la communauté détient, au moins en partie, les moyens de se protéger elle-même.

Ainsi, l'analyse dans la perspective de la Q4 démontre que la prévention du suicide dépasse ici la dimension sanitaire : elle participe à la construction d'une culture morale du soin et redéfinit l'espace public comme lieu d'empathie, de solidarité et de mémoire partagée.

Q5 - Dans quelle mesure les initiatives communautaires et citoyennes dans les milieux ruraux peuvent-elles transformer ou inspirer les politiques publiques de prévention du suicide ?

La question Q5 met au jour la tension entre la vitalité des initiatives communautaires et la rigidité des cadres publics. Les acteurs locaux perçoivent leur engagement comme profondément efficace à petite échelle en créant des liens, en sensibilisant la population, en soutenant des pairs mais constatent une fragilité structurelle liée à la dépendance envers des financements limités et temporaires. Cette précarité engendre une forme de « vulnérabilité organisationnelle » : les projets s'enchaînent mais peinent à s'ancrer durablement.

Du côté des politiques publiques, les plans d'action provinciaux reconnaissent la pertinence des approches communautaires, mais l'opérationnalisation demeure partielle. Le financement par appels de projets place les initiatives en concurrence et favorise les actions ponctuelles au détriment du développement continu. Les entretiens révèlent que cette logique a un effet paradoxal : elle stimule la créativité locale tout en entretenant une instabilité persistante.

La comparaison des corpus montre que cette situation produit un double mouvement. D'une part, les citoyens deviennent substitués d'État : ils occupent les failles du système en assurant une présence de terrain que les institutions n'ont plus les moyens de maintenir. D'autre part, cette substitution fragilise leur légitimité : reconnus moralement, mais peu soutenus matériellement, ils doivent sans cesse prouver leur utilité. Certains intervenants expriment une fatigue liée au sentiment de devoir constamment recommencer à zéro.

Pourtant, plusieurs témoignages indiquent que cette dynamique citoyenne collective au regard des initiatives communautaires influence progressivement les politiques locales : des municipalités intègrent la prévention du suicide à leurs plans de développement social, des élus participent aux marches, et des instances régionales commencent à reconnaître la valeur de l'approche territoriale. Ces effets demeurent cependant circonscrits et fragiles.

L'analyse découlant de la Q5 révèle donc une tension centrale : la participation citoyenne agit comme moteur d'innovation sociale mais aussi comme amortisseur de l'insuffisance institutionnelle. Elle montre la nécessité d'un arrimage structurel, où l'État soutient la dynamique communautaire sans l'instrumentaliser. Ce passage d'une reconnaissance symbolique à une reconnaissance structurelle constitue le principal défi pour consolider la pérennité des modèles participatifs ruraux.

Pris ensemble, les résultats empiriques associés aux cinq questions opératoires dessinent une configuration cohérente de la prévention du suicide en milieu rural, articulée autour de la participation citoyenne et des initiatives communautaires. Les analyses montrent d'abord que la vigilance informelle et les réseaux de proximité ne constituent pas

un simple arrière-plan relationnel, mais un véritable régime de protection collectif. En faisant émerger la centralité des liens ordinaires dans la détection précoce de la détresse, la Q1 révèle un premier pilier du modèle : la prévention se construit d'abord dans la texture fine du quotidien, à distance des dispositifs institutionnels formalisés.

La Q2 montre ensuite comment l'expérience du deuil par suicide vient densifier ce tissu relationnel en configurant des trajectoires d'engagement singulières. La transformation de la douleur en action publique démontre la manière dont les biographies individuelles deviennent des vecteurs d'adaptation locale des interventions. La prévention apparaît alors comme une entreprise incarnée, portée par des acteurs dont la légitimité repose sur le vécu et la capacité à traduire les enjeux suicidaires dans les codes culturels du milieu.

La coopération multi-acteurs décrite par la Q3 opère un troisième mouvement : elle convertit ces initiatives éclatées en gouvernance territoriale. L'articulation entre CPSE, institutions et citoyens engendre un espace hybride où se recomposent les responsabilités, rendant possible un continuum de soutien ancré dans le territoire. Les actions de sensibilisation et l'occupation de l'espace public analysées dans la Q4 prolongent ce mouvement en inscrivant la prévention dans la mémoire collective et dans les lieux mêmes de la vie rurale. Elles participent à la construction d'une culture locale de prévention, où parler du suicide devient progressivement un geste social légitime.

Enfin, la Q5 révèle le revers structurel de ce modèle : la précarité des soutiens publics et la fragilité des arrangements organisationnels limitent la capacité de ces dynamiques citoyennes à transformer durablement les politiques. Ce décalage entre vitalité locale et reconnaissance institutionnelle installe une tension constitutive, qui rend le modèle à la fois innovant et vulnérable.

L'analyse des réponses aux cinq questions opératoires permet de couvrir de manière cohérente et complémentaire l'ensemble des objectifs spécifiques, en articulant l'étude des formes et modalités de la participation citoyenne, l'examen de la contribution des initiatives

communautaires et l'identification des facteurs facilitant et limitant l'engagement citoyen en milieu rural.

Tableau 8 - Mise en relation des résultats empiriques avec les objectifs spécifiques à partir des questions opératoires

Questions opératoires	Éléments empiriques mis en évidence dans les résultats	Démonstration analytique du lien avec les objectifs	Objectifs spécifiques
Q1 - Dans quelle mesure la création et le maintien de réseaux de soutien, qu'ils soient formels ou informels, contribuent-ils à renforcer la prévention du suicide dans les milieux ruraux ?	Réseaux informels denses (proches, voisins, bénévoles) ; vigilance communautaire discrète ; détection des signaux faibles ; proximité géographique et relationnelle ; apprentissage social de l'attention (formations Sentinelles) ; coresponsabilité territoriale	La Q1 met en évidence la centralité des liens ordinaires et de la vigilance communautaire comme première ligne de prévention, antérieure aux dispositifs cliniques formalisés	OS1 - Analyser les formes et les modalités de la participation citoyenne dans la prévention du suicide en milieu rural.
Q2 - Comment l'engagement des citoyens en milieu rural contribue-t-il à l'adaptation locale des interventions de prévention ?	Engagement de personnes endeuillées ; transformation du deuil en action publique ; rôle de relais culturels ; ajustement des messages et des modalités d'intervention aux codes locaux ; légitimité fondée sur l'expérience vécue.	La Q2 permet d'analyser la participation citoyenne comme un processus incarné, où les trajectoires biographiques deviennent des ressources d'adaptation locale des interventions.	OS1 - Analyser les formes et les modalités de la participation citoyenne dans la prévention du suicide en milieu rural. OS3 - Explorer les facteurs facilitant et limitant l'engagement citoyen dans les stratégies communautaires de prévention du suicide.
Q3 - De quelle manière la coopération entre les acteurs du terrain et les structures institutionnelles améliore-t-elle la portée des interventions dans les milieux ruraux ?	Coopération entre CPSE, MRC, écoles, municipalités et citoyens ; circulation de l'information ; reconnaissance mutuelle des savoirs ; co-construction des actions ; gouvernance collaborative territorialisée.	La Q3 analyse la structuration d'une gouvernance en réseau, fondée sur l'hybridation des rôles formels et informels et sur la coresponsabilité entre acteurs.	OS2 - Examiner la contribution des initiatives communautaires au renforcement des capacités locales de prévention du suicide.

Q4 - Comment la mobilisation et la sensibilisation communautaires rurales participent-elles à la construction d'une culture locale de prévention du suicide ?	Marches, kiosques, événements publics ; réappropriation symbolique de l'espace ; visibilité du suicide comme enjeu collectif ; normalisation de la parole ; éducation informelle ; inscription rituelle de la prévention dans le territoire.	La Q4 montre comment les initiatives de sensibilisation produisent une culture locale de prévention, inscrite dans l'espace public, la mémoire collective et les pratiques sociales.	OS2 - Examiner la contribution des initiatives communautaires au renforcement des capacités locales de prévention du suicide.
Q5 - Dans quelle mesure les initiatives communautaires et citoyennes dans les milieux ruraux peuvent-elles transformer ou inspirer les politiques publiques de prévention du suicide ?	Vitalité des initiatives locales ; précarité des financements ; vulnérabilité organisationnelle ; reconnaissance symbolique sans soutien structurel ; influence limitée mais réelle sur les politiques locales ; tension entre innovation citoyenne et rigidité institutionnelle.	La Q5 met en lumière les limites structurelles du modèle participatif et la difficulté de passage d'une reconnaissance morale à une reconnaissance institutionnelle durable.	OS3 - Explorer les facteurs facilitant et limitant l'engagement citoyen dans les stratégies communautaires de prévention du suicide.

