

**FAIRE DIMINUER LA TOLÉRANCE
ET LA BANALISATION
FACE AU SUICIDE,
ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION**

**Marie Julien
Direction de santé publique**

Novembre 2006

***Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie***

Québec 

Auteur

Marie Julien, agente de programmation, planification et recherche, DSP Montérégie

Secrétariat et mise en pages

Nicole Robinson

Conception et réalisation de la page couverture

René Larivière

Responsable de l'édition

Jean-François Lapierre

Remerciements

Les personnes suivantes ont lu et commenté le document. Nous les en remercions. La présente version n'engage cependant que l'auteure.

Ginette Lafontaine, Direction de santé publique de la Montérégie

Jean-Pierre Landriault, Direction de santé publique de la Montérégie

Lise Renaud, département de communication sociale et publique, UQAM

Mario Richard, Direction de santé publique de la Montérégie

Catherine Risi, médecin-conseil, Direction de santé publique de la Montérégie

Alain Rochon, médecin-conseil, Direction de santé publique de l'Estrie

Pour obtenir une copie de ce document*Copie papier*

Service ressources documentaires – Vente de publications
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
1255, rue Beauregard
Longueuil (Québec) J4K 2M3
(450) 928-6777, poste 4213
9,50 \$ (taxe en sus)

Copie électronique

Site Internet de l'Agence : www.rrsss16.gouv.qc.ca

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source

Dépôt légal - 4^e trimestre, 2006
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-89342-367-1
ISBN 978-2-89342-367-8

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte

Mot de la directrice

En 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), dans son *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP), recommandait de favoriser « la concertation avec les partenaires du réseau et ceux des autres secteurs afin de faire diminuer la tolérance par rapport au suicide et la banalisation de ce problème » (MSSS, 2003). Au moment de l'élaboration du plan d'action de notre région, nous nous sommes interrogés sur les actions qu'il fallait entreprendre. Le questionnement touchait également la nature des phénomènes à contrer et l'identification des clientèles à rejoindre. Il a donc été résolu d'entreprendre une démarche de réflexion à ce sujet.

Le présent document fait état de cette démarche qui a comporté trois étapes : connaître les orientations prises par les différentes Directions de santé publique régionales en regard de cette cible, faire le point sur les connaissances à propos des attitudes des Québécois face au suicide et examiner les méthodes de santé publique susceptibles d'agir sur les attitudes, et particulièrement les campagnes de communication. Dans l'ensemble, les résultats indiquent que nos interrogations ont été partagées par les collègues des autres régions et que dans l'état actuel des connaissances, il est difficile d'affirmer que les Québécois tolèrent ou banalisent le suicide. De plus, l'étude apporte de nombreux éléments de réflexion à propos des campagnes de communication sur le suicide et des conditions à réunir pour que ces dernières soient efficaces et sécuritaires.

C'est avec plaisir que nous faisons parvenir ce document qui, nous l'espérons, saura intéresser tous les collègues de santé publique. Par sa diffusion, nous souhaitons être utiles à tous ceux qui voudront poursuivre la réflexion qui a été amorcée en Montérégie.

La directrice,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'J. Sauvé'.

Jocelyne Sauvé M.D.

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	7
2. CONTEXTE	9
3. BUT.....	11
4. DES ORIENTATIONS DIFFÉRENTES SELON LES RÉGIONS	13
4.1 <i>Objectif</i>	13
4.2 <i>Méthode</i>	13
4.3 <i>Résultats</i>	13
4.4 <i>Conclusion.....</i>	14
5. LES ATTITUDES DES QUÉBÉCOIS FACE AU SUICIDE	15
5.1 <i>Objectif</i>	15
5.2 <i>Méthode</i>	15
5.3 <i>Connaissances, attitudes et valeurs, des définitions.....</i>	15
5.4 <i>Limites liées aux méthodologies</i>	16
5.5 <i>Les sondages d'opinion.....</i>	17
5.5.1 <i>Connaissances.....</i>	17
5.5.2 <i>Attitudes</i>	17
5.6 <i>L'étude de Côté (2006).....</i>	21
5.7 <i>Conclusion.....</i>	22
6. AGIR SUR LES ATTITUDES, ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION	25
6.1 <i>Liens entre attitudes et suicide.....</i>	25
6.2 <i>Stratégies d'action en promotion-prévention.....</i>	26
6.3 <i>Des actions fondées théoriquement.....</i>	28
6.4 <i>Les campagnes de communication, un moyen souvent préconisé.....</i>	28
6.4.1 <i>Leur efficacité de manière générale.....</i>	28
6.4.2 <i>L'efficacité des campagnes sur le suicide.....</i>	31
6.5 <i>Une approche scientifique pour le développement des messages</i>	31
6.5.1 <i>Questionner les objectifs poursuivis.....</i>	32
6.5.2 <i>Adopter une perspective évaluative</i>	32
6.5.3 <i>Pré-tester les messages</i>	33
6.5.4 <i>Tenir compte des connaissances.....</i>	34

6.5.5 Des questions importantes demeurent	34
6.6 Sensibiliser les médias, une autre voie d'action.....	35
6.7 Conclusion.....	35
7. RECOMMANDATION.....	37
RÉFÉRENCES.....	39
ANNEXE 1 : LES SONDAGES D'OPINION.....	45
<i>Sondage de 1996</i>	45
<i>Sondage de 2002</i>	48
<i>Sondage de 2005</i>	50

1. Introduction

La prévention du suicide est une préoccupation relativement nouvelle en santé publique au Québec. Jusqu'ici, la question n'a pas obtenu une attention comparable à celle qui a été accordée aux maladies infectieuses et cardio-vasculaires, aux cancers, aux traumatismes, ainsi qu'à d'autres problématiques psychosociales (violence, dépendances, itinérance, santé mentale, troubles mentaux, etc.). C'est en 1997, avec les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, que le problème du suicide a pour la première fois été inscrit à l'agenda de la santé publique (MSSS, 1997). Les actions à mettre en place allaient être identifiées l'année suivante, dans la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* (MSSS, 1998). La *Stratégie* invitait toutefois à faire preuve de prudence en regard de certaines actions préventives, vu les inquiétudes à leur endroit. Ainsi, avant de généraliser l'implantation de programmes qui s'adressent aux jeunes de milieu scolaire ou de planifier des campagnes d'information, il était proposé de d'abord procéder à des études évaluatives. En 2003, une autre étape était franchie avec l'adoption du *Programme national de santé publique 2003-2012 (PNSP)* qui comportait quatre actions spécifiques liées à la prévention du suicide (MSSS, 2003).

Malgré ces avancées, beaucoup reste à faire. L'expertise des ressources de santé publique en matière de suicide est demeurée fort variable d'une région à l'autre et dans l'ensemble, on peut affirmer qu'elle est encore relativement faible. Peu d'efforts ont d'ailleurs été consacrés à son développement au cours des dernières années et jusqu'à la nomination en janvier 2006 d'une répondante des questions psychosociales à la Direction générale de santé publique du Ministère, aucune personne ne travaillait sur cette question, ou sur d'autres problèmes psychosociaux, au niveau national. De plus, en dix éditions des *Journées annuelles de santé publique*, qui constituent la principale activité de formation continue dans le réseau, le thème du suicide n'a été abordé qu'à deux reprises. Ainsi, plusieurs des questions qui avaient été soulevées en 1998 dans la *Stratégie* demeurent. Depuis l'adoption du *PNSP*, d'autres se sont ajoutées, particulièrement en ce qui a trait à la tolérance et à la banalisation du suicide. La présente démarche vise à apporter des éléments de réflexion à cet égard.

2. Contexte

Au moment de la rédaction du *Plan d'action régional (PAR)* de la Montérégie, plusieurs interrogations ont été soulevées à propos de la cible du programme national qui vise la « *concertation avec les partenaires du réseau et ceux des autres secteurs afin de faire diminuer la tolérance par rapport au suicide et la banalisation de ce problème* » (MSSS, 2003). Ces questions touchaient la nature des phénomènes à contrer, le type d'actions à mettre en œuvre et le choix d'une clientèle prioritaire. Ainsi, on s'est demandé s'il était juste de parler de « tolérance » ou de « banalisation » pour qualifier les attitudes de la population québécoise face au suicide et s'il y avait des bases qui permettaient d'en venir à cette conclusion. On s'est également interrogé sur les actions à mettre en œuvre. Fallait-il entreprendre une campagne médiatique, réaliser un forum de citoyens ou inviter les partenaires à participer à une journée de réflexion ? Était-il préférable de rejoindre l'ensemble de la population ou bien des groupes spécifiques, comme les représentants des médias, les décideurs politiques, les gestionnaires d'organismes ou bien les intervenants de première ligne ? Finalement, quel devait être le contenu du message à transmettre ?

L'idée de vouloir agir sur les attitudes des Québécois n'est pas nouvelle, pas plus que le questionnement à propos des actions qui devraient permettre de le faire. En 1998, la *Stratégie d'action* avait en effet comme objectif de « *contrer la banalisation et la dramatisation du suicide* » (MSSS, 1998). Diverses mesures avaient alors été proposées : élaborer un plan de communication (qui viendrait appuyer l'ensemble de la stratégie, « *dédramatiserait* » le traitement médiatique du suicide et transmettrait à la population des informations à jour sur les connaissances et les ressources); faire des représentations auprès des médias, des auteurs et des diffuseurs pour les sensibiliser à l'impact qu'ils pouvaient avoir; et produire un guide pour le traitement de l'information sur le suicide. De plus, compte tenu d'un questionnement à propos des campagnes d'information et des semaines de sensibilisation sur le thème du suicide, la stratégie proposait aussi de réaliser une étude de la pertinence de ce type d'interventions. Aucune suite n'a cependant été donnée à ces engagements et quatre ans plus tard, une *Évaluation de l'implantation de la stratégie québécoise d'action face au suicide* réalisée par le Ministère révélait que des orientations plus précises étaient toujours attendues de la part du niveau national (MSSS, 2004). Aussi, lors de rencontres du groupe de travail MSSS/Agences sur le suicide et dans l'*Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes* (Julien et Laverdure, 2004), un besoin similaire a été exprimé.

Compte tenu de ces éléments, il a été jugé nécessaire d'entreprendre une démarche de réflexion dans notre région. La cible d'action du *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007* de la Montérégie a donc été reformulée en conséquence. Elle vise à entreprendre « *une démarche visant à identifier des activités de sensibilisation à mettre en œuvre afin de contrer la tolérance sociale face au suicide sur tous les territoires de CLSC dans le cadre d'une concertation intersectorielle* » (RRSSSM, 2003). La référence

à la banalisation, qui était présente dans le *PNSP*, a été omise, ayant été jugée inappropriée.

3. But

Le but de la démarche est de faire une recommandation à propos de la cible du *PAR* qui touche la tolérance sociale face au suicide.

Le présent document comporte deux sections. La première fournit des éléments d'information et de réflexion à propos:

1. des orientations prises par les différentes Directions de santé publique régionales;
2. des connaissances sur les attitudes des Québécois face au suicide;
3. des méthodes de santé publique susceptibles d'agir sur les attitudes, et particulièrement dans les campagnes de communication.

La deuxième section comprend la recommandation comme telle.

4. Des orientations différentes selon les régions

4.1 Objectif

L'objectif est d'identifier les orientations prises par les Directions de santé publique des différentes régions en regard de la cible d'action du *PNSP* qui vise à contrer la tolérance et la banalisation du suicide.

4.2 Méthode

Les collègues responsables du dossier suicide des 19 régions distinctes ont été contactés par téléphone au cours de l'été 2005. Nous leur avons demandé quelle avait été leur compréhension de cette cible d'action du *PNSP* et quels choix avaient été faits à ce sujet au moment de l'élaboration du *PAR*.