CHAPITRE 5

INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RESULTATS

INTRODUCTION

Le présent chapitre a pour objectif de donner sens aux résultats présentés précédemment en les replaçant dans le cadre théorique et empirique de la recherche. Il ne s'agit plus seulement de décrire les pratiques et les discours recueillis au sein du Centre de prévention du suicide de l'Est (CPSE), mais d'examiner ce qu'ils révèlent des dynamiques d'intégration sociale, de résilience communautaire et de participation citoyenne en milieu rural. L'analyse mobilise principalement les apports de Durkheim sur l'intégration sociale, le modèle de résilience communautaire de Norris et al., ainsi que certaines notions relatives au territoire et au développement territorial.

La première section, consacrée à l'interprétation des résultats, met en lumière la manière dont les trajectoires individuelles des acteurs, les formes de participation collective et l'ancrage territorial des initiatives contribuent à structurer un environnement local de prévention du suicide. Elle montre comment l'engagement bénévole et professionnel au CPSE peut être compris comme un processus de reconstruction du lien social et de mobilisation de ressources communautaires dans un contexte marqué par l'isolement et la rareté des services spécialisés.

La section suivante, consacrée à la discussion des résultats, met en convergence ces constats avec les travaux existants, en soulignant à la fois les points de continuité et les apports originaux du cas étudié. Elle examine les implications théoriques et pratiques du modèle de prévention qui se dégage des données, ainsi que ses limites et ses conditions de pérennité en milieu rural. Ce double mouvement – interpréter puis discuter – permet de

dégager la contribution spécifique de cette recherche à la compréhension des dynamiques de prévention du suicide en contexte rural québécois, tout en ouvrant des pistes pour l'action publique et pour des travaux ultérieurs.

5.1 INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

L'analyse des données recueillies auprès des dix acteurs du Centre de prévention du suicide de l'Est (CPSE) à Rimouski dépasse le niveau descriptif pour proposer une interprétation des résultats empiriques. Cette interprétation se base principalement sur le cadre théorique mobilisé au chapitre 2, soit l'intégration sociale telle que conceptualisée par Durkheim (1897) et la résilience communautaire développée par Norris et al. (2008).

Dès l'amorce de ce mémoire, il a été posé que la participation citoyenne et les initiatives communautaires en milieu rural ne constituent pas un simple complément aux interventions cliniques, mais un levier central permettant de transformer des contraintes structurelles telle que l'isolement, la rareté des services et la stigmatisation en ressources locales de protection. L'interprétation des résultats permet ainsi de mettre en sens, de manière progressive, les formes d'engagement observées au sein du CPSE et leurs effets sur la prévention du suicide en milieu rural.

Cette section fait apparaître l'émergence d'un modèle hybride de prévention en milieu rural, qui dépasse les oppositions classiques entre approches médicales et sociales. La progression interprétative procède du particulier vers le général : elle examine d'abord les trajectoires individuelles des acteurs et leur rapport à l'engagement, puis les dynamiques collectives qui en découlent, avant de proposer une synthèse interprétative articulant l'ensemble des résultats.

5.1.1 Dynamiques micro-sociales de l'engagement et de l'intégration en milieu rural

Les entretiens réalisés montrent que l'engagement au sein du CPSE prend fréquemment appui sur des expériences personnelles marquantes, telles qu'un deuil ou une détresse vécue. Comme l'exprime le bénévole B3 : « J'ai perdu mon frère, ça m'a donné envie d'aider les autres ». Ce type de trajectoire renvoie à un processus de reconstruction du lien social, que l'on peut interpréter à la lumière du concept d'intégration sociale développé par Durkheim (1897). Là où l'isolement fragilise l'individu et accroît la vulnérabilité au suicide, l'engagement bénévole apparaît comme un moyen de réinscription dans un collectif porteur de sens.

La dynamique individuelle présentée peut être comprise comme un passage d'une situation marquée par le retrait relationnel vers une forme d'intégration orientée vers autrui. Le fait de se percevoir comme utile contribue à rétablir un équilibre moral, en réduisant notamment le sentiment d'être un fardeau pour les autres, identifié par Joiner (2005) comme un facteur de risque suicidaire. L'engagement bénévole ne relève donc pas uniquement d'un altruisme spontané, mais constitue un processus de régulation psychosociale inscrit dans des trajectoires biographiques.

Ces trajectoires individuelles s'inscrivent simultanément dans des dynamiques de résilience communautaire. Les personnes ayant vécu des expériences de perte ou de détresse tendent à occuper des rôles de leaders informels, contribuant à l'activation des ressources communautaires décrites par Norris et al. (2008). Comme le souligne le salarié S2, « nos bénévoles les plus engagés sont souvent ceux qui ont vécu un deuil ». Cette transformation d'une épreuve personnelle en ressource collective rejoint les travaux d'Aldrich et Meyer (2015), qui montrent que les communautés disposant de tels leaders présentent une capacité accrue à faire face aux chocs sociaux et humains.

L'ancrage territorial de ces trajectoires renforce encore cette dynamique. Les propos des acteurs traduisent un fort sentiment d'appartenance au lieu de vie, qui confère une

signification particulière à l'engagement : « C'est ici que je vis, que j'ai grandi, que ma famille est restée » (S2). Sans constituer un cadre théorique central, les notions de territoire permettent ici de contextualiser l'inscription des parcours individuels dans un espace social partagé, où l'engagement contribue à relier expériences personnelles et vie collective régionale.

5.1.2 Dynamiques collectives de participation et structuration d'un environnement protecteur

Au-delà des trajectoires individuelles, les résultats mettent en évidence des formes collectives de participation qui structurent la prévention du suicide au quotidien. Les « gestes simples » évoqués par les participants comme écouter au café du coin et garder un œil attentif sur les voisins relèvent d'une solidarité de proximité caractéristique des milieux ruraux. Interprétées à la lumière de Durkheim (1897), ces pratiques s'apparentent à une solidarité de type mécanique, fondée sur la similitude des expériences et la densité des relations sociales.

Dans un contexte marqué par la rareté des services spécialisés, ces formes de vigilance communautaire jouent un rôle compensatoire. Elles contribuent à maintenir un filet de sécurité informel, limitant les situations de rupture et d'isolement extrême. Cette dynamique rejoint les analyses de Kawachi et Berkman (2000), selon lesquelles le capital social constitue un facteur de protection face aux crises psychosociales.

Les pratiques observées mobilisent également les quatre ressources constitutives de la résilience communautaire identifiées par Norris et al. (2008). Les informations circulent par le repérage précoce des signes de détresse, les réseaux informels sont activés par les bénévoles formés, les ressources économiques soutiennent la pérennité des actions du CPSE, et le leadership local se manifeste notamment à travers des initiatives comme le programme Sentinelles. Ces ressources ne fonctionnent pas isolément, mais s'articulent dans une dynamique collective structurée.

Le processus participatif s'intègre aussi dans l'espace par des actions visibles, telles que les marches de sensibilisation ou les kiosques communautaires. Ces pratiques contribuent à la construction d'un environnement perçu comme protecteur, en rendant la prévention socialement et spatialement accessible. Les références au territoire permettent ici de contextualiser la manière dont la prévention s'ancore dans des lieux de vie concrets, sans pour autant constituer un cadre théorique autonome.

Les effets de ces dynamiques se traduisent dans le sentiment d'utilité sociale exprimé par les acteurs : « On se sent utile, ça change tout » (S7). Ce sentiment participe à la régulation des vulnérabilités individuelles et renforce la cohésion collective, confirmant les analyses d'Aldrich et Meyer (2015) sur le rôle de la solidarité communautaire dans la résistance aux crises.

5.1.3 Synthèse interprétative des résultats : émergence d'un modèle hybride de prévention en milieu rural

L'interprétation croisée des résultats empiriques met en évidence l'émergence d'un modèle hybride de prévention du suicide en milieu rural, qui dépasse les clivages traditionnels entre approches biomédicales et sociales (Franklin et al., 2017). Ce modèle repose sur l'articulation de plusieurs mécanismes interprétatifs.