4.3 Résultats

Les collègues contactés ont dit avoir été embarrassés par l'interprétation à donner à cette cible d'action lors de l'élaboration de leur plan régional. La majorité d'entre eux ont perçu cette cible comme une invitation à réaliser une campagne médiatique dans leur région. Mais sans soutien de la part du niveau national, la plupart ont considéré qu'il pouvait être hasardeux de le faire. Les craintes étaient à l'effet qu'une campagne mal préparée, ou mal encadrée, entraînerait des effets négatifs ou encore, que le budget nécessaire à la réalisation d'une campagne de qualité serait trop élevé par rapport aux ressources financières disponibles au niveau régional.

Par ailleurs, d'autres se sont dits inconfortables avec l'idée selon laquelle les Québécois « toléreraient » ou « banaliseraient » le suicide. Dans une région, on a même fait une démarche formelle pour connaître l'opinion de représentants de différents groupes sociaux à ce sujet. Ce qui en est ressorti, c'est que les personnes interrogées semblaient exprimer davantage une attitude de malaise ou d'inconfort face au problème que de la tolérance ou de la banalisation. Aussi, la majorité des régions ont préféré s'abstenir d'inclure cette cible d'action dans leur *PAR* et se sont plutôt concentré sur d'autres aspects du *PNSP*. Dans les Laurentides par exemple, on a mis l'accent sur l'implantation du programme sentinelles, jugeant que c'était une excellente manière de contrer un sentiment d'impuissance que l'on estimait souvent présent dans la population.

Quelques régions ont cependant inscrit cette cible d'action dans leur plan régional. Certaines l'ont fait en soutenant l'organisation de la Semaine de prévention du suicide et les différentes initiatives qui s'y rattachent. D'autres ont plutôt résolu d'entreprendre une campagne dans les médias de leur région. Ainsi, la Direction de santé publique de la

Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine a retenu les services d'une agence spécialisée en marketing pour développer et produire des messages pour la radio et la télévision régionales. Faisant la promotion de l'aide à apporter à une personne en détresse et de la ligne d'écoute 1-866-APPELLE, les messages ont été diffusés à l'automne 2004 et à l'hiver 2005. La campagne comprenait également la distribution à domicile d'un dépliant sur les ressources d'aide disponibles. Une autre région, celle du Bas-St-Laurent, s'est aussi associée à l'initiative prise par la Gaspésie, ce qui a permis de propager les messages à la population du Bas-St-Laurent et de la Côte-Nord. De nombreux commentaires positifs ont été formulés à l'endroit de l'initiative gaspésienne mais celle-ci n'a cependant pas fait l'objet d'une évaluation formelle. Une relance de la campagne a été réalisée au printemps 2006 avec un message qui cette fois, portait spécifiquement sur le suicide. Par ailleurs, la Direction de santé publique de Chaudière-Appalaches a aussi réalisé une campagne médiatique. À la différence des précédentes, celle-ci n'a pas eu recours aux ondes télévisuelles et s'est principalement déroulée dans les hebdomadaires régionaux. Identifié au thème de la prévention du suicide, le message invite les gens à communiquer avec la ligne 1-866-APPELLE lorsqu'ils ne savent plus quoi faire avec leur souffrance ou avec celle d'un proche. Pour le développement du message, des étudiants en communications de l'Université Laval ont été mis à contribution.

4.4 Conclusion

Les échanges téléphoniques réalisés auprès des collègues des différentes régions indiquent qu'on se questionne à propos de la manière de qualifier les attitudes de la population par rapport au suicide et à propos des moyens qu'il faut mettre en œuvre afin de contrer les phénomènes de tolérance ou de banalisation. Les deux sections suivantes apporteront des éléments d'information et de réflexion à ce sujet.

5. Les attitudes des Québécois face au suicide

5.1 Objectif

L'objectif est de faire le point sur les connaissances à propos des attitudes des Québécois face au suicide. Une recension des écrits ayant étudié la question a donc été réalisée.

5.2 Méthode

Le repérage des documents a été effectué à partir de la collection des universités québécoises, celle de Thèses-Canada (créée par Bibliothèque et Archives Canada) et celle du Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE). La démarche ne prétend pas être exhaustive et des études ont pu être omises.

Quatre documents seulement ont été répertoriés. Trois de ces documents consistent en des sondages d'opinion réalisés pour le compte de divers organismes (CROP inc., 1996; CROP inc., 2002; Léger Marketing, 2005) alors que le quatrième est une recherche qualitative menée à partir d'entrevues effectuées dans la région de la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine (Côté, 2006). Ainsi, les résultats sont minces et ils le sont d'autant plus que les documents relatifs aux sondages ne comportent que des données brutes sans analyses comme telles. Dans un cas cependant, nous avons pu compter sur des notes de présentation d'analyses complémentaires (Durand, 2002).

Avant de présenter les résultats des sondages, puis ceux de l'étude qualitative, nous discuterons d'abord des limites liées aux différentes méthodologies et nous proposerons une définition des concepts de connaissances, croyances, opinions, attitudes et valeurs. Le lecteur trouvera un résumé plus détaillé de chacun des sondages à l'Annexe 1.

5.3 Connaissances, attitudes et valeurs, des définitions

La définition des concepts d'opinion, de croyance, de connaissance, d'attitude et de valeur, ne fait pas consensus dans les écrits scientifiques et ces termes sont souvent employés de manière indistincte (Béland, 1992; Marcoux, 2003; Massé, 1995). Ainsi, dans le domaine des sondages, les termes « attitudes » et « opinions » sont habituellement considérés comme synonymes. Pour Massé (1995), les attitudes, tout comme les connaissances et les croyances¹, constituent des éléments de base du savoir populaire.

¹ Nous verrons plus tard que les sondages examinés comportent aussi des questions sur les connaissances et les croyances.

Les **connaissances et les croyances** (ces dernières étant définies comme des connaissances qui sont jugées fausses dans le cadre d'un savoir donné), représentent les premiers éléments de base de ce savoir populaire et relèvent d'un savoir explicite. Habituellement, ces éléments sont clairement énoncés et facilement accessibles à la recherche, pouvant être mis en évidence par des questions précises sur la nature, les causes ou les conséquences d'un phénomène.

Les **attitudes** représentent d'autres éléments du savoir populaire mais elles se manifestent de manière moins explicite. Ce sont des dispositions, positives ou négatives à l'endroit d'un objet, et qu'il est possible d'apprécier à partir de l'analyse du discours des individus mais surtout à partir de leurs comportements observables.

Les connaissances et les croyances ont donc une connotation cognitive (puisqu'elles peuvent être qualifiées de vraies ou de fausses) et les attitudes, une connotation évaluative (puisqu'elles supposent un jugement sur un objet, qui sera considéré bon ou mauvais, préférable ou non, apte ou inapte, etc.). Enfin, les **valeurs** représentent une autre part du savoir populaire, une part importante mais cependant moins explicite que les autres, et que la recherche doit rendre accessible. Ce sont des croyances durables ou des normes fondamentales qui transcendent le domaine de la santé et qui, contrairement aux connaissances et aux attitudes, ne se rapportent ni à une situation ni à un objet particulier.

5.4 *Limites liées aux méthodologies*

Plusieurs types de méthodologies ont été développés pour analyser les attitudes d'une population. Les sondages d'opinion représentent la méthodologie à laquelle on songe spontanément. Les sondages présentent des avantages certains, comme des coûts d'opération faibles et une certaine rapidité d'exécution (Blais, 1992). On leur reconnaît toutefois des limites importantes puisqu'ils sont en effet sujets à différentes formes de biais, dont un biais de désirabilité sociale. Ils présentent aussi des problèmes de fiabilité, surtout lorsqu'ils portent sur des thèmes qui n'ont pas de répercussions concrètes pour l'individu interrogé ou sur des thèmes qui, jusque là, n'avaient jamais été pris en considération par la personne. « *La nature ayant horreur du vide* », peu de gens sont en effet enclins à reconnaître qu'ils n'ont pas d'opinion sur une question donnée. La validité de la méthode est également mise en cause par certains chercheurs qui estiment qu'une méthode qui ne repose que sur des « réponses individuelles » ne peut permettre d'appréhender un phénomène social comme l'est celui des attitudes (Blais, 1992). Ainsi, les sondages d'opinion ne fournissent qu'une information partielle, et superficielle selon certains (Blais, 1992), à propos des attitudes d'une population.

D'autres méthodologies ont aussi été développées par des chercheurs qui se sont intéressés aux attitudes et qui sont issus de différents domaines comme ceux de l'anthropologie, de la sociologie ou de la psychologie sociale. Ces méthodologies sont de nature quantitative, comme les échelles d'attitude, ou qualitative, comme l'observation directe, l'analyse de contenu et les entretiens directifs ou non-directifs. Après une période où on a accordé beaucoup d'importance à l'étude d'un grand nombre

de sujets et au développement de techniques de mesures quantitatives, on observe maintenant un intérêt de plus en plus vif pour les études qualitatives comme celles des entretiens (Daunais, 1992). La méthode comporte cependant des difficultés particulières : interférence de facteurs émotionnels, possibilité de dérive par rapport aux objectifs précis de la recherche, biais liés aux méthodes d'analyse de contenu, etc. Pour rendre compte des systèmes de valeurs, normes, représentations et symboles propres à une culture ou à une sous-culture, sa contribution apparaît toutefois essentielle (Michelat cité dans Daunais, 1975).

5.5 *Les sondages d'opinion*

Nous présenterons d'abord les résultats relatifs aux connaissances et aux attitudes puis des éléments de discussion seront ensuite proposés. Une conclusion suivra.

5.5.1 Connaissances

Le sondage de 1996 est le seul à fournir des indications à propos des connaissances et des croyances des Québécois sur le suicide et il révèle des lacunes importantes à cet effet. Ainsi, en ce qui concerne la connaissance des faits, une majorité de répondants ignore quelle est l'ampleur du problème (59 %) et une majorité ignore également comment le problème se distribue géographiquement (54 %). De plus, un pourcentage non négligeable (29 %) des répondants ne sait pas que le phénomène est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. Par ailleurs, en ce qui concerne la connaissance des ressources d'aide, le sondage révèle d'autres lacunes. Près d'une personne interrogée sur trois (32 %) n'a su identifier une ressource professionnelle à laquelle on peut référer un proche en danger de se suicider et près d'une personne sur deux (47 %) s'est dite d'avis qu'on devrait parler à un parent ou à un ami pour recevoir de l'aide quand on pense à se suicider. Finalement, une personne sur cinq (21 %) ignore qu'il existe des signes qui permettent de déceler que quelqu'un pense à se suicider, un autre résultat préoccupant.

5.5.2 Attitudes

Les trois sondages comportent des questions sur les attitudes des Québécois à l'endroit du suicide mais, sauf exception, ces questions varient d'un sondage à l'autre. Aussi, il n'est pas possible de montrer l'évolution des attitudes à travers le temps. Toutefois, bien que différentes, les questions se rapportent à des thèmes qui présentent une certaine parenté. Les résultats seront donc présentés en fonction de trois thèmes que nous avons retenus en raison de leur proximité avec le libellé des questions : aisance/malaise à aborder le sujet, confiance/désarroi dans la capacité d'agir, acceptabilité/non-acceptabilité du phénomène. Le premier construit a trait au sentiment d'aisance (ou à l'inverse de malaise) et il est mesuré à partir de questions qui portent sur l'aisance à aborder le sujet et sur l'aisance à intervenir auprès d'une personne en état de détresse. Le deuxième construit se rapporte au sentiment de confiance (ou de désarroi) dans la capacité d'agir et il est mesuré à partir de questions qui portent sur la possibilité

d'empêcher le suicide d'un proche, sur la possibilité d'empêcher quelqu'un de se suicider et sur la possibilité de diminuer le nombre de suicides au Québec. Quant au troisième construit, il a trait à l'attitude d'acceptabilité (ou de non-acceptabilité) du suicide et il est estimé à partir de questions qui portent sur l'acceptabilité comme telle du phénomène, sur le respect du choix individuel, sur la perception du suicide comme un geste courageux et sur le fait de penser au suicide comme une solution possible.