Premièrement, les formes d'engagement observées contribuent à restaurer l'intégration sociale des individus, en réactivant des liens de solidarité et un sentiment d'utilité sociale, conformément aux analyses de Durkheim (1897). Deuxièmement, le CPSE agit comme un espace de coordination des ressources communautaires, favorisant une résilience territorialisée au sens de Norris et al. (2008), où les vulnérabilités individuelles sont transformées en capacités collectives. Troisièmement, la participation citoyenne et les initiatives communautaires permettent de produire des environnements protecteurs ancrés dans les lieux de vie, renforçant l'accessibilité et la légitimité sociale de la prévention.

Ce modèle, mis en évidence à partir du cas de Rimouski, présente un potentiel de transférabilité vers d'autres territoires ruraux confrontés à des enjeux similaires (INSPQ, 2022). Il indique une conception de la prévention du suicide qui dépasse une lecture strictement clinique pour intégrer pleinement les dimensions sociales, communautaires et territoriales de l'engagement citoyen (White et al., 2016). Les résultats interprétés ouvrent ainsi sur des pistes d'action concrètes, notamment en matière de soutien aux organismes communautaires, de renforcement des dispositifs de vigilance locale et de lutte contre la stigmatisation en milieu rural (AQPS, 2023 ; INSPQ, 2018 ; Roy et al., 2019).

5.2 DISCUSSION DES RÉSULTATS

La discussion propose une relecture des résultats à partir des cadres théoriques et empiriques mobilisés, afin d'éclairer les dynamiques de prévention du suicide en milieu rural telles qu'elles se manifestent à travers le CPSE de Rimouski. Elle confronte les observations du terrain aux connaissances existantes sur l'intégration sociale, la résilience communautaire et la production de l'espace, tout en mettant en lumière les spécificités contextuelles et les contributions originales du cas étudié. Enfin, elle dégage les apports théoriques et pratiques de la recherche, ainsi que les perspectives qu'elle ouvre pour l'avenir.

5.2.1 Discussion des résultats à la lumière des cadres théoriques et empiriques

Les résultats de l'étude confirment plusieurs apports majeurs de la littérature mobilisée. En premier lieu, ils rejoignent les analyses de Durkheim (1897) sur le rôle de l'intégration sociale comme facteur de protection face au suicide. Les pratiques de vigilance informelle observées au CPSE, telles que l'écoute de proximité, l'attention portée aux voisins et la présence quotidienne dans les lieux de vie, traduisent des formes contemporaines de solidarité sociale en milieu rural. Ces dynamiques rejoignent les

observations de White et al. (2016), selon lesquelles les interactions sociales de proximité jouent un rôle déterminant dans la prévention du suicide dans les communautés rurales et éloignées. Ils s'inscrivent également dans la lignée des travaux de Putnam (2000) et de Kawachi et Berkman (2000) qui associent la densité des liens interpersonnels à un capital social protecteur, en montrant que les contextes relationnels riches atténuent le risque de détresse psychologique et suicidaire.

Ces résultats peuvent également être mis en relation avec les travaux de Berkman et Glass (2000), qui démontrent que l'intégration sociale agit à la fois comme mécanisme de régulation normative et comme source de soutien émotionnel, réduisant la probabilité de comportements suicidaires. Ils rejoignent aussi les analyses de Joiner (2005) sur le sentiment d'appartenance comme facteur central de protection, en montrant que la présence de liens significatifs diminue la perception d'isolement interpersonnel. De plus, les observations empiriques font écho aux travaux de Hirsch et Cukrowicz (2014), qui soulignent que la qualité des interactions sociales locales est particulièrement déterminante dans les contextes ruraux où l'accès aux services spécialisés est limité. Enfin, les résultats corroborent les conclusions de Tighe et al. (2017), selon lesquelles les réseaux informels jouent un rôle de première ligne dans la détection précoce de la détresse psychologique.

Les résultats confirment aussi la pertinence du cadre de la résilience communautaire proposé par Norris et al. (2008). Les quatre ressources adaptatives identifiées par ces auteurs, soit le leadership, les réseaux, l'information et les ressources économiques, apparaissent clairement activées dans le fonctionnement du CPSE. Les bénévoles ayant vécu des expériences de deuil ou de détresse occupent des rôles de leadership informel. Les réseaux locaux facilitent la circulation de l'information. Le programme Sentinelles structure la vigilance collective. Le financement communautaire soutient la continuité des actions. Ces constats rejoignent les travaux d'Aldrich et Meyer (2015), qui soulignent le rôle central des réseaux communautaires dans la capacité des collectivités à faire face aux crises psychosociales. On observe ici un schéma proche des approches « *whole-of-community* » décrites dans plusieurs synthèses internationales sur la prévention du suicide,

où l'articulation entre acteurs institutionnels, ressources communautaires et engagement citoyen est considérée comme un facteur clé d'efficacité (Mann et al. 2005 ; Zalsman et al. 2016).

Cette lecture est renforcée par les analyses de Kirmayer et al. (2009), qui montrent que la résilience communautaire repose moins sur des ressources isolées que sur leur articulation dynamique dans le temps. Elle rejoint également les travaux de Patel et al. (2018) sur les approches communautaires intégrées en santé mentale, qui soulignent l'efficacité des modèles reposant sur la coordination entre acteurs formels et informels. Les résultats font aussi écho aux conclusions de Wind et Komproe (2012), selon lesquelles les dispositifs de vigilance collective renforcent la capacité d'adaptation des communautés face aux risques psychosociaux. Enfin, ils s'inscrivent dans la continuité des travaux de Slade et al. (2011), qui identifient la participation citoyenne comme une composante essentielle des systèmes locaux de prévention en santé mentale.

Sans constituer un cadre théorique central de l'analyse, les références aux travaux sur le territoire permettent d'éclairer certains résultats. Les actions de sensibilisation déployées dans l'espace public, notamment les marches et les kiosques communautaires, peuvent être comprises comme des formes de réappropriation symbolique et sociale de l'espace, contribuant à rendre la prévention visible et accessible. Ces éléments rejoignent les analyses de Desmeules et al. (2006) sur la capacité historique des communautés du Bas-Saint-Laurent à mobiliser leurs ressources locales face aux contraintes structurelles. Ils font également écho à des travaux plus récents sur les transformations des milieux ruraux, qui montrent que l'occupation de l'espace public par des initiatives citoyennes participe à la reconstruction de repères collectifs dans des territoires marqués par la dévitalisation et la perte de services (Shucksmith et Brown, 2016).

Ces constats peuvent aussi être mis en perspective avec les travaux de Lefebvre (2000) sur la production sociale de l'espace, qui permettent de comprendre les actions communautaires comme des pratiques de réappropriation symbolique du territoire. Ils rejoignent également les analyses de Harvey (2012) sur la dimension politique de

l'occupation de l'espace public dans les contextes de marginalisation territoriale. Enfin, les résultats sont cohérents avec les travaux de Bock (2016), qui montrent que les initiatives citoyennes contribuent à renforcer le sentiment d'appartenance et la cohésion sociale dans les milieux ruraux en transition.

5.2.2 Spécificités contextuelles et contributions du cas étudié à la littérature scientifique

Au-delà des convergences, les résultats mettent en lumière plusieurs spécificités qui nuancent et enrichissent les cadres existants. Contrairement à certaines analyses qui mettent l'accent sur des dynamiques communautaires largement spontanées, le cas du CPSE révèle le rôle central d'un pivot organisationnel dans la structuration de la participation citoyenne et des initiatives communautaires. L'intégration sociale observée ne repose pas uniquement sur des liens primaires, mais sur la présence d'un organisme capable de coordonner, de soutenir et de stabiliser l'engagement bénévole. Cette observation apporte un éclairage complémentaire à des travaux qui insistent davantage sur la spontanéité des mobilisations locales (Wexler et al., 2015).

Cette spécificité rejoint les analyses de Minkler et Wallerstein (2008), qui soulignent que les organisations communautaires jouent un rôle clé dans la pérennisation de la participation citoyenne. Elle prolonge également les travaux de Breton (2001) sur la fonction de médiation exercée par les organismes intermédiaires entre citoyens et institutions publiques.

De même, si la résilience communautaire est souvent conceptualisée comme un équilibre relativement stable entre différentes ressources (Norris et al., 2008), les résultats montrent que cet équilibre demeure fragile dans un contexte de financement précaire. La dépendance aux enveloppes budgétaires provinciales et le risque de fatigue bénévole constituent des limites structurelles peu documentées dans les travaux portant sur des contextes post-catastrophe mieux dotés (Aldrich et Meyer, 2015). Ces éléments soulignent

l'importance d'intégrer la question de la durabilité organisationnelle dans l'analyse de la résilience communautaire en milieu rural. Cette fragilité renvoie aux analyses qui décrivent la « charge invisible » supportée par les organismes communautaires en région (Commission de la santé mentale du Canada, 2020).