Trois constats peuvent être dégagés de ces sondages. Un premier constat suggère l'existence d'un sentiment de malaise des Québécois face au phénomène. En effet, une majorité de répondants dit ne pas être à l'aise de parler du suicide (71 %). Également, une majorité dit ne pas être à l'aise d'intervenir auprès d'une personne en détresse (57 %). Le deuxième constat suggère l'existence d'un sentiment de désarroi. Il repose sur le fait qu'un pourcentage important (72 %) estime qu'il y aura toujours un nombre important de suicides au Québec malgré tout ce qu'on fait pour prévenir les suicides et sur le fait que des pourcentages non négligeables de la population croient qu'on ne peut rien faire pour empêcher de se suicider quelqu'un qui a décidé de passer à l'acte (22 % en 1996, 14 % en 2002, 18 % en 2005), qu'il n'est pas possible d'empêcher un proche de se suicider (16 %) et qu'il n'est pas possible de diminuer le nombre de suicides au Québec (8 %). Enfin, troisième constat, les résultats suggèrent une acceptabilité du phénomène dans une partie de la population. Les données indiquent en effet qu'une personne sur quatre (25 %) considère que le suicide est un geste courageux, une sur cinq (21 %) que le suicide est une solution acceptable dans certaines circonstances et une sur six (16 %) qu'il faut respecter le choix d'un individu quelles qu'en soient les circonstances. De plus, une sur six (18 %) envisage la possibilité de se suicider dans le cas où surviendrait une situation très difficile.

Ainsi, si on résume de manière un peu différente ce que nous révèlent les trois sondages, on comprend qu'une majorité de Québécois manque de connaissances à propos du problème, n'est pas à l'aise d'en parler, ne sait pas comment intervenir auprès d'une personne en détresse et estime qu'il y aura toujours une proportion importante de suicides au Québec. D'un autre côté, une fraction minoritaire mais néanmoins préoccupante (à nos yeux) de la population ne sait pas identifier une ressource professionnelle d'aide, ne connaît pas de signes avant-coureurs du phénomène, ne se sent pas en mesure d'empêcher un proche de se suicider, pense qu'on ne peut rien faire pour empêcher quelqu'un de décidé de se suicider, qu'il n'est pas possible de diminuer le nombre de suicides au Québec, considère que le suicide est acceptable dans certaines circonstances ou que le geste est courageux, estime qu'il faut respecter le choix individuel et enfin, envisage la possibilité de se suicider éventuellement.

Connaissons-nous les personnes qui présentent de telles opinions? Forment-elles un seul et même groupe auprès duquel il pourrait être prioritaire d'agir? C'est ce qu'a cherché à savoir Claire Durand, professeure de sociologie à l'Université de Montréal, en analysant de manière plus approfondie les données du sondage de 2002. À partir d'une analyse de correspondances (Greenacre, 1984), elle a proposé un modèle descriptif des associations entre les différentes variables, soit celles qui se rapportent aux attitudes, aux caractéristiques sociodémographiques, au fait d'avoir pensé au suicide, au fait

d'avoir tenté de le faire ou au fait de connaître des gens qui se sont suicidés (Figure 1). Deux construits ont été définis pour rendre compte des variables relatives aux attitudes, acceptabilité du phénomène (basé sur le fait qu'on juge le suicide acceptable et qu'on respecte le choix individuel) et résignation face au phénomène (basé sur l'opinion qu'on ne peut rien faire pour empêcher quelqu'un de décidé de se suicider et sur le fait qu'il y aura toujours un nombre important de suicides). L'analyse révèle que les personnes qui font preuve d'acceptabilité et celles qui font preuve de résignation ne forment pas un groupe homogène. Les variables sociodémographiques qui sont liées à l'acceptabilité du suicide sont en effet différentes de celles qui sont liées à la résignation. Pour plus de précisions à ce propos voir les résultats du sondage de 2002 à l'Annexe 1.

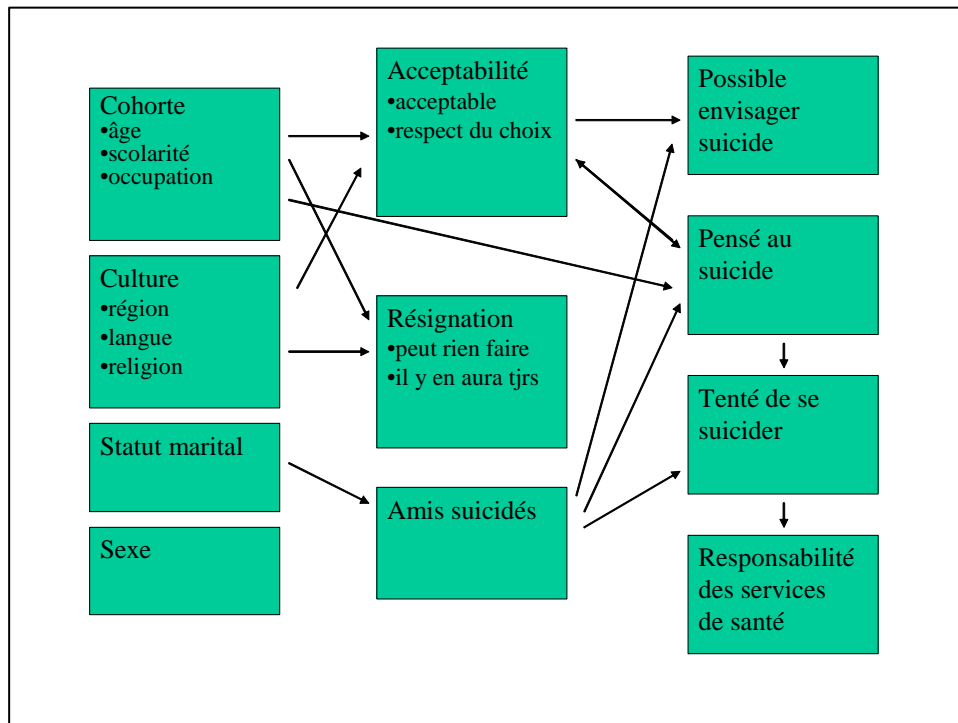


Figure 1. Sondage de 2002. Modèle des liens entre les variables (Source : Durand, 2002)

5.6 *L'étude de Côté (2006)*

L'étude menée par la Direction de santé publique de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine a eu recours à une méthodologie différente des précédentes (Côté, 2006). Des entrevues en profondeur, thématiques et biographiques, ont en effet été réalisées auprès d'un échantillon de 38 personnes de la région afin de connaître leurs opinions, de même que les représentations qu'elles sous-tendent à propos du suicide, à la lumière de leur expérience personnelle en regard du suicide. Différentes catégories de personnes ont été interrogées : personnes « suicidaires » (personnes ayant déjà fait une tentative de suicide), personnes endeuillées (ayant vécu le décès d'un proche par suicide), intervenants (personnes travaillant à la prévention du suicide et/ou à l'intervention en situation de crise suicidaire) et personnes qui représentent la population générale (personnes qui n'appartiennent pas aux catégories précédentes).

L'étude présente des données riches et intéressantes à propos des attitudes des Québécois. Les résultats indiquent que les personnes interrogées ont tenu des propos qui reflètent une grande sensibilité à l'égard de la souffrance des personnes suicidaires. Elles se sont demandé si dans notre rapport individuel et collectif à la souffrance on accordait à cette dernière, surtout à la souffrance psychologique, toute l'attention qu'elle méritait. Les récits de vie ont mis en évidence que le geste suicidaire s'inscrivait dans une histoire personnelle marquée par les épreuves, le cumul de difficultés et les crises.

Les personnes interrogées ne portent cependant pas toutes le même regard sur le suicide. Ainsi, les « suicidaires » sont unanimes à penser qu'il est nécessaire de travailler socialement à accepter la réalité de la souffrance psychologique. Elles divergent cependant d'opinion sur la question de l'acceptabilité du suicide en tant que tel, une différence liée à leur cheminement personnel. Celles qui n'avaient pas d'idéations suicidaires au moment de l'étude affirment être heureuses d'être en vie, ont de l'espoir et considèrent qu'on ne devrait pas s'enlever la vie.

Pour leur part, la presque totalité des personnes endeuillées interrogées considèrent le suicide comme compréhensible mais inacceptable. Elles se retrouvent dans un paradoxe qui les amène à devoir accepter la mort d'un proche pour pouvoir en arriver à faire leur deuil alors qu'elles éprouvent le besoin de redire le caractère inacceptable du suicide. Malgré cela, leur position est claire : le suicide est inacceptable. Si le suicide est un choix pour l'individu qui le commet, il a aussi des conséquences sur les nombreuses personnes qui n'auront pas choisi de vivre cette épreuve.

Tout comme les personnes endeuillées, les intervenants tendent à considérer le suicide comme compréhensible mais inacceptable. En tant que professionnels, ils sont mal à l'aise de donner leur opinion personnelle sur le sujet. Pour eux, c'est l'espoir ou non des intervenants dans la capacité de rétablissement des personnes suicidaires qui détermine l'acceptabilité ou non du phénomène, et non le désespoir du suicidaire lui-même.

Enfin, pour le gens de la population générale, on a noté deux tendances : celle d'une majorité qui dit que le suicide est compréhensible mais inacceptable et celle d'une minorité qui soutient l'inverse, c'est-à-dire que le suicide est incompréhensible mais

acceptable. Dans la première position, on retrouve à la fois de la compassion face aux personnes souffrantes et en même temps une critique de la société que l'on estime désengagée et tentée d'accepter trop facilement le suicide. Dans la seconde, on observe que la souffrance n'est pas mentionnée en lien avec la crise suicidaire. L'incompréhension exprimée face aux personnes qui se suicident s'accompagne d'une conception selon laquelle la personne suicidaire « porte en elle » le suicide.

L'auteure note que plus une personne est amenée à discuter du suicide, moins elle a tendance à considérer le suicide comme acceptable. Ce constat intéressant a été observé pour les différentes catégories de personnes interrogées. Aussi, lorsqu'on prend le temps de discuter de la vie des autres, il semble que le grand principe de la valeur de la vie humaine prend le dessus et surpasse ceux qui sont relatifs à la « vie privée » ou aux « droits individuels ».

5.7 Conclusion

Les études recensées révèlent des informations intéressantes à propos des connaissances et des attitudes des Québécois à l'égard du suicide. Peut-on conclure que les Québécois banalisent ou tolèrent le phénomène du suicide? Malheureusement, cela n'est pas possible². Les sondages ne comportent ni plans d'analyse, ni références à ces concepts dans le libellé des questions. Sans repères ou consensus entre les chercheurs sur la manière de définir ces attitudes, il n'est pas possible de conclure à propos de la présence ou non de ces phénomènes au sein de la population. Tout dépendant des définitions qui seraient adoptées, l'interprétation des résultats pourrait varier. Certains pourraient voir la preuve d'une attitude de tolérance et une invitation à agir à ce sujet là où d'autres y verraient la démonstration contraire. Il n'est donc pas surprenant de constater que les idées diffèrent à propos des attitudes des Québécois face au suicide. En 2002, lors d'un panel organisé par l'AQPS sur le thème de l'Option suicide au Québec, quelques conférenciers et participants avaient d'ailleurs exprimé leur désaccord avec l'affirmation selon laquelle les Québécois banaliseraient la question du suicide.

Les études réalisées au Québec ont toutefois mis en évidence un sentiment de malaise et de désarroi chez une majorité de personnes interrogées et une acceptabilité du phénomène chez une minorité d'entre elles, des attitudes qui nous paraissent

² Côté (2006) partage ce point de vue et estime qu'il n'existe pas de données objectives qui permettent de soutenir l'idée qu'il existe une « option-suicide » au Québec. Elle considère en outre qu'il est abusif de dire que l'« option-suicide » fait partie de notre culture et que rien ne justifie d'attribuer cette prétendue option aux croyances populaires. *« C'est une chose que de dire qu'on ne pourra jamais empêcher quiconque ayant une volonté inébranlable de se suicider de passer à l'acte, mais c'en est une autre que d'affirmer que notre société présente le suicide comme une option et nous la rend disponible. Nous pensons que de telles affirmations, qui relèvent strictement du discours spécialisé et non de la culture populaire, contribue malheureusement à la présenter pour vraie auprès de la population. Par effet de ratification, ce discours crée l'option suicide par le seul fait d'en soutenir la réalité. »* p. 30.

néanmoins préoccupantes. L'analyse des données du sondage de 2002 indique cependant que ce ne sont pas les mêmes personnes qui présenteraient l'une et l'autre de ces attitudes (Durand, 2002). Cette étude de même que celle de (Côté, 2006) suggèrent que les opinions et les représentations diffèrent en regard de l'expérience personnelle. L'information qu'elles fournissent est cependant trop limitée pour permettre d'identifier les populations-cibles et les messages à transmettre. La question mérite cependant d'être approfondie davantage. L'efficacité des actions à mettre en place en dépend.

6. Agir sur les attitudes, éléments de réflexion

Nous examinerons d'abord différents modèles prédictifs des comportements de santé et de suicide de manière à comprendre la place que prennent les attitudes au sein de ces modèles et la pertinence d'agir à ce niveau. Nous ferons ensuite un rappel des différentes méthodes d'action qui sont à la portée de la santé publique et qui peuvent avoir une influence sur les attitudes et soulignerons l'importance de fonder les actions théoriquement. Puis, dans un troisième temps, nous porterons une attention particulière aux campagnes de communication, une méthode d'action souvent préconisée pour agir sur les attitudes, et sur les conditions relatives à leur efficacité.

6.1 Liens entre attitudes et suicide

Au Québec, les connaissances et les attitudes d'une fraction de la population sont loin d'être adéquates. Mais ces connaissances et ces attitudes inadéquates sont-elles en cause dans l'étiologie des comportements suicidaires? Cela peut peut-être surprendre, vu le nombre de programmes qui visent à agir sur les connaissances et les attitudes, mais il semble que l'on sache peu de choses à ce sujet. En 1992, le Centers for Disease Control estimait qu'une démonstration convaincante des liens entre ces variables restait à faire (CDC, 1992). Depuis, il n'est pas certain que la situation ait vraiment changé. Même si des données québécoises, comme celles de Durand (2002), suggèrent un lien entre les attitudes et les idéations suicidaires, il reste que ces données demeurent limitées. Elles le sont d'autant plus qu'elles ne permettent pas d'interpréter le lien comme causal.

Dans l'ensemble, les théories et modèles généraux qui ont été développés pour expliquer les comportements de santé accordent une place aux attitudes. Cette place est parfois déterminante comme dans le Health Belief Model de Becker, le modèle de l'action raisonnée d'Ajzen et Fishbein ou dans celui du comportement planifié d'Ajzen (Glanz, Rimer et Lewis, 2002). Dans d'autres, comme dans la théorie sociale-cognitive de Bandura ou dans des modèles écologiques ou de développement communautaire, elle est cependant moins prépondérante (Glanz, Rimer et Lewis, 2002). Une part plus importante est en effet accordée à des variables relatives à l'environnement. Ainsi, tout dépendant des modèles auxquels ils adhèrent, les planificateurs de programmes accordent une importance plus ou moins grande aux actions qui visent à modifier les attitudes.

La situation n'est pas différente dans le domaine du suicide où de nombreux modèles se font aussi concurrence. Développés par des chercheurs issus de diverses disciplines (sociologie, psychologie sociale, communautaire ou clinique, psychiatrie, épidémiologie, génétique), les modèles explicatifs du suicide varient également en regard de l'importance qu'ils attribuent à diverses catégories de variables. Jusqu'à maintenant, aucun n'a fait l'objet d'un consensus au Québec ce qui est d'ailleurs manifeste dans la

stratégie ministérielle de 1998 qui ne comporte aucune indication quant à ses assises théoriques. Toutefois, le modèle écologique de Bronfenbrenner (1979) est souvent cité par les intervenants, les chercheurs ou les planificateurs de programmes bien que les conséquences de l'adhésion à un tel modèle ne sont pas toujours explicites ou bien comprises³.

Ainsi, en résumé, même si les théories et les modèles généraux qui ont été développés pour expliquer les comportements de santé accordent une place aux attitudes, une place qui varie selon le modèle, les études réalisées jusqu'à maintenant ne fournissent que peu d'indications à propos des liens entre les attitudes et les comportements suicidaires. Par ailleurs, dans le modèle écologique auquel les chercheurs et les intervenants québécois réfèrent souvent, la place déterminante n'est pas attribuée aux attitudes mais bien aux différentes variables issues des systèmes qui composent l'environnement dans lequel évoluent les individus.

6.2 *Stratégies d'action en promotion-prévention*

Les campagnes de communication constituent le moyen le plus souvent préconisé pour agir sur les attitudes d'une population. Mais d'autres, comme l'éducation à la santé, le marketing social, l'action communautaire, le changement organisationnel et l'action politique, pourraient s'avérer tout aussi profitables. Ainsi, l'ensemble de ces moyens représente les six grandes méthodes d'intervention qui ont été proposées par la *Charte d'Ottawa* pour guider l'intervention en promotion de la santé (Gouvernement du Canada, 1987). En 1993, le Comité de la santé mentale du Québec reconnaissait qu'elles pouvaient également contribuer à la promotion de la santé mentale et à la prévention des troubles mentaux (Blanchet, Laurendeau, Paul et Saucier, 1993). Dans le document qu'il avait publié à l'époque, la description de ces méthodes était faite de la manière suivante.

Les activités d'**éducation à la santé** comprennent des activités en petits groupes (animation thématique, formation de multiplicateurs, éducation par les pairs, etc.), l'éducation médiatisée (qui fait appel aux moyens de communication de masse) ou l'éducation interactive (par le biais d'outils informatiques). À travers un processus planifié d'apprentissage, ces activités peuvent avoir un effet sur les attitudes.

³ Le modèle écologique postule que le comportement d'un individu doit être étudié en tenant compte de l'influence réciproque des multiples systèmes (macrosystème, exosystème, mésosystème, ontosystème, microsystème) qui composent son environnement écologique et des caractéristiques de l'individu lui-même. Ainsi, pour être efficaces, les interventions qui s'inscrivent dans une perspective écologique doivent transcender les différents systèmes. Une intervention très ciblée qui serait dirigée seulement sur la famille (un élément du microsystème) par exemple, ne serait pas préconisée par le modèle écologique et serait même considérée inefficace, en raison de son incapacité à agir sur les autres systèmes d'influence (Silverman et Felner, 1995).

La **communication** est vue comme un processus d'échanges qui fait appel aux médias. Comme l'éducation, cette méthode touche aux valeurs, aux normes sociales et aux connaissances. Elle réfère aussi à un processus planifié de conception de messages et comporte des critères d'attraction, d'accès, de compréhension, de crédibilité et de cohérence. À la différence de l'éducation, la communication s'adresse généralement à de grands groupes d'individus. Ses moyens d'action sont les médias écrits (journaux, livres, magazines, bulletins, etc.) ou électroniques (messages publicitaires, missions à portée pédagogique ou sociale, etc.), les documents vidéos et les événements communautaires (semaines thématiques, etc.).

Par ailleurs, le **marketing social** se définit comme la conception, la mise en œuvre et la gestion de programmes destinés à entraîner l'adoption de certaines idées sociales. Cette méthode consiste à réaliser des études de marché (entrevues d'informateurs-clés et enquêtes de perception), des campagnes de sensibilisation et des actions communautaires pour assurer l'implantation et le suivi des messages. Il s'agit donc d'un processus rigoureux de gestion des stratégies de communication, d'éducation et d'action communautaire qui a recours à des critères précis pour définir le message à promouvoir, choisir les réseaux de distribution, élaborer un plan de communication, déterminer les ressources à investir et décider enfin des interventions publiques et politiques nécessaires au soutien des idées à véhiculer.

L'**action communautaire** est un processus collectif qui permet aux individus et aux communautés de se regrouper pour définir leurs propres objectifs et choisir les moyens d'action appropriés. Les notions de connaissance des besoins, de respect des valeurs, de participation des populations, de concertation, d'action démocratique et d'amélioration des conditions de vie sont spontanément associées à l'action communautaire. Les moyens sont multiples, mise sur pied ou consolidation de réseaux de soutien, création de coalitions ou de regroupements de défense des droits, groupes d'entraide, stratégies de développement socio-économique, etc.

Le **changement organisationnel** peut se définir comme le résultat des programmes et mesures qui visent à modifier les structures, les modalités de fonctionnement et les mentalités dans le but de renforcer l'équilibre de la santé des membres d'une organisation donnée. Ces modifications peuvent toucher autant les organisations du réseau de la santé et des services sociaux que celles d'autres milieux, comme celui du travail ou de l'éducation.

Enfin, l'**action politique** comprise comme une stratégie de promotion et de prévention, a pour but de renseigner ceux qui prennent des décisions au sujet de problèmes particuliers et de les influencer, soit pour prévenir l'apparition de problèmes, soit pour améliorer la santé d'une population en particulier. Ses moyens sont principalement de deux ordres, pressions politiques en faveur de groupes dont la santé est menacée et participation à l'élaboration ou application de lois ou de politiques publiques favorables à la santé.

Ainsi, avant de définir une stratégie d'action susceptible d'agir sur les attitudes, il pourrait être avantageux d'examiner la contribution possible de méthodes comme l'éducation à la santé, l'action communautaire, le changement organisationnel ou l'action

politique. Cette approche s'inscrirait en cohérence avec la Charte d'Ottawa qui reconnaît des bénéfices accrus en recourant à une stratégie multi-méthodes.

6.3 *Des actions fondées théoriquement*

Pineault et Daveluy (1986) ont défini les programmes comme « *un ensemble organisé, cohérent et intégré d'activités et de services réalisés simultanément ou successivement, avec les ressources nécessaires, dans le but d'atteindre des objectifs déterminés, en rapport avec des problèmes de santé précis et ce, pour une population définie* ». Ainsi, pour être cet « *ensemble organisé, cohérent et intégré* », le programme doit pouvoir reposer sur une théorie, c'est-à-dire sur une séquence de liens logiques entre le problème (suicides, tentatives ou idéations), les facteurs visés, les interventions proposées et les effets susceptibles d'être entraînés (Breton, Bilodeau et Boyer, 2001). Malheureusement, il arrive souvent que les programmes soient vagues ou muets à propos de leurs bases théoriques, autant celles du problème que celles de l'intervention. A posteriori, il n'est jamais facile de reconstituer ces dernières.