Ces constats rejoignent également les travaux de Handy et Srinivasan (2004) sur l'épuisement bénévole dans les organisations communautaires, ainsi que ceux de Eikenberry et Kluver (2004), qui montrent que l'instabilité du financement affecte directement la capacité d'action collective. Ils font écho aux analyses de Tremblay et al. (2017), qui soulignent la vulnérabilité structurelle des organismes communautaires en région face aux logiques de financement par projet.

Les résultats mettent également en évidence une forme de première ligne territorialisée de prévention, où la participation citoyenne et les initiatives communautaires compensent partiellement la pénurie de services spécialisés. Dans un contexte marqué par une faible densité de professionnels en santé mentale, la vigilance communautaire apparaît comme un mécanisme central de repérage et de soutien, sans pour autant se substituer aux services cliniques. Cette configuration constitue un apport original à la littérature, en montrant comment la prévention du suicide peut s'organiser autour d'une articulation étroite entre engagement citoyen, initiatives communautaires et coordination institutionnelle. Elle prolonge les analyses de Judd et al. (2006) sur les spécificités des régions rurales australiennes, mais met davantage l'accent sur la fonction de « courroie de transmission » jouée par un organisme pivot comme le CPSE.

Cette contribution complète les travaux de Wakerman et al. (2008) sur les modèles de soins intégrés en milieu rural, ainsi que ceux de Saxena et al. (2007), qui soulignent l'importance des dispositifs communautaires dans les contextes de pénurie de ressources professionnelles. Elle rejoint également les analyses de Barry et Jenkins (2007) sur la complémentarité entre prévention communautaire et services cliniques, et celles de Robinson et al. (2012), qui identifient les organismes communautaires comme des acteurs clés de la prévention du suicide en région.

5.2.3 Apports théoriques, retombées pratiques et perspectives de recherche

Les résultats de la recherche invitent à dépasser la dichotomie entre approches cliniques et communautaires encore présente dans certains travaux en suicidologie (Franklin et al., 2017). Ils montrent que la participation citoyenne et les initiatives communautaires, lorsqu'elles sont structurées par un organisme local, peuvent constituer des composantes centrales de la prévention du suicide en milieu rural. Cette contribution s'inscrit dans une perspective qui reconnaît pleinement le rôle des déterminants sociaux et communautaires de la santé mentale.

Dans la pratique, les résultats soulignent l'importance de soutenir durablement les organismes communautaires agissant comme pivots de la prévention. Un financement pluriannuel stable apparaît comme une condition essentielle à la pérennité des actions du CPSE et à la mobilisation des bénévoles (AQPS, 2023). L'élargissement du programme Sentinelles à l'ensemble des MRC du territoire pourrait renforcer les mécanismes de vigilance collective (INSPQ, 2018), tandis que des initiatives ciblées visant à réduire la stigmatisation, notamment chez les hommes en milieu rural, contribueraient à lever certains freins à la demande d'aide (Roy et al., 2019).

Enfin, plusieurs perspectives de recherche se dégagent. Des études comparatives entre territoires ruraux permettraient de tester la transférabilité du modèle identifié. Des recherches longitudinales pourraient évaluer l'impact des dispositifs communautaires sur l'évolution des comportements suicidaires. Des analyses de réseaux sociaux offriraient également un éclairage fin sur les circulations informelles de soutien et d'information en milieu rural.

La discussion montre que, loin de s'opposer aux cadres théoriques existants, les résultats issus du cas du CPSE de Rimouski les complètent et les contextualisent. Elle démontre comment, dans un territoire marqué par des contraintes structurelles fortes, la participation citoyenne et les initiatives communautaires, soutenues par un pivot institutionnel, contribuent à la construction de capacités locales de prévention. Cette

recherche apporte ainsi une contribution empirique et conceptuelle à la compréhension des dynamiques de prévention du suicide en milieu rural québécois, en soulignant à la fois leur potentiel et leurs limites structurelles.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Au terme de ce mémoire, l'analyse empirique menée auprès du Centre de prévention du suicide de l'Est (CPSE) à Rimouski, à partir de dix entretiens semi-directifs, confirme que la participation citoyenne et les initiatives communautaires constituent un pilier essentiel de la prévention du suicide en milieu rural québécois. Cette recherche contribue à actualiser les théories fondamentales de Durkheim (1897) sur l'intégration sociale et de Norris et al. (2008) sur la résilience communautaire dans un contexte territorial spécifique : la MRC Rimouski-Neigette, qui compte 57 191 habitants répartis sur 2 700 km² avec une densité de seulement 21 habitants par km².

Les résultats dégagent sept thèmes principaux issus de l'analyse NVivo : les parcours d'engagement personnel transformés en intégration sociale restaurée, la vigilance quotidienne discrète activant le capital social protecteur, les initiatives structurées du CPSE agissant comme pivot de résilience communautaire, les effets d'appartenance réduisant l'anomie, la dépendance institutionnelle stabilisant les compétences collectives, les facilitateurs de proximité forgeant des liens robustes, et les freins structurels comme la stigmatisation masculine révélant des vulnérabilités persistantes.

Ces constats empiriques démontrent que la prévention rurale efficace repose sur une résilience communautaire où la mobilisation citoyenne est catalysée et stabilisée par un pivot institutionnel communautaire. Contrairement aux modèles purement cliniques ou autonomes, la configuration rimouskoise illustre une articulation dynamique entre ressources locales et soutien organisationnel, particulièrement pertinente dans les territoires où les services spécialisés demeurent rares et éloignés.

Résonance avec Durkheim (1897) : restauration de l'intégration sociale

Émile Durkheim (1897), dans *Le Suicide*, identifiait quatre types de suicide liés au degré d'intégration sociale : égoïste (faible intégration), altruiste (hyper-intégration), anémique (normes déstructurées) et fataliste (hyper-régulation). Les données du CPSE révèlent concrètement comment la participation citoyenne agit sur ces dynamiques. Le suicide égoïste est réduit par la vigilance quotidienne des sentinelles informelles qui restaurent les liens là où l'isolement géographique les fragilise. L'hyper-intégration altruiste est équilibrée par le pivot CPSE qui prévient l'épuisement des bénévoles. L'anomie est prévenue par l'émergence d'une culture locale de prévention qui rétablit des normes collectives autour de la détresse psychologique. Enfin, le fatalisme reste marginal dans la ruralité québécoise mais est contenu par la reconnaissance mutuelle issue des initiatives communautaires.

L'apport empirique majeur réside dans la démonstration que les « gestes simples » écoute proactive, repérage comportemental, orientation vers les ressources restaurent véritablement l'intégration sociale là où les services spécialisés font défaut. Comme l'écrivait Durkheim, « plus les relations sociales sont nombreuses, stables et structurantes, plus elles offrent un ancrage collectif susceptible de protéger les individus du désespoir » (p. 209). À Rimouski, ces relations se tissent au quotidien, confirmant la pertinence contemporaine de cette intuition fondatrice.

Résonance avec Norris et al. (2008) : résilience communautaire stabilisée

Norris et al. (2008) définissent la résilience communautaire comme un ensemble de quatre capacités adaptatives : capital social (réseaux de confiance), ressources économiques (soutien matériel), information/communication (circulation des savoirs) et compétence collective (mobilisation coordonnée). L'étude du CPSE opérationnalise ces concepts dans un contexte rural contraint. Le capital social se manifeste par les sentinelles informelles ; les ressources économiques révèlent une précarité de financement provenant du MSSS ; l'information circule via les kiosques et les marches ; et la compétence collective s'incarne pleinement dans le rôle pivot du CPSE qui coordonne sans étouffer l'initiative citoyenne.

L'apport novateur consiste à montrer que le CPSE remplit une fonction de compétence collective stabilisatrice, nuance absente des modèles nord-américains centrés sur l'auto-organisation pure. En milieu rural, où la pénurie structurelle limite l'autonomie, ce pivot institutionnel communautaire apparaît comme condition *sine qua non* de la résilience durable, enrichissant ainsi la théorie de Norris par une dimension territoriale réaliste.

Modèle théorique hybride : articulation Durkheim-Norris

La recherche propose un modèle original de résilience hybride rurale articulant l'intégration sociale durkheimienne et les capacités adaptatives norrisiennes. Chez Durkheim, les liens collectifs protègent de l'anomie ; chez Norris, les communautés mobilisent des compétences collectives face à l'adversité. À Rimouski, le CPSE fait le pont : il structure les liens durkheimiens en compétences norrisiennes par la formation, la coordination et la légitimation. Ce modèle hybride nuance les oppositions binaires clinique/communautaire et autonome/assisté, typiques des littératures respectives.