Récemment, une recension des écrits effectuée à propos des programmes canadiens et québécois de prévention du suicide révélait qu'aucun des programmes analysés n'avait présenté de modèle théorique du problème (Breton, Boyer, Bilodeau, Raymond, Joubert, Nantel, 2002), un constat similaire à celui qui avait été fait précédemment à propos de programmes réalisés ailleurs dans le monde (Breton et Boyer, 2000). Les auteurs de ces études ont par ailleurs noté qu'il existait un écart considérable entre les facteurs de risque ciblés dans les programmes et ceux qui sont mis en évidence dans les études épidémiologiques. Ainsi, comme l'étape d'élaboration du cadre théorique est souvent escamotée lors du développement des programmes, il arrive que ces derniers reposent sur des bases théoriques souvent déficientes, ce qui pour les auteurs explique en partie les résultats plutôt décevants que les programmes de prévention ont eus jusqu'à maintenant (Breton *et al.*, 2002).

6.4 *Les campagnes de communication, un moyen souvent préconisé*

6.4.1 Leur efficacité de manière générale

Les campagnes de communication peuvent avoir différents objectifs (Atkin, 2001). Certaines visent à sensibiliser la population. Elles cherchent alors à faire connaître l'existence du problème, à partager l'idée que le problème est prévalent ou grave, à encourager les échanges à ce sujet, à stimuler la recherche subséquente d'information, etc. D'autres visent plutôt à informer et à transmettre des connaissances, à favoriser l'acquisition d'habiletés spécifiques et à encourager l'adoption de comportements favorables à la santé par le biais de messages qui tiennent compte de barrières potentielles (pression des pairs ou des médias). Enfin, certaines campagnes ont des objectifs de persuasion. Elles visent à renforcer certaines prédispositions, attitudes ou

comportements en présentant des messages axés sur les conséquences heureuses ou malheureuses (par des appels à la peur, par exemple) de certains comportements.

Les campagnes de communication sont très populaires. Chaque jour, nous sommes exposés à des messages qui veulent nous sensibiliser aux comportements violents dans les relations amoureuses (*Aimer sans violence*), à la toxicomanie (*Parlons drogue*), au jeu excessif (*Gagepastout*) ou qui veulent nous convaincre de cesser de fumer (*Défi J'arrête, J'y gagne*), d'adopter une alimentation saine et un mode de vie plus actif (*Vasy*) ou des comportements sexuels sécuritaires (*Je suis Phil; Ouvrez les yeux; Sors ton condom*). Les ministères et agences gouvernementales représentent d'ailleurs les principaux clients des agences spécialisées en marketing. Toutefois, l'enthousiasme des promoteurs dépasse souvent les évidences dont nous disposons quant à leur efficacité.

Les premiers succès des campagnes remontent aux années 1970 avec le projet Stanford de prévention des maladies du cœur. On constata alors pour la première fois le pouvoir marqué que pouvaient avoir les médias pour améliorer l'état de santé d'une population (Farquhar, Maccoby, Wood, Alexander, Breitrose, Brown, Haskell, Mc Alister, Meyer, Nash et Stern, 1977). L'expérience donna le coup d'envoi à de nombreux projets qui accordèrent une place centrale aux communications. Durant les années 1980 et 1990, de nombreuses recherches furent menées afin d'en mesurer l'impact (Atkin, 2001).

Les études indiquent des résultats parfois positifs (Hornik, 2002) mais dans l'ensemble il semble que l'impact des campagnes se soit révélé faible (Fishbein, Hall-Jamieson, Zimmer, Von Haeften et Nabi, 2002; U.S. GAO, 2002). Ainsi, une méta-analyse de 48 campagnes qui ont été menées aux États-Unis afin de modifier divers comportements de santé (port de la ceinture de sécurité, soins dentaires, consommation d'alcool, prévention des MCV, tabagisme, dépistage du cancer du col utérin et du sein et comportements sexuels), réalisée récemment, a montré que l'amélioration des comportements suite aux campagnes est en moyenne de l'ordre de 8 % (Snyder, Hamilton, Mitchell, Kiwanuka-Tondo, Fleming-Milici et Proctor, 2004). De plus, celle-ci varierait en fonction du type de comportement à modifier. Il serait plus facile d'encourager l'adoption d'un nouveau comportement (comme le port de la ceinture de sécurité) que d'entraîner l'abandon d'un comportement délétère (comme le tabagisme). D'autres études, portant cette fois sur des campagnes faisant la promotion d'une saine alimentation et de l'activité physique, ont aussi montré un impact limité de ces campagnes (Carroll, Craypo et Samuels, 2000; Cavill et Bauman, 2004). Pour expliquer la tiédeur des résultats, les chercheurs ont surtout invoqué la faiblesse des moyens financiers investis qui représente un obstacle à la production de messages de qualité et à leur diffusion à des heures de grande écoute.

Des résultats préoccupants ont aussi été observés suite à des campagnes. Ainsi, dans le cas de la campagne anti-drogue menée par le gouvernement américain au cours de la dernière décennie, on a noté une augmentation de la consommation de la marijuana (Hornik, Maklan, Cadell, Barmada, Jacobsohn, Henderson, Romantan, Niederdeppe, Orwin, Sridharan, Chu, Morin, Taylor et Steele, 2003). Ce ne sont cependant pas les moyens financiers qui peuvent être mis en cause, car plus de deux milliards de dollars ont été consacrés à cette campagne! Le problème résiderait dans le contenu des

messages. Des études qui se sont intéressées à la perception que les jeunes avaient eu des messages diffusés dans différents spots publicitaires ont montré que dans la population exposée, des pourcentages plus élevés de jeunes disaient avoir le goût de faire usage de substances illicites que dans la population non-exposée, un résultat qui allait évidemment à l'encontre de ce qui était souhaité (Fishbein *et al.*, 2002). Les jeunes exposés ont également dit croire que ce goût serait partagé par leurs amis et estimé ne pas être aptes à intervenir sur cette question, dans des proportions encore une fois plus importantes que celles qui avaient été observées chez les non-exposés. Les chercheurs ont conclu qu'il fallait cesser de prendre pour acquis que les campagnes sont d'emblée efficaces. Ils ont en conséquence invité les promoteurs de ces campagnes à accorder une plus grande attention au développement des messages qui y sont véhiculés.

La faiblesse des résultats a amené les chercheurs à se ranger en deux camps (Atkin, 2001). D'un côté, il y a ceux qui jugent que ces campagnes ne sont que du gaspillage de fonds publics. De l'autre, il y a ceux qui, sans nier que les résultats sont modestes, considèrent qu'ils sont tout de même intéressants. Plus optimistes, ils s'emploient à mettre en lumière les conditions qui permettent de les maximiser, soulignant l'importance de fixer des objectifs réalistes aux campagnes et rappelant que les campagnes les plus efficaces sont celles qui combinent différents moyens d'action (Caron-Bouchard et Renaud, 2001; U.S. GAO, 2002). Les projets *Volunteer Ozone Action Program* et *The Community Trials Project*, réalisés ces dernières années aux États-Unis, et ayant associé organisation communautaire et lobby auprès des médias, ont mené à des changements significatifs au niveau de la couverture médiatique, du soutien des leaders-clés et des politiques publiques (Harvard Family Research Project, 2003), ce qui illustre la pertinence d'une stratégie multi-méthode.

Pour rendre compte des résultats contre-productifs parfois constatés, plusieurs explications ont été apportées. Ainsi, au niveau du contenu des messages, on a déploré la tendance à axer les messages sur la présentation de données statistiques d'un problème (en cherchant à attirer l'attention des autorités sur un problème on peut en même temps contribuer à le « normaliser » au sein de la population-cible), à recourir à des personnalités connues (ces dernières peuvent devenir des modèles du comportement négatif à modifier et en conséquence entraîner la recherche de gains secondaires), à montrer un comportement risqué (et ainsi, attirer des sous-groupes qui aiment prendre des risques, comme les adolescents) et à produire des messages qui font appel à la peur (ces messages peuvent être efficaces pour des personnes qui ont déjà une forte perception d'auto-efficacité mais peuvent entraîner une résistance ou « désensibilisation » chez les autres) (Thesenvitz, d'Avernas, Nevala, et Hershfield, 2000). On a aussi indiqué que la durée limitée des campagnes représentait un autre obstacle. Changer les comportements demande des efforts soutenus à moyen et long terme et il semble utopique de penser atteindre des résultats en quelques mois. Enfin, les chercheurs invitent donc à faire preuve de prudence pour éviter que les messages n'entraînent un déplacement des problèmes (les adolescents pourraient adopter l'alcool comme une drogue de substitution à la marijuana) ou ne portent à croire que les individus sont seuls responsables (*victim blaming*), distrayant ainsi l'attention des facteurs sociaux qui sont toujours aussi en cause (Atkin, 2001). D'ailleurs les médias

peuvent aussi avoir une influence sur les facteurs sociaux, une approche qui malheureusement n'a pas été beaucoup prise en considération jusqu'ici (Renaud, Bouchard, Caron-Bouchard, Dubé, Maisonneuve et Mongeau, 2006).

Ainsi, en résumé, les campagnes de communication constituent un outil valable pour sensibiliser et favoriser une prise de conscience. Mais, employées seules, et sur une courte période de temps, elles semblent peu efficaces pour modifier un comportement.

6.4.2 L'efficacité des campagnes sur le suicide

Miser sur les médias pour sensibiliser la population au suicide, c'est ce qu'ont tenté de faire certains organismes tant au Québec, au Canada, qu'à l'étranger. Malgré la popularité de ces initiatives, peu d'études en ont examiné l'impact. De manière générale, les résultats montrent des effets limités. Dans le cas de la *Semaine de prévention du suicide* organisée par l'Association québécoise de prévention du suicide, on a constaté que malgré une visibilité très relative des messages publicitaires préparés à cet effet, les personnes qui avaient été exposées aux messages médiatiques présentaient un meilleur niveau de connaissances que celles qui n'y avaient pas été exposées. Aucun effet n'a cependant été observé au niveau des attitudes face à la demande d'aide, au niveau des appels téléphoniques faits aux centres de prévention du suicide, au niveau des hospitalisations suite à une tentative ou au niveau des suicides complétés (Daigle, Beausoleil, Brisoux, Raymond, Charbonneau et Desaulniers, 2002). Les chercheurs ont attribué ces résultats à la faible intensité des moyens mis en œuvre. Précédemment, en Alberta, (Dyck, 1993 *in* Daigle *et al.*, 2002), une évaluation d'une semaine de prévention du suicide, la première du genre, n'avait pas observé de différences significatives dans le nombre d'appels logés à des lignes d'écoute et d'admissions hospitalières suite à la campagne. Enfin, une évaluation réalisée dans l'État de Washington, à propos d'une campagne qui comprenait des messages pour la radio et la télévision, des posters et dépliants de même que la création d'un site web, a révélé quelques gains positifs chez les gens exposés comparativement à ceux qui ne l'avaient pas été. Les premiers présentaient en effet de meilleures connaissances que les autres à propos des signes avant-coureurs du suicide de même que de meilleures attitudes à l'endroit d'une personne en détresse (Eggert, Karovsky et Pike, 1997 et 1999).