L'originalité théorique tient à cette conjugaison : la résilience rurale n'est ni purement spontanée ni strictement institutionnelle, mais repose sur un pivot communautaire qui maximise l'autonomie citoyenne dans un minimum institutionnel stratégique. Ce cadre conceptuel, opérationnalisé par cinq questions opératoires complémentaires, offre une grille d'analyse transférable à d'autres MRC québécoises confrontées à des vulnérabilités similaires.

Dialogue critique avec la littérature existante

Les résultats confirment plusieurs convergences établies dans la littérature. Le capital social comme facteur protecteur, théorisé par Kawachi et Berkman (2000), se vérifie dans la vigilance collective rimouskoise. La territorialisation de la santé mentale, défendue par White et al. (2016), s'incarne dans les initiatives locales ancrées. La résilience post-crise d'Aldrich et Meyer (2015) trouve écho dans la capacité du CPSE à amortir les chocs suicidaires.

Trois apports nouveaux émergent cependant. Premièrement, la dépendance légitime au pivot institutionnel contredit l'idéal d'auto-organisation pure de Norris. Deuxièmement, la masculinité rurale sous-théorisée révèle une stigmatisation spécifique que les modèles généraux (Alston, 2012) négligent. Troisièmement, la résilience assistée nuance l'autonomie absolue des communautés autochtones (Kirmayer et al., 2000), particulièrement pertinente dans les ruralités dépendantes des services régionaux.

Limites méthodologiques de l'étude

L'échantillon de 10 entretiens, bien que suffisant pour une étude de cas exploratoire, présente un biais militant en sur-représentant les acteurs engagés au CPSE, au détriment des non-participants et des victimes directes. Le focus monocentrique sur Rimouski limite la généralisabilité à l'ensemble des ruralités québécoises, particulièrement les plus isolées comme la Gaspésie ou l'Abitibi. L'absence d'observations *in situ* rend l'analyse dépendante des discours auto-déclarés, malgré la triangulation documentaire. Enfin, la posture d'observateur impliqué, découlant d'une implication professionnelle au CPSE, enrichit la compréhension mais exige une vigilance accrue contre la proximité excessive, compensée par une distance critique dans l'analyse interprétative NVivo.

Ces limites, assumées dès la méthodologie, circonscrivent la portée de l'étude à une photographie exploratoire d'une configuration réussie de prévention rurale, appelant à des validations ultérieures.

Contributions scientifiques du mémoire

Sur le plan empirique, ce mémoire fait partie des études qualitatives documentant la participation citoyenne en prévention du suicide rural québécois, comblant un angle mort de la littérature nord-américaine. Théoriquement, le modèle de résilience hybride articule Durkheim et Norris dans un cadre opérationnalisé par cinq questions opératoires est applicable à d'autres territoires. Méthodologiquement, l'analyse NVivo en trois niveaux (descriptif, compréhensif, interprétatif) offre un protocole reproductible pour d'autres études qualitatives en santé communautaire. Conceptuellement, l'éclairage sur la

masculinité rurale et la prévention ouvre une piste sous-explorée, invitant à des recherches ciblées sur les freins genrés en milieu rural.

Perspectives pour la recherche future

Plusieurs pistes s'ouvrent. Des études comparatives entre, par exemple, Rimouski, Gaspé et communautés inuites évalueraient la diversité des modèles hybrides. Des recherches longitudinales sur cinq ans mesureraient l'impact de la mobilisation sur l'incidence suicidaire. L'analyse des réseaux sociaux cartographierait les acteurs et les flux d'information informels. Enfin, une validation quantitative auprès de plusieurs acteurs ruraux testerait la robustesse du modèle hybride à plus grande échelle.

ANNEXES

Annexe 1 - Tableau de conceptualisation

Concepts	Dimensions	Composantes	Indicateurs
Prévention du suicide	Sociale	Renforcement des liens sociaux	Témoignages sur la solidarité communautaire, perception de l'entraide et du soutien mutuel
		Sensibilisation et éducation	Organisation de campagnes de prévention, participation aux ateliers d'information
		Communautaire	Implication des acteurs locaux
		Adaptation aux besoins spécifiques	Adéquation des interventions aux réalités locales (culturelles, économiques, sociales)
		Structurelle	Accessibilité des services
Participation citoyenne	Engagement citoyen	Prise de parole et expression des besoins	Participation aux consultations publiques, témoignages lors de rencontres communautaires
		Degré d'implication	Nombre de citoyens impliqués dans les comités et projets locaux
		Collaboration	Partage des

			responsabilités
		Mobilisation et sensibilisation	Organisation d'actions collectives
		Participation aux événements	Taux de fréquentation des rencontres publiques et activités de sensibilisation
Initiatives communautaires	Accessibilité et proximité des services	Disponibilité des services de soutien	Présence de centre d'écoute, groupe de soutien ou cliniques locales
		Facilité d'accès	Proximité des services, admissibilité, absence de barrières financières ou culturelles
		Adaptation locale des interventions	Respect des valeurs et traditions locales
		Adéquation des services aux besoins	Satisfaction des usagers sur la personnalisation des interventions
		Création de réseaux de soutien social	Développement de partenariats locaux
		Renforcement des liens communautaires	Perception d'un climat de confiance et d'entraide au sein de la communauté

Participation citoyenne et initiatives communautaires dans la prévention du suicide en milieu rural: étude cas à Rimouski

Coordonnées du participant

- Code alphanumérique
- Fonction :
- Organisation (le cas échéant) :
- Nombre d'années d'expérience au Centre :
- Téléphone / courriel (facultatif) :
- Date de l'entretien :
- Lieu (ou modalité à distance) :

Thème 1 : Parcours professionnel et lien au terrain

1. Pouvez-vous me parler de votre parcours et de ce qui vous a amené à vous impliquer au Centre de prévention du suicide de Rimouski?
2. Depuis combien de temps œuvrez-vous dans le domaine de la prévention du suicide?
3. Quelles sont vos fonctions principales au sein du centre?

Thème 2 : Création de réseaux de soutien et dimension sociale (Q1)

4. Selon vous, comment le Centre favorise-t-il la création ou le renforcement des réseaux de soutien social en milieu rural?
5. Observez-vous une reconnaissance ou une implication active des citoyens des milieux ruraux envers le centre?
6. Quelles initiatives communautaires avez-vous observées dans la région en milieu rural?
7. Comment les initiatives communautaires observées en milieu rural s'articulent-elles avec les actions du Centre?
8. Quels sont les effets concrets de ces initiatives sur le sentiment d'appartenance, la solidarité ou la réduction de l'isolement?

Thème 3 : Engagement citoyen et adaptation locale (Q2)

9. Quelles formes concrètes de participation citoyenne avez-vous observées dans les milieux ruraux?
10. Avez-vous participé à la co-construction ou à la mise en œuvre d'une initiative communautaire en milieu rural?
11. Pouvez-vous me donner des exemples d'initiatives citoyennes dans les milieux ruraux?
12. Qui sont les principaux porteurs de ces initiatives?

13. Comment cette participation influence-t-elle la prévention du suicide en milieu rural?

Thème 4 : Collaboration et accessibilité des services (Q3)

14. Travaillez-vous avec d'autres organismes ou groupes citoyens?

15. Comment cette collaboration influence-t-elle l'accessibilité des services pour les gens vivant en milieu rural?

16. Avez-vous constaté des effets concrets sur la proximité ou la rapidité d'intervention en milieu rural?

17. Existe-t-il des obstacles d'accessibilité (logistiques, culturels, financiers) pour les gens vivant en milieu rural?

Thème 5 : Mobilisation, sensibilisation et dimension communautaire (Q4)

18. Avez-vous participé à des campagnes de sensibilisation ou événements communautaires s'adressant au milieu rural?

19. Quels effets ces actions ont-elles eu sur les communautés rurales?

20. Quelles conditions favoriseraient l'émergence de nouvelles initiatives en milieu rural?

21. Quels sont les leviers pour mobiliser davantage les communautés rurales?

Thème 6 : Dimensions structurelles et adaptation institutionnelle (Q5)

22. Quels sont les principaux obstacles structurels rencontrés?

23. Quelles ressources vous manquent pour bonifier l'action communautaire en milieu rural?

24. Comment les politiques publiques pourraient-elles mieux soutenir ces efforts pour les milieux ruraux?

Thème 7 : Recommandations et perspectives

25. Quelles pistes d'amélioration voyez-vous pour renforcer la participation citoyenne en milieu rural?

26. Si vous aviez un pouvoir décisionnel, que mettriez-vous en place (au CRISE ou ailleurs) pour les milieux ruraux?

Conclusion

27. Souhaitez-vous ajouter quelque chose que nous n'avons pas abordé dans cet entretien?

28. Souhaitez-vous recevoir un résumé des résultats de la recherche?

Annexe 3 - Lettre d'autorisation de recherche du CPSE

Rimouski, le 30 juin 2025

Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent
172, rue Saint-Jacques
Rimouski (Québec) G5L 4G8

Objet : Lettre d'autorisation – Projet de recherche universitaire

À qui de droit,

Par la présente, je confirme que le Centre de prévention du suicide de Rimouski, organisme communautaire à but non lucratif œuvrant en santé mentale, autorise M. Gorgui Ndoye, étudiant à la maîtrise en développement régional à l'Université du Québec à Rimouski (UQAR), à réaliser son projet de recherche intitulé :

« La participation citoyenne et les initiatives communautaires dans la prévention du suicide : étude de cas dans la MRC de Rimouski ».

Ce projet a pour objectif de documenter les formes de participation citoyenne et les dynamiques communautaires contribuant à la prévention du suicide en milieu rural. Il sera réalisé dans le respect des normes éthiques en vigueur.

Nous comprenons que :

- Le projet implique la participation volontaire d'intervenants salariés et bénévoles du centre ;
- La confidentialité des participants sera rigoureusement assurée ;
- Le nom de l'organisation pourra être mentionné dans les résultats, de façon respectueuse, sans lien identifiable avec les propos des participants ;
- Le recrutement et la réalisation des entretiens se feront hors des relations hiérarchique habituelles, dans un cadre neutre.

Nous autorisons donc l'utilisation de notre organisme comme terrain de recherche dans le cadre de ce projet universitaire.

Nous demeurons disponibles pour toute information supplémentaire.

Veuillez agréer l'expression de nos sentiments distingués.

Madame Isabelle Albert, Directrice générale

CPSIC BSL

Téléphone : (418) 896-0448

Courriel : dg@centredecrisebsl.qc.ca

Signature :  _____

Date : 30 / 06 / 2025

Annexe 4 - Lettre d'approbation éthique



Le 18 août 2025

À l'attention de :

Gorgui Ndoye
Département sociétés, territoires et développement

Titre : La participation citoyenne et les initiatives communautaires dans la prévention du suicide en milieu rural: étude de cas à Rimouski.

Projet : 2026-827

Objet : Approbation éthique de votre projet de recherche

Bonjour,

Votre projet de recherche a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains par les membres du sous-comité délégué à l'évaluation des demandes soumises au Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Rimouski (CER-UQAR) ainsi que moi-même, à titre de présidente de ce comité. Nous sommes heureux de vous annoncer qu'un certificat d'éthique peut vous être délivré pour votre projet de recherche, à risque minimal, intitulé : La participation citoyenne et les initiatives communautaires dans la prévention du suicide en milieu rural: étude de cas à Rimouski.

Un certificat d'approbation éthique qui atteste de la conformité de votre projet de recherche à la [Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains](#) de l'UQAR est émis en date du 18 août 2025. Vous pouvez dès maintenant débiter vos activités de recherche. Prenez note que ce certificat est valide jusqu'au **18 août 2026**.

Selon la [Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains](#), il est de la responsabilité des chercheurs d'élaborer des projets de recherche qui respectent l'ensemble des principes éthiques et d'assurer le respect et la protection des droits des personnes qui participent à la recherche. Vous devrez obtenir le renouvellement de votre approbation éthique avant l'expiration de ce certificat. De plus, vous devez signaler tout incident significatif dès qu'il survient et soumettre à l'approbation du CER-UQAR, toute modification dans le déroulement d'une activité qui touche la nature de la participation des personnes.

Enfin, puisque votre demande d'approbation pourrait être liée à un financement, le Décanat de la recherche est mis en copie conforme.



Approbation du projet par le comité d'éthique suite à l'approbation conditionnelle
Université du Québec à Rimouski - 300, allée des Ursulines, Rimouski (Québec), G5L 3A1

1 / 3

Dans le cadre de l'Entente pour la reconnaissance des certificats d'éthique des projets de recherche à risque minimal, il est de votre responsabilité d'informer vos cochercheurs provenant de l'externe, s'il y a lieu, afin qu'ils puissent obtenir reconnaissance et/ou certification éthique de leur propre CÉR.

En vous souhaitant le meilleur des succès dans la réalisation de votre recherche, veuillez recevoir nos salutations distinguées.

Le CER-UQAR

Janie Bérubé, Ph.D

Présidente du Comité d'Éthique de la Recherche - UQAR (CER-UQAR)

Professeure Unité départementale des sciences de la gestion

cer@uqar.ca



Approbation du projet par le comité d'éthique suite à l'approbation conditionnelle
Université du Québec à Rimouski - 300, allée des Ursulines, Rimouski (Québec), G5L 3A1

2 / 3

Annexe 5 - Certificat d'approbation éthique

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Rimouski (CER-UQAR), certifie, conjointement avec la personne titulaire de ce certificat, que le présent projet de recherche prévoit que les êtres humains qui y participent seront traités conformément aux principes de l'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains ainsi qu'aux normes et principes en vigueur dans la Politique d'éthique avec les êtres humains de l'UQAR (C2-D32).

Projet # : 2026-827

Titre du projet de recherche : La participation citoyenne et les initiatives communautaires dans la prévention du suicide en milieu rural: étude de cas à Rimouski.

Chercheur principal à l'UQAR

Gorgui Ndoye,
Département sociétés, territoires et développement

Direction de recherche

En provenance de l'UQAR: Mario Handfield

Financement : Aucun

Date d'approbation du projet : 18 août 2025

Date d'entrée en vigueur du certificat : 18 août 2025

Date d'échéance du certificat : 18 août 2026

N.B. Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre certificat afin de remplir le formulaire F7 - Renouvellement annuel.

- Si votre projet se termine avant la date du prochain renouvellement, veuillez remplir le formulaire **F9 - Fin de projet**.
- Si des modifications sont apportées à votre projet avant l'échéance du certificat, veuillez remplir le formulaire **F8 - Modification de projet**.
- Tout nouveau membre de votre équipe de recherche devra être déclaré au CER-UQAR lors de votre prochaine demande de renouvellement ou lors de la fin de votre projet si le renouvellement n'est pas requis. ATTENTION: Vous devez faire signer une déclaration d'honneur aux personnes ayant accès aux participants (ou à des données nominatives sur les participants) et la conserver dans vos dossiers de recherche.

Janie Bérubé

Signé le 2025-08-18 à 08:58

NAGANO
www.nagano.ca

Approbation du projet par le comité d'éthique suite à l'approbation conditionnelle
Université du Québec à Rimouski - 300, allée des Ursulines, Rimouski (Québec), G5L 3A1

3 / 3

Annexe 6 - Lettre de recrutement



PARTICIPANT(E)S RECHERCHÉ(E)S

TITRE DU PROJET

La participation citoyenne et les initiatives communautaires dans la prévention du suicide en milieu rural : étude de cas à Rimouski

RESPONSABLE DU PROJET

Gorgui Ndoye, étudiant à la maîtrise en développement régional à l'Université du Québec à Rimouski (UQAR), sous la direction de **Mario Handfield**, professeur au Département sociétés, territoires et développement.

Nous sommes présentement à la recherche d'intervenant.e.s bénévoles ou salarié.e.s du Centre de prévention du suicide de Rimouski, intéressé.e.s à participer à une étude portant sur les formes d'engagement citoyen et les initiatives communautaires contribuant à la prévention du suicide en milieu rural.

Votre participation est entièrement volontaire et confidentielle : vous manifestez directement votre intérêt auprès du chercheur responsable, sans qu'aucune personne du Centre n'en soit informée, ce qui permet de limiter toute incidence sur les relations professionnelles au sein de l'organisation. De plus, nous confirmons que le chercheur responsable n'exerce aucune autorité hiérarchique sur les participants.

Plus précisément, la participation à ce projet de recherche consiste en une entrevue individuelle semi-dirigée d'une durée de 45 à 60 minutes, menée en personne ou à distance (Zoom/Teams), selon votre préférence. L'entretien portera notamment sur :

- votre parcours professionnel ou bénévole ;
- votre perception de la participation citoyenne ;
- les initiatives communautaires observées ;
- les obstacles, les leviers et les recommandations.