6.5 Une approche scientifique pour le développement des messages

Les organismes et les intervenants québécois ne sont pas les seuls à s'interroger sur la manière de concevoir des campagnes sécuritaires et efficaces pour la prévention du suicide et à demander des repères à ce sujet. Un besoin identique s'est aussi manifesté aux États-Unis après l'adoption d'une stratégie nationale de prévention du suicide. Pour y répondre, un atelier de travail a été organisé en 2003 à Washington par le National Institute of Mental Health (NIMH), le Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et le Center for Mental Health Services of the Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Le but était de proposer des lignes directrices pour le développement de messages efficaces et sécuritaires. Intitulé *The science of public messages for suicide prevention*, l'atelier a réuni une quarantaine d'experts issus de

divers domaines, ceux de la prévention du suicide, de la recherche évaluative, de la communication sociétale, de la santé mentale et de la santé publique. Pendant deux jours, ces personnes ont examiné divers aspects des campagnes de communication comme les caractéristiques des campagnes efficaces, l'impact possible des campagnes en fonction des auditoires ciblés, les questions de sécurité et d'éthique, les résultats inattendus ou contre-productifs parfois observés, etc. (Chambers, Pearson, Lubell, Brandon, O'Brien et Zinn, 2005). Suite à des exposés, des travaux en petits groupes et des échanges, des consensus ont été obtenus sur plusieurs de ces aspects. Des points restés en suspens ont été identifiés comme d'éventuels sujets de recherche. Suite à des entretiens téléphoniques avec monsieur Chambers du National Institute of Mental Health et monsieur Bartenfeld du Centers for Disease Control, il n'y a pas, jusqu'à maintenant, de suite prévue à cet atelier. Voici en résumé les principaux éléments qui peuvent être dégagés de cet atelier.

6.5.1 Questionner les objectifs poursuivis

Les campagnes de communication visent des objectifs qui ne sont pas toujours énoncés clairement. Ainsi, lorsqu'on interroge les responsables des campagnes à propos des objectifs poursuivis, on constate qu'ils cherchent souvent bien plus à sensibiliser les décideurs politiques, les législateurs ou les responsables de services de santé de l'importance d'un problème particulier qu'à sensibiliser la population en général. L'objectif est en soi fort légitime puisque ces personnes influentes peuvent jouer un rôle-clé dans l'adoption de politiques publiques, l'attribution de ressources financières ou l'organisation du système de soins. Une campagne de communication qui fait appel aux médias n'apparaît cependant pas comme le meilleur moyen d'y parvenir et d'autres voies d'action, comme l'appui à des coalitions ou un travail de lobby, pourraient s'avérer plus appropriées.

Aussi, le message à véhiculer doit tenir compte de la population ciblée. S'il s'agit de personnes influentes, le message pourra être axé sur la prévalence, l'ampleur ou la gravité du problème, montrant ainsi que le suicide est un problème beaucoup plus important que d'autres. Un tel message serait cependant inapproprié pour des personnes à risque de suicide qui pourraient voir dans ce comportement 'répréhensible' un comportement 'normal' ou 'attendu'. Un message plus adapté pourrait promouvoir l'idée qu'il est possible de faire face aux moments de crise, que des traitements efficaces existent ou que l'aide est disponible. Enfin, d'autres aspects sont aussi à considérer : choisir des canaux de communication appropriés qui permettent de rejoindre la population visée, et s'assurer que les services susceptibles d'aider les personnes suicidaires sont préalablement prêts à prendre le relais.

6.5.2 Adopter une perspective évaluative

Les campagnes de communication les plus fructueuses sont habituellement celles qui ont entrepris une démarche d'évaluation tout au long de la planification et de la réalisation de la campagne. Une perspective évaluative incite en effet à tenir compte de

l'état des connaissances et à formuler des objectifs réalistes pouvant être atteints à court et à moyen terme (U.S. GAO, 2002). L'impact des campagnes n'est cependant jamais facile à mesurer puisque des événements concurrents peuvent toujours se produire et venir influencer tant le déroulement de la campagne que les résultats attendus.

6.5.3 Pré-tester les messages

L'expérience de la campagne anti-drogue réalisée aux États-Unis ces dernières années (Fishbein *et al.*, 2002) est venue confirmer l'importance de pré-tester les messages de manière rigoureuse et de demeurer vigilant pour éviter une certaine « normalisation » des phénomènes sur lesquels on souhaite agir. Cialdini (2003) a en effet montré que le message qui est véhiculé dans les campagnes en comporte souvent un deuxième, implicite celui-là, et qui suggère que les phénomènes (ou les comportements) répréhensibles sont relativement répandus dans la population. Ce deuxième message peut contribuer à rendre plus « compréhensibles », « acceptables » et en conséquence, « normaux » les comportements que l'on souhaite modifier. Ce message insidieux est parfois plus puissant que le premier.

Les pré-tests doivent permettre de s'assurer que les messages seront respectueux des valeurs des groupes spécifiques et qu'ils seront également sécuritaires, c'est-à-dire qu'ils n'entraîneront pas d'effets indésirables. Certains groupes peuvent en effet présenter des attitudes différentes de celles qui sont observées chez la majorité et en conséquence réagir aux messages d'une manière contraire à celle qui était prévue. Pour ceux qui ont des taux très bas et pour lesquels on connaît mal les facteurs de protection, le danger est d'éroder ces facteurs par inadvertance. Pour ceux qui connaissent de très hauts taux, le danger est d'accroître les risques. En mettant l'accent sur la prévalence élevée du phénomène, la population visée pourrait comprendre que l'épidémie de suicides est un phénomène « attendu » et en quelque sorte, « inévitable ». De plus, les groupes qui présentent de faibles taux pourraient aussi comprendre qu'ils se situent « en marge » de la majorité ou qu'ils « traînent derrière ». Encore une fois, le résultat pourrait être de « normaliser » le problème. Par ailleurs, lorsqu'il s'agit de faire connaître des ressources, il faudra s'assurer, lors des pré-tests, que le message lui-même ou que les ressources en cause sont culturellement acceptables par les groupes visés.

Certains principes éthiques doivent aussi être pris en considération. Ainsi, la suggestion de recourir aux services d'un médecin ou d'un professionnel pourrait poser problème si on n'a pas d'abord fait en sorte que les ressources soient disponibles et qu'elles soient aptes à intervenir. L'ignorer pourrait conduire à inquiéter en vain des personnes déjà vulnérables. Cela pourrait aussi mener à un gaspillage des (maigres) ressources financières dédiées à la prévention. C'est pourquoi le travail d'organisation des services apparaît comme une étape préalable importante à la mise en place de campagnes et particulièrement celles qui visent à sensibiliser au suicide ou à des problèmes comme la dépression.

6.5.4 Tenir compte des connaissances

Pour produire des messages culturellement sensibles, une bonne connaissance de la population, et des différents sous-groupes qui la composent apparaît essentielle. Les personnes vulnérables sont en effet très sensibles à la représentation que font les médias des comportements suicidaires et des suicides, et certaines pourraient être portées à imiter les gestes de ceux qui ont mis en cause une personne célèbre ou fait l'objet d'une couverture sensationnaliste (en glorifiant le phénomène ou donnant des informations détaillées sur la méthode). Les responsables des campagnes ont donc avantage à prendre en considération des recommandations qui ont souvent été formulées à l'intention des médias quant à la manière appropriée de traiter de ces phénomènes.

6.5.5 Des questions importantes demeurent

Toute campagne doit tenir compte du risque, toujours possible, d'effets contre-productifs. Mais dans le cas de campagnes qui portent sur le thème du suicide, et vu la gravité des conséquences possibles, devrait-on ou non prendre un tel risque ? Certains participants ont répondu affirmativement. Ils considèrent que puisqu'on présume que ces campagnes auront des effets bénéfiques pour la grande majorité des personnes, il est acceptable de le faire. Ils estiment d'ailleurs que les agences gouvernementales de santé prennent régulièrement de tels risques, donnant l'exemple des médicaments dont elles autorisent la mise en marché et qui comportent toujours le risque d'effets secondaires. Mais ces situations sont-elles comparables se sont demandés certains? Doivent-elles être abordées de la même manière au niveau éthique ? Ces questions sont malheureusement demeurées en plan dans l'atelier de Washington. Pour poursuivre la réflexion à ce sujet, il pourrait s'avérer utile de tenir compte des repères proposés par Massé pour guider l'intervention de santé publique au niveau éthique (Massé, 2003). Ces repères consistent en des « valeurs phares » qui viennent limiter l'action de santé publique (solidarité et responsabilité individuelle, non-malfaisance, autonomie et autodétermination, respect de la vie privée et utilité) et en des principes éthiques qui sont liés au statut des données empiriques disponibles (incertitude et précaution). Ces valeurs et principes permettent ainsi de définir une éthique propre à la santé publique et qui est à distinguer de l'éthique déontologique qui prévaut en médecine clinique. Il pourrait être intéressant d'examiner la pertinence de réaliser une campagne de communication sur le suicide à la lumière de ces repères. La réflexion devrait cependant permettre de préciser la nature des risques en cause, de définir s'il s'agit de suicides, de tentatives de suicide ou d'une augmentation d'un sentiment de détresse émotionnelle.

D'autre part, les participants se sont aussi demandé dans quelle mesure les connaissances à propos du lien entre la couverture médiatique inadéquate et un phénomène d'imitation doivent aussi être prises en considération lors de la préparation des campagnes de communication. Ils se sont donc demandé s'il était cohérent d'inviter les journalistes à faire preuve de retenue dans le cadre de leurs reportages sur le

suicide, (les guides de pratiques que l'on propose aux journalistes suggèrent habituellement de ne pas diffuser l'information à la une ou alors de mettre l'article sous le pli, de s'abstenir de recourir à des images vidéo ou à des photos qui attirent l'attention sur la méthode, de choisir un ton sobre, d'éviter l'usage du mot suicide dans les titres, etc.) alors que la plus grande visibilité possible est recherchée par les promoteurs des campagnes de communication. N'y a-t-il pas là une contradiction? La question est malheureusement restée sans réponse à l'issue de ces deux journées de travail.

6.6 Sensibiliser les médias, une autre voie d'action

Le traitement médiatique du suicide influence d'une manière certaine non seulement les attitudes d'une population mais aussi ses comportements (Velting et Gould, 1997). La preuve en a été faite récemment à l'occasion du décès par suicide de Gaëtan Girouard, alors que les chercheurs ont attribué à une couverture médiatique inadéquate la hausse du nombre de suicides qui est survenue au Québec cette année-là. (Tousignant, Mishara, Caillaud, Fortin et St-Laurent, 2005). En 1999, la DSP de la Montérégie a étudié le traitement qu'avait fait la presse écrite nationale et montréalaise du suicide (RRSSM, 1999). Elle en a analysé différents aspects : cadre (nombre d'articles, type et format), angle (description, interprétation, opinion), vision de l'événement (sensationnalisme/dramatisation, idéalisation), description des personnes (statut familial ou relationnel, représentations stéréotypées ou non des personnes et représentations non-stéréotypées ou non des comportements, antécédents personnels) et conséquences de l'événement. La conclusion est que la pratique journalistique est loin de répondre aux recommandations qui ont été faites dans les nombreux guides de pratiques produits tant au Québec qu'à l'étranger. Le mode de traitement des articles s'est révélé en effet être peu éducatif et marqué par le sensationnalisme et la dramatisation.

L'étude a proposé plusieurs pistes d'action. Les principales visent à mieux définir les pratiques journalistiques attendues et à poursuivre l'analyse de la presse régionale pour en mesurer l'évolution. Il a également été recommandé de participer aux forums qui traitent du rôle social des médias, et d'inviter aussi les citoyens à le faire, afin d'interroger la place qui est donnée au suicide dans les reportages et dans les productions télévisuelles.