L'entretien sera enregistré audio avec votre autorisation, afin d'être transcrit et analysé dans le cadre du projet. Les résultats permettront de mieux comprendre comment les communautés rurales participent à la prévention du suicide, et d'identifier des pratiques inspirantes ou à renforcer dans ce domaine.

Approuvé le 18 août 2025 par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Rimouski (CER-UQAR). No de référence : 2026 - 827.
2-V04-2024

Pour participer à cette recherche, vous devez :

- Être un. e intervenant. e actif. ve (bénévole ou salarié. e) au Centre de prévention du suicide de Rimouski ;
- Avoir une expérience d'au moins cinq (5) mois dans une fonction liée à la prévention du suicide ;
- Être âgé. e de 18 ans ou plus ;
- Être en mesure de s'exprimer en français et de consentir librement à participer.

Si vous êtes intéressé. e à participer à cette étude ou si vous avez des questions, veuillez contacter :

Responsable du projet :

Gorgui Ndoye

- Par courriel : gorgui.ndoye20@gmail.com
- Par téléphone : 438-340-5732

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à la recherche et espérons vous compter parmi nos participant(e)s!

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Agence de la santé publique du Canada. (2019). Lutte contre la stigmatisation : vers un système de santé publique inclusif. Gouvernement du Canada. https://publications.gc.ca/collections/collection_2019/aspc-phac/HP2-10-2019-fra.pdf
- Agence de la santé publique du Canada. (2024). Inégalités en matière de santé mentale, de bien-être et de mieux-être au Canada : déterminants sociaux et changements au fil du temps (Rapport). Gouvernement du Canada. <https://www.publications.gc.ca/pub?id=9.939125&sl=0>
- Aldrich, D. P., et Meyer, M. A. (2015). Social capital and community resilience. *American Behavioral Scientist*, 59(2), 254–269. <https://doi.org/10.1177/0002764214550299>
- Alston, M. (2012). Rural male suicide in Australia. *Social Science et Medicine*, 74(4), 515–522. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.036>
- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216–224. <https://doi.org/10.1080/01944366908977225>
- Bacqué, M.-H., et Biewener, C. (2013). L’empowerment, une pratique émancipatrice. La Découverte.
- Barry, M. M., et Jenkins, R. (2007). Implementing mental health promotion. Elsevier.
- Beautrais, A. L. (2005). National strategies for suicide prevention. *Crisis*, 26(1), 1–3. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.26.1.1>
- Berkes, F., et Ross, H. (2013). Community resilience: Toward an integrated approach. *Society et Natural Resources*, 26(1), 5–20. <https://doi.org/10.1080/08941920.2012.736605>
- Berkman, L. F., et Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health (pp. 137–173). In *Social epidemiology*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780195083316.003.0007>

- Bock, B. B. (2016). Rural marginalisation and the role of social innovation. *Sociologia Ruralis*, 56(4), 552–573. pp. 563–566. <https://doi.org/10.1111/soru.12119>
- Breton, M. (2001). Les pratiques d’empowerment en intervention sociale. Presses de l’Université Laval. pp. 58–61. <https://www.pulaval.com/livres/empowerment-et-intervention-developpement-de-la-capacite-d-agir-et-de-la-solidarite>
- Cacioppo, J. T., et Hawkley, L. C. (2009). Perceived social isolation and cognition. *Trends in Cognitive Sciences*, 13(10), 447–454. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2009.06.005>
- Chaskin, R. J. (2001). Building community capacity. *Urban Affairs Review*, 36(3), 291–323. <https://doi.org/10.1177/10780870122184876>
- Centre de prévention du suicide de l’Est. (2025). À propos du Centre de prévention du suicide de l’Est. <https://www.cpse.ca/a-propos>
- Christensen, H., Batterham, P. J., et O’Dea, B. (2014). E-health interventions for suicide prevention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. <https://doi.org/10.3390/ijerph110808193>
- Cloke, P. (2006). Conceptualizing rurality (pp. 18–28). In *Handbook of rural studies*. Sage.
- Commission de la santé mentale du Canada. (2020). Accès aux services de santé mentale dans les régions rurales et éloignées du Canada. <https://www.mentalhealthcommission.ca>
- Commission de la santé mentale du Canada. (2020). La santé mentale dans les communautés rurales et éloignées et le suicide. <https://commissionsantementale.ca/fiches-information/prevention-du-suicide/les-communaut-es-rurales-et-eloignees-et-le-suicide/>
- Commission de la santé mentale du Canada. (2022). Rapport d’impact 2022–2023. <https://commissionsantementale.ca/ce-que-nous-faisons/csmc-rapports-annuels-et-brochures/>
- Cornwall, A. (2008). Unpacking “participation”. *Community Development Journal*, 43(3), 269–283. <https://doi.org/10.1093/cdj/bsn010>
- Denzin, N. K., et Lincoln, Y. S. (2018). *The SAGE handbook of qualitative research* (5e éd.). Sage.
- Desmeules, M., Pong, R., Lagacé, C., et al. (2006). How healthy are rural Canadians? Statistique Canada.

- Durkheim, É. (1897). *Le suicide : étude de sociologie*. Presses universitaires de France.
- Eikenberry, A. M., et Kluver, J. D. (2004). The marketization of the nonprofit sector. *Public Administration Review*, 64(2), 132–140. pp. 140–143. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2004.00355.x>
- Élections Québec. (2025). Portrait socioéconomique – Rimouski. <https://www.electionsquebec.qc.ca/cartes/electorales/circonscriptionsprovinciales/portrait-socioeconomique/838/>
- Eysenbach, G. (2008). Medicine 2.0. *Journal of Medical Internet Research*, 10(3), e22. <https://doi.org/10.2196/jmir.1030>
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., et al. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187–232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
- Fung, A. (2006). Varieties of participation in complex governance. *Public Administration Review*, 66(1), 66–75. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2006.00667.x>
- Gouvernement du Québec. (2023). Portrait régional – Bas-Saint-Laurent. Ministère de l'Économie, de l'Innovation et de l'Énergie. <https://www.economie.gouv.qc.ca/pages-regionales/bas-saint-laurent>
- Gouvernement du Québec. (2024). Bas-Saint-Laurent (région 01). Québec.ca. <https://www.quebec.ca/gouvernement/portrait-quebec/geographie-territoire/regions-administratives/bas-saint-laurent>.
- Gouvernement du Québec, ministère des Affaires municipales et de l'Habitation. (2025). Carte de la MRC de Rimouski-Neigette (100) [PDF]. <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/affaires-municipales/publications/cartes/mrc/100.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2025). Portrait socioéconomique du Bas-Saint-Laurent. Ministère de l'Économie, de l'Innovation et de l'Énergie. <https://www.quebec.ca/gouvernement/ministeres-organismes/economie/publications/portraits-socioeconomiques/bas-saint-laurent>
- Gouvernement du Québec. (2025, 24 décembre). Population des municipalités du Québec, décret de 2026 (décret no 1499-2025). Gazette officielle du Québec. <https://www.quebec.ca/gouvernement/gestion-municipale/organisation-municipale/decret-population>

- Gagné, M., et St-Laurent, D. (2008). La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2006. Institut national de santé publique du Québec.
- Halfacree, K. H. (1993). Locality and social representation. *Journal of Rural Studies*, 9(1), 23–37. [https://doi.org/10.1016/0743-0167\(93\)90003-3](https://doi.org/10.1016/0743-0167(93)90003-3)
- Handy, F., et Srinivasan, N. (2004). Valuing volunteers: An economic evaluation of the net benefits of hospital volunteers. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 33(1), 28–54. pp. 78–81. <https://doi.org/10.1177/0899764003260961>
- Harvey, D. (2012). Rebel cities: From the right to the city to the urban revolution. Verso.
- Hawkley, L. C., et Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters. *Annals of Behavioral Medicine*, 40, 218–227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>
- Hirsch, J. K., et Cukrowicz, K. C. (2014). Suicide in rural areas: An updated review of the literature. *Journal of Rural Mental Health*, 38(2), 65–78. pp. 68–72. <https://doi.org/10.1037/rmh0000018>
- Institut national de santé publique du Québec. (2016). La santé mentale des hommes au Québec. INSPQ.
- Institut national de santé publique du Québec. (2018). Capacité d’agir des sentinelles en prévention du suicide. INSPQ. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2469_capacite_agir_sentinelles_prevention_suicide.pdf
- Institut national de santé publique du Québec. (2022). Le suicide au Québec : 1981 à 2019. INSPQ. <https://fr.scribd.com/document/556099914/Le-suicide-au-Quebec-2022>
- Institut national de santé publique du Québec. (2026). Les comportements suicidaires au Québec : portrait 2026. INSPQ. <https://www.inspq.qc.ca/sante-mentale/comportements-suicidaires/portrait>
- Inuit Tapiriit Kanatami. (2016). National Inuit suicide prevention strategy.
- Joiner, T. E. (2005). Why people die by suicide. Harvard University Press.
- Jones-Bitton, A., Best, C., MacTavish, J., Fleming, S., et Hoy, S. (2020). Stress, anxiety, and depression among Canadian farmers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(2), 229–236.
- Judd, F., Cooper, A.-M., Fraser, C., et Davis, J. (2006). Rural suicide—People or place effects? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(3), 208–216. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01776.x>