6.7 Conclusion

Beaucoup reste à faire pour comprendre les attitudes des Québécois à l'égard du suicide et pour comprendre les facteurs qui sont susceptibles de les influencer. Des études devraient être réalisées sur ces questions et une attention particulière devrait être apportée à analyser les attitudes qui prévalent au sein de certains groupes vulnérables. Par ailleurs, les conclusions des recherches évaluatives indiquent que, pour pouvoir entraîner un impact significatif, les campagnes de communication doivent être soigneusement planifiées, bénéficier de ressources adéquates et avoir une durée suffisante. En outre, l'effort devrait être soutenu et mené à moyen et long terme, car il semble utopique de vouloir modifier les attitudes d'une population à l'intérieur d'une

période de quelques mois ou de quelques années seulement. Les recherches indiquent en outre que les campagnes ne sont pas une panacée et que leur impact peut être accru quand d'autres méthodes d'action y sont associées. Enfin, l'organisation des campagnes de communication qui portent sur le suicide soulève en plus des enjeux éthiques particuliers en raison de la gravité des conséquences possibles d'effets contre-productifs. Des questions qui méritent d'être examinées davantage et avec une grande attention.

7. Recommandation

Compte tenu que les questions soulevées dans ce document dépassent l'intérêt régional, il est proposé de recommander aux instances chargées de réviser le *PNSP* de former un groupe de travail qui verrait à produire des repères, tant au niveau éthique, théorique qu'opérationnel, pour juger de la pertinence, de la cohérence et de la sécurité des actions qui visent à agir sur les attitudes des Québécois face au suicide. Ce groupe pourrait faire le point sur les connaissances à propos des attitudes des Québécois face au suicide et les facteurs susceptibles de les influencer, identifier différentes voies d'action susceptibles d'agir sur les attitudes en cause et sur les conditions de leur mise en œuvre et enfin, produire les outils susceptibles de soutenir la mise en œuvre des actions qui auront été retenues.

Références

- ATKIN, C. (2001). *Impact of Public Service Advertising : Research Evidence and Effective Strategies*, Washington, Henry J. Kaiser Family Foundation, 47 p. [Projet réalisé pour la Fondation de la famille Kaiser].
- BÉLAND, F. (1992). « La mesure des attitudes », dans GAUTHIER, B. *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données*, Sillery, Presses de l'Université du Québec, 584 p.
- BLAIS, A. (1992). « Le sondage », dans GAUTHIER, B. *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données*, Sillery, Presses de l'Université du Québec, 584 p.
- BLANCHET, L., LAURENDEAU, M.C., PAUL, D. et J.F. SAUCIER (1993). *La prévention et la promotion en santé mentale : préparer l'avenir*, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, 138 p.
- BRETON, J.J., BILODEAU, H. et R. BOYER (2001). *Guide pratique pour un programme en santé mentale : planifier, implanter et évaluer*, Montréal, Service de recherche de l'Hôpital Rivière-des-Prairies, 106 p.
- BRETON, J.J. et R., BOYER (2000). « La prévention du suicide », dans VITARO, F., et C., GAGNON. *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents, Tome 1*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 535 p.
- BRETON, J.J., BOYER, R., BILODEAU, H., RAYMOND, S., JOUBERT, N. et M.A. NANTEL (2002). "Is Evaluative Research on Youth Suicide Programs Theory-Driven? The Canadian Experience", *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 32, n° 2, été, pp.176-90.
- BRONFENBRENNER, U. (1979). *The Ecology of Human Development : Experiments by Nature and Design*, Cambridge, Harvard University Press, 330 p.
- CARON-BOUCHARD, M. et L. RENAUD (2001). *Guide pratique pour mieux réussir vos communications médiatiques en promotion de la santé, 2^{ème} édition*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec et Direction de santé publique de Montréal-Centre, 160 p.
- CARROLL, A., CRAYPO, L. et S. SAMUELS (2000). *Evaluating Nutrition and Physical Activity Social Marketing Campaigns: A Review of the Literature for Use in Community Campaigns*, Davis, Center for Advanced Studies in Nutrition and Social Marketing, University of California, 52 p.

- CAVILL, N., et A. BAUMAN (2004). "Changing the Way People Think About Health-Enhancing Physical Activity: Do Mass Media Campaigns Have a Role?" *Journal of Sports Science*, vol. 22, n° 8, août, pp. 771-90.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL. (1992). *Youth Suicide Prevention Programs: A Resource Guide*, Atlanta, Centers for Disease Control, 190 p.
- CHAMBERS, D.A., PEARSON, J.L. LUBELL, K., BRANDON, S., O'BRIEN, K., et J. ZINN (2005). "The Science of Public Messages for Suicide Prevention : A Workshop Summary", *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 35, n° 2, Avril, pp.134-45.
- CIALDINI, R.B. (2003). "Crafting Normative Messages to Protect the Environment", *American Psychological Society*, vol. 12, pp.105-9.
- CÔTÉ, J. (2006). *La mort dans l'âme. Étude sur le rapport au suicide des Gaspésiens et des Madelinots*, Gaspé, Agence de santé et des services sociaux de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine, 270 p.
- CROP inc. (1996). *La prévention du suicide. Sondage d'opinion auprès des Québécois pour La Presse et le ministère de la Santé et des Services sociaux*, Montréal, CROP inc., 70 p.
- CROP inc. (2002). *Le suicide. Sondage d'opinion auprès des Québécois pour CRISE-UQAM*, Montréal, CROP inc., 33 p.
- DAIGLE, M., BEAUSOLEIL, L., BRISOUX, J., RAYMOND, S., CHARBONNEAU, L. et J. DESAULNIERS (2002). *Semaine de prévention du suicide et clientèle hommes*, Québec, Université du Québec à Trois-Rivières, Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie, et Centre de recherche de l'Institut Philippe Pinel de Montréal, 331 p. [Rapport d'évaluation présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec en août 2002].
- DAUNAS, J.P. (1992). « L'entretien non directif », dans GAUTHIER, B. *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données*, Sillery, Presses de l'Université du Québec, 584 p.
- DURAND, C. (2002). *Perceptions du suicide: qui pense quoi? Et qu'est-ce que ça implique?*, Montréal, CRISE, 12 f. [Transparents d'une présentation faite au CRISE le 6 décembre 2002].
- EGGERT, L.L., KAROVSKY, P.P. et K.C. PIKE (1997). *Washington State Youth Suicide Prevention Program : Report of Activities. Intermediate Report*, Washington, University of Washington, School of Nursing; cité dans HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (2000). *Youth Suicide Prevention Programs: Review of Literature Published in English or French Between 1990 and 1999*, Genève, Département de psychiatrie, HUG, 197 p.

- EGGERT, L.L., KAROVSKY, P.P. et K.C. PIKE (1999). *Washington State Youth Suicide Prevention Program : Pathways to Enhancing Community Capacity in Preventing Youth Suicidal Behaviors. Final Report*, Washington, University of Washington, School of Nursing; cité dans HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (2000). *Youth Suicide Prevention Programs: Review of Literature Published in English or French Between 1990 and 1999*, Genève, Département de psychiatrie, HUG, 197 p.
- FARQUHAR, J., MACCOBY, N., WOOD, P.D., ALEXANDER, J.K., BREITROSE, H., BROWN, B.M. Jr., HASKELL, B.L., Mc ALISTER, A.L., MEYER, A.J., NASH, J.D. et M.P. STERN (1977). "Community Education for Cardiovascular Health", *The Lancet*, vol. 1, n° 8023, 4 juin, pp. 1192-5.
- FISHBEIN, M., HALL-JAMIESON, K., ZIMMER, E., VON HAEFTEN, I. et R. NABI (2002). "Avoiding the Boomerang : Testing the Relative Effectiveness of Antidrug Public Service Announcements Before a National Campaign", *American Journal of Public Health*, vol. 92, n° 2, février, pp. 238-45.
- GLANZ, K., RIMER, B.K. et F.M. LEWIS (2002). *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice*, Third Edition, San Francisco, Josey-Bass, 583 p.
- GOUVERNEMENT DU CANADA (1986). "The Ottawa Charter for Health Promotion", *Canadian Journal of Public Health*, vol. 77, n° 6, nov-déc, pp. 425-30.
- GREENACRE, M.J. (1984). *Theory and Applications of Correspondence Analysis*, London, Academic Press, 364 p.
- HARVARD FAMILY RESEARCH PROJECT (2003). *Lessons in Evaluating Communications Campaigns. Five Case Studies*, Cambridge, President and Fellows of Harvard College, 43 p.
- HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (2000). *Youth Suicide Prevention Programs: Review of Literature Published in English or French Between 1990 and 1999*, Genève, Département de psychiatrie, HUG, 197 p.
- HORNIK, R.C. (2002). *Public Health Communication: Evidence for Behaviour Change*, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, 435 p.
- HORNIK, R., MAKLAN, D., CADELL, D., BARMADA, C.H., JACOBSON, L., HENDERSON, V.R., ROMANTAN, A., NIEDERDEPPE, N., ORWIN, R., SRIDHARAN, S., CHU, A., MORIN, C., TAYLOR, K., et D. STEELE (2003). *Evaluation of the National Youth Anti-drug Media Campaign: 2003 Report of Findings*, s.l., Westat and Annenberg School for Communication, 41 p. [Rapport présenté aux National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health et Department of Health and Human Services, le 22 décembre 2003]
- JULIEN, M. et J. LAVERDURE (2004). *Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec, 49 p.
- LÉGER MARKETING (2005). *Les Québécois et le suicide. Rapport d'un sondage omnibus sur la perception des Québécois et Québécoises à l'égard du suicide*, Montréal, Léger Marketing, 18 p.

- MARCOUX, I. (2003). *Vers une meilleure compréhension de l'opinion publique envers l'euthanasie: une étude du rôle des connaissances et autres facteurs d'influence*. Thèse (Ph.D.), Université du Québec à Montréal, 256 pages.
- MASSÉ, R. (1995). *Culture et santé publique. Contributions de l'anthropologie à la promotion et à la prévention de la santé*, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, 499 p.
- MASSÉ, R. (2003). *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, 413 p.
- MICHELAT, G. (1975). « Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie », *Revue française de Sociologie*, vol. 16, pp. 229-47; cité dans DAUNAIS, J.P. (1992). « L'entretien non directif », dans GAUTHIER, B. *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données*, Sillery, Presses de l'Université du Québec, c1992, 584 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1997). *Les priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, MSSS, 92 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1998). *Stratégie québécoise d'action face au suicide: S'entraider pour la vie*, Québec, MSSS, 94 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, MSSS, 133 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2004). *Évaluation de l'implantation de la stratégie québécoise d'action face au suicide*, Québec, MSSS, 113 p.
- PINEAULT, R. et C., DAVELUY (1986). *La planification de la santé: concepts, méthodes, stratégies*, Montréal, Agence d'Arc inc. (Les Éditions), 480 p.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE (1999). *Violence et suicide dans les médias. États de situation et analyse des pratiques journalistiques de la presse écrite en Montérégie et de la presse écrite nationale*, Longueuil, RRSSSM, 208 p.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE (2003). *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 Montérégie. Vers une action renouvelée en santé publique*, Longueuil, RRSSSM, 184 p.
- RENAUD, L., BOUCHARD, C., CARON-BOUCHARD, M. DUBÉ, L., MAISONNEUVE, D. et L. MONGEAU (2006). "A Model of Mechanisms Underlying the Influence of Media on Health Behaviour Norms", *Canadian Journal of Public Health*, vol. 97, n° 2, mars-avril, pp. 149-52.
- SILVERMAN, M.M., et R.D. FELNER (1995) "Suicide Prevention Programs: Issues of Design, Implementation, Feasibility, and Developmental Appropriateness", *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 25, no 1, printemps, pp. 92-104.

- SNYDER, L.B., HAMILTON, M.A., MITCHELL, E.W., KIWANUKA-TONDO, J., FLEMING-MILICI, F. et D. PROCTOR (2004). "A Meta-Analysis of the Effect of Mediated Health Communication Campaigns on Behavior Change in the United States", *Journal of Health Communication*, vol. 9, suppl. 1, pp. 71-96.
- THESENVITZ, J., D'AVERNAS, J., NEVALA, J. et L. HERSHFELD (2000). *Comprendre et utiliser les appels à la peur pour la lutte antitabac*, Toronto, Conseil anti-tabagique de l'Ontario, Centre de formation et de consultation et *The Health Communication Unit* (Université de Toronto). 16 p.
- TOUSIGNANT, M., MISHARA, B.L., CAILLAUD, A., FORTIN, V. et D. ST-LAURENT (2005). "The Impact of Media Coverage of the Suicide of a Well-Known Quebec Reporter: The Case of Gaetan Girouard". *Social Sciences Medicine*, vol. 60, n° 9, mai, pp. 1919-26.
- U.S. GENERAL ACCOUNTING OFFICE (2002). *Program Evaluation. Strategies for Assessing How Information Dissemination Contributes to Agency Goals*, Washington, U.S. GAO, 38 p.
- VELTING, D.M., et M.S. GOULD (1997). "Suicide contagion", dans MARIS, R.W.; M.M., SILVERMAN et S.S., CANETTO. *Review of Suicidology 1997*, New York, Guilford, c1997, pp. 96-137.

Annexe 1 : Les sondages d'opinion

Sondage de 1996

Le sondage a été réalisé par CROP en collaboration avec le MSSS et La Presse⁴. Il comporte seize questions à propos des connaissances, croyances et attitudes à l'égard du suicide. Les questions sur les connaissances se rapportent à différents aspects : (1) l'importance et la prévalence du problème, (2) les causes et facteurs associés, (3) les signes avant-coureurs et (4) les ressources d'aide. Les questions relatives aux attitudes se rapportent à : (1) l'aisance à aborder le sujet, (2) l'aisance à intervenir auprès d'une personne en détresse, (3) la possibilité d'empêcher un proche de se suicider, (4) la possibilité d'empêcher quelqu'un de se suicider et (5) la perception du phénomène comme un geste courageux.

Connaissances

Importance et prévalence du problème

- Une majorité de Québécois ignore que le suicide est la première cause de mortalité chez les hommes de 20 à 40 ans (59 %) et que le taux de suicide est plus élevé dans les régions éloignées que dans les grands centres urbains (54 %). Par contre, une majorité (60 %) sait que le suicide est beaucoup plus fréquent chez les hommes que chez les femmes (de 10 à 13 % des répondants n'ont su répondre à l'une ou l'autre de ces trois questions).

Causes et facteurs associés

- Comment expliquer le fait que le Québec possède un taux de suicide très élevé? Près du quart des répondants dit n'en avoir aucune idée (23 %) alors que pour les autres, c'est la situation économique en général (20 %) ou le chômage (18 %) qui est en cause. Très loin derrière, on mentionne l'isolement et les problèmes familiaux. La majorité des répondants (88 %) est toutefois d'accord pour dire que les conditions sociales et économiques actuelles favorisent l'augmentation du taux de suicide. Enfin, plus d'une personne sur cinq (26 %) pensent qu'il y aurait moins de suicides si on en parlait moins et plus d'une sur trois (38 %) estiment que de parler du suicide dans les médias contribue à faire augmenter les cas.
- Quels sont les motifs le plus souvent invoqués pour lesquels les gens se suicident? Le découragement et la dépression suite à des problèmes pour lesquels on ne voit pas de solution (38 %), la solitude et le manque de communication (23 %), la fin

⁴ L'échantillon était composé de 655 personnes âgées de 15 ans et plus, le taux de réponse de 66 %, les résultats précis à quatre points près, 19 fois sur 20, et les résultats pondérés sur la base des statistiques du recensement de 1991.

d'une relation amoureuse ou de couple (22 %), les difficultés économiques (20 %), les problèmes reliés au travail (20 %), les problèmes familiaux (15 %) et les toxicomanies (10 %). Par ailleurs, quand on demande s'il faut avoir des problèmes psychologiques pour se suicider, les répondants sont partagés : la moitié (49 %) est de cet avis et l'autre moitié (49 %) d'avis contraire.

Signes avant-coureurs

- Une majorité de Québécois (71 %) croit possible de déceler une personne bien connue en danger de suicide. Les principaux signes qui permettent de le faire sont les suivants : la personne en parle plus ou moins ouvertement (41 %), présente un état dépressif plus ou moins prolongé (30 %), s'isole (21 %), change d'attitude et de comportement (10 %), parle de partir (8 %), donne ses effets personnels ou fait un testament (5 %). Enfin, une majorité de répondants (66 %), pense qu'on ne se suicide jamais sans avoir lancé un appel à l'aide sous une forme ou une autre, une affirmation que ne partage cependant pas plus d'une personne sur quatre (27 %).

Ressources d'aide

- À qui s'adresser pour recevoir de l'aide quand on pense sérieusement à se suicider? Près de la moitié des Québécois (47 %) pense qu'on devrait en parler à un parent ou à un ami. Les autres ressources mentionnées sont les services d'écoute téléphonique (24 %), les centres de prévention du suicide (23 %), les CLSC (17 %) et divers professionnels de la santé.
- À quelles ressources professionnelles s'adresser lorsqu'un proche est en danger de se suicider? Les ressources le plus fréquemment mentionnées sont le médecin (22 %), le psychologue (22 %), le CLSC (21 %), le centre de prévention du suicide (17 %) et le service d'écoute téléphonique (12 %). Il est à noter que le tiers des répondants (32 %) n'a pu répondre à la question.

Attitudes

Aisance à aborder le sujet

- Le suicide est un sujet dont les gens n'osent pas parler entre eux, estiment 66 % des personnes interrogées. D'ailleurs, seulement 36 % disent se sentir tout à fait à l'aise d'en parler avec les proches, les parents et les amis.

Aisance à intervenir

- Plus de la moitié des gens (57 %) est d'accord pour dire que, même lorsqu'on connaît bien quelqu'un en état de détresse psychologique, on n'ose pas intervenir, car on ne sait pas comment l'aider.

Possibilité d'empêcher un proche de se suicider

- Une majorité (78 %) croit possible d'empêcher un parent ou un ami de se suicider, une idée que ne partagent pas 16 % des répondants (nsp/pr : 6 %).

Possibilité d'empêcher quelqu'un de se suicider

- Une majorité (75 %) se dit en désaccord avec l'idée que lorsqu'une personne a décidé de se suicider, on ne peut rien faire pour l'en empêcher. Toutefois, 22 % des répondants sont d'avis contraire.

Perception du suicide comme un geste courageux

- Une majorité (70 %) est en désaccord avec l'affirmation selon laquelle se suicider, c'est poser un geste courageux. Une personne sur quatre (25 %) croit cependant le contraire (5 % nsp/pr).

Sondage de 2002

Le sondage a été réalisé dans le cadre d'un sondage omnibus de CROP-Express pour le compte du CRISE⁵. Il comprend cinq questions relatives aux attitudes des répondants face au suicide et se rapportent à (1) la responsabilité du problème, (2) la possibilité d'empêcher quelqu'un de se suicider, (3) la possibilité de diminuer le nombre de suicides au Québec, (4) l'acceptabilité du phénomène, (5) le respect du choix individuel et (6) le fait de penser au suicide comme une solution possible.

Responsabilité du problème

- Une majorité de Québécois (67 %) estime que c'est la responsabilité de chacun de s'occuper de la prévention du suicide. Cependant, pour 28 %, la responsabilité revient au ministère de la Santé et des Services sociaux.

Possibilité d'empêcher quelqu'un de se suicider

- Une majorité (84 %) pense que lorsqu'une personne a décidé de se suicider, on ne peut rien faire pour l'en empêcher, une idée que désapprouvent 14 % des répondants.

Possibilité de diminuer le nombre de suicides au Québec

- Une majorité (72 %) croit que malgré tout ce qu'on fait pour prévenir les suicides, il y aura toujours un nombre important de suicides au Québec; 26 % ne sont toutefois pas de cet avis.

Acceptabilité du phénomène

- Une majorité (76 %) estime que le suicide n'est jamais une solution acceptable, quelles qu'en soient les circonstances. Une personne sur cinq (21 %) pense cependant le contraire, estimant que le suicide peut être une solution acceptable dans certaines circonstances.

Respect du choix individuel

- Une majorité (78 %) pense que lorsque quelqu'un veut se suicider, il faut respecter son choix, quelles qu'en soient les circonstances. Une personne sur six (16 %) pense plutôt qu'il faut tout faire pour l'en empêcher.

Possibilité de penser au suicide comme une solution

- Une majorité (78 %) pense qu'il est assez ou tout à fait impossible d'envisager le suicide comme solution dans le cas d'une situation très difficile. Une proportion de 18 % pense le contraire.

⁵ Le questionnaire a été administré à 1000 personnes âgées de 18 ans et plus. Les résultats sont précis à trois points près, 19 fois sur 20 et pondérés sur la base des statistiques du recensement de 2001.

À partir des résultats, Durand (2002) a développé un modèle des liens entre les variables qui est présenté dans le texte. Voici plus de détails à ce propos :

1. la scolarité (le fait d'être moins scolarisé) et la religion (le fait d'être athée) sont liées à l'acceptabilité du suicide et cette variable est liée à son tour au fait d'avoir pensé au suicide ou de l'envisager;
2. la scolarité et la religion sont aussi liées au fait que l'on pense qu'on ne peut rien faire quand quelqu'un décide de se suicider, mais cette variable n'est cependant pas liée aux pensées suicidaires;
3. les personnes les plus scolarisées et les personnes anglophones sont moins nombreuses à penser qu'il y aura toujours des suicides mais cette dernière variable n'est pas liée au fait d'avoir eu des pensées suicidaires;
4. le statut marital (le fait d'être divorcé ou de vivre en union libre) est lié au fait que l'on connaît des gens qui se sont suicidés, une variable qui est également liée au fait d'avoir eu des pensées suicidaires et au fait d'envisager le suicide comme une possibilité éventuelle;
5. le fait d'être étudiant est aussi associé de manière négative aux pensées suicidaires (et le fait de travailler à temps plein et d'être à la maison y est associé de manière positive), de même que le fait de juger le suicide acceptable et de connaître des gens qui se sont suicidés;
6. enfin, le fait d'avoir déjà tenté de se suicider est lié au fait de connaître des gens qui l'ont fait et au fait de considérer que c'est la responsabilité des services de santé de prévenir le suicide.

Sondage de 2005

Le sondage a été réalisé dans le cadre d'un sondage omnibus de Léger Marketing pour le compte de l'AQPS⁶. Deux des questions de ce sondage sont relatives aux attitudes des répondants et se rapportent à (1) la possibilité d'empêcher quelqu'un de se suicider et (2) à la possibilité de réduire le nombre de suicides au Québec.

Possibilité d'empêcher quelqu'un de se suicider

- Une majorité de Québécois (84 %) se dit en désaccord avec l'opinion à l'effet qu'on ne peut rien faire pour empêcher quelqu'un de se suicider. Toutefois, 18 % sont d'avis contraire.

Possibilité de réduire le nombre de suicides au Québec

- Près de neuf personnes sur 10 (89 %) croient qu'il est possible de diminuer le nombre de décès par suicide au Québec, une idée que ne partagent pas 8 % des répondants.

⁶ Le questionnaire a été administré en septembre 2005 à 1022 personnes âgées de 18 ans et plus. La marge d'erreur est de plus ou moins 3,1 points près, pour un intervalle de confiance de 95 %, et les résultats ont été pondérés sur la base des statistiques du recensement de 2001.