- Kaniasty, K., et Norris, F. H. (2004). Social support in the aftermath of disasters (pp. 200–229). In *Bioterrorism: Psychological and public health interventions*. Cambridge University Press. <https://www.researchgate.net/publication/265311797>
- Kawachi, I., et Berkman, L. F. (2000). Social cohesion, social capital, and health (pp. 174–190). In *Social epidemiology*. Oxford University Press. <https://www.researchgate.net/publication/375343855>
- Kirmayer, L. J., Brass, G. M., et Tait, C. L. (2000). The mental health of Aboriginal peoples. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(7), 607–616. <https://doi.org/10.1177/070674370004500702>
- Kral, M. J., Idlout, L., Minore, J. B., Dyck, R. J., et Kirmayer, L. J. (2011). Unikkaartuit. *American Journal of Community Psychology*, 48(1–2), 426–438. <https://doi.org/10.1007/s10464-011-9431-4>
- Lafleur, G. (2021). Facteurs de risque et de protection de la santé mentale et des conduites suicidaires des agriculteurs québécois et suisses romands : une étude par méthodes mixtes. Université du Québec à Montréal.
- Lefebvre, H. (2000). La production de l'espace (4e éd.). Anthropos.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lönnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Värnik, A., . . . (2005). Suicide prevention strategies: A systematic review. *JAMA*, 294(16), 2064–2074. <https://doi.org/10.1001/jama.294.16.2064>
- McPherson, M., Smith-Lovin, L., et Brashears, M. E. (2006). Social isolation in America. *American Sociological Review*, 71(3), 353–375. <https://doi.org/10.1177/000312240607100301>
- Miles, M. B., Huberman, A. M., et Saldaña, J. (2014). Qualitative data analysis (3e éd.). SAGE.
- Minkler, M., et Wallerstein, N. (2008). Community-based participatory research for health (2e éd.). Jossey-Bass.
- Ministère des Affaires municipales et de l'Habitation. (2023). Portrait territorial de la MRC de Rimouski-Neigette. Gouvernement du Québec. <https://www.quebec.ca/gouvernement/ministeres-et-organismes/affaires-municipales>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020). Stratégie québécoise de prévention du suicide. Gouvernement du Québec. <https://www.quebec.ca/sante>

- Mohr, D. C., Burns, M. N., Schueller, S. M., Clarke, G., et Klinkman, M. (2013). Behavioral intervention technologies. *General Hospital Psychiatry*, 35(4), 332–338. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.03.008>
- Norris, F. H., Stevens, S. P., Pfefferbaum, B., et al. (2008). Community resilience. *American Journal of Community Psychology*, 41(1–2), 127–150. <https://doi.org/10.1007/s10464-007-9156-6>
- O'Connor, R. C. (2011). The integrated motivational-volitional model. *Crisis*, 32(6), 295–298. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000120>
- Paillé, P., et Mucchielli, A. (2021). L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales (4e éd.). Armand Colin.
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., et al. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553–1598. pp. 1568–1571. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)
- Pateman, C. (1970). Participation and democratic theory. Cambridge University Press.
- Patton, M. Q. (2015). Qualitative research & evaluation methods (4e éd.). SAGE.
- Pecqueur, B. (2000). Le développement territorial. Syros.
- Pescosolido, B. A. (1994). Bringing Durkheim into the twenty-first century. *American Sociological Review*, 59(2), 286–300. https://culturecog.blog/wp-content/uploads/2018/08/Pescosolido_1994_bringin-durkheim-into-the-21st-century.pdf
- Rifkin, S. B. (2009). Lessons from community participation. *International Health*, 1(1), 31–36. <https://doi.org/10.1016/j.inhe.2009.02.001>
- Robinson, J., Cox, G., Malone, A., et al. (2012). A systematic review of school-based interventions aimed at preventing, treating, and responding to suicide-related behavior in young people. *Crisis*, 34(3), 164–182. pp. 53–56
- Roy, P., Duplessis-Brochu, É., et Tremblay, G. (2019). Responses to adversity faced by farming men. *International Journal of Child, Youth and Family Studies*, 10(1), 49–69. <https://doi.org/10.18357/ijcyfs101201918806>
- Saxena, S., Thornicroft, G., Knapp, M., et Whiteford, H. (2007). Resources for mental health. *The Lancet*, 370(9590), 878–889. pp. 877–879. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)61239-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(07)61239-2)

- Schomerus, G., et Angermeyer, M. C. (2008). Stigma and help-seeking. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17(1), 31–37. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00002669>
- Shucksmith, M., et Brown, D. L. (Eds.). (2016). Routledge international handbook of rural studies. Routledge.
- Simard, M., et Guimond, L. (2012). Gentrification rurale. *The Canadian Geographer*, 56(3), 321–339. <https://doi.org/10.1111/j.1541-0064.2012.00412.x>
- Slade, M., Amering, M., et Oades, L. (2011). Recovery: An international perspective. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 23(1), 12–20. pp. 91–94 (édition élargie, compilation Cambridge). <https://doi.org/10.1017/s1121189x00002827>
- Smalley, K. B., Warren, J. C., et Rainer, J. P. (2012). Rural mental health: Issues, policies, and best practices. <https://books.google.ca/books?id=ia6bpsTT62AC>
- Statistique Canada. (2002). Rural community economic diversification (Catalogue no. 21-006-XIE). <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/catalogue/21-006-X2002007>
- Statistique Canada. (2020). Leading causes of death in Canada 2019. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/201126/t001b-eng.htm>
- Statistique Canada. (2022). Profil du recensement – Régions rurales et petites collectivités. Gouvernement du Canada. <https://www12.statcan.gc.ca>
- Svendsen, G. L. H., et Sørensen, F. (2007). The rural social economy. *Journal of Rural and Community Development*, 2(1), 1–13. <https://journals.brandou.ca/jrcd/article/download/1375/299/3861>
- Tighe, J., Shand, F., Ridani, R., Mackinnon, A., De La Mata, N., & Christensen, H. (2017). Ibobly mobile health intervention for suicide prevention in Australian Indigenous youth: A pilot randomised controlled trial. *BMJ Open*, 7(1). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013518>
- Tremblay, D.-G., Klein, J.-L., et Fontan, J.-M. (2017). Initiatives locales et développement territorial, 2^e édition Presses de l'Université du Québec.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., et al. (2010). The interpersonal-psychological theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
- Vijayakumar, L. (2007). Suicide and its prevention in India. *Indian Journal of Psychiatry*, 49(2), 81–84. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.33252>

- Wakerman, J., Humphreys, J. S., Wells, R., et al. (2008). Primary health care delivery models in rural and remote Australia. *BMC Health Services Research*, 8(276). pp. 64–67. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-276>
- Wexler, L., Chandler, M., Gone, J. P., et al. (2015). Advancing suicide prevention research. *American Journal of Public Health*, 105(5), 891–899. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302517>
- White, J., Marsh, I., Kral, M. J., et Morris, J. (2016). *Critical suicidology*. UBC Press.
- Wind, T. R., et Komproe, I. H. (2012). The mechanisms that associate community social capital with post-disaster mental health. *Social Science et Medicine*, 75(9), 1715–1723. pp. 1719–1721. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.06.032>
- World Health Organization. (2014). Preventing suicide: A global imperative. WHO. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf
- Woolcock, M., et Narayan, D. (2000). Social capital. *World Bank Research Observer*, 15(2), 225–249. <https://doi.org/10.1093/wbro/15.2.225>
- Wray, M., Colen, C., et Pescosolido, B. (2011). The sociology of suicide. *Annual Review of Sociology*, 37, 505–528. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-081309-150058>
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., et al. (2016). Suicide prevention strategies. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646–659. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)

