

ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION DE LA STRATÉGIE QUÉBÉCOISE D'ACTION FACE AU SUICIDE



S'entraider
POUR LA
Vie

Québec 

ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION DE LA STRATÉGIE QUÉBÉCOISE D'ACTION FACE AU SUICIDE

Nelson Potvin

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction générale adjointe de l'évaluation,
de la recherche et des affaires extérieures

Avril 2004

Édition produite par :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Pour obtenir un exemplaire de ce document, faites parvenir votre commande par télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1**

Ce document est disponible à la section **documentation**, sous la rubrique **publications** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2004
Bibliothèque nationale du Canada, 2004
ISBN 2-550-42492-1

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

REMERCIEMENTS

Cette évaluation a été rendue possible grâce à la collaboration de plusieurs personnes travaillant dans le domaine de l'organisation des services et de la santé publique en prévention du suicide. Nous tenons à les remercier de leur disponibilité et du grand soin que chacune d'elles a consacré à cette démarche. Nos remerciements vont de manière particulière aux personnes, groupes et associations suivants.

À madame Lorraine Deschênes, alors coordonnatrice nationale de la Stratégie québécoise d'action face au suicide, qui nous a accompagné avec bienveillance et professionnalisme durant toute la démarche d'évaluation et sans qui cette évaluation ne serait pas ce qu'elle est devenue. À monsieur Jacques Hébert, dont la compétence et le soutien à titre de secrétaire nous furent d'un grand secours pendant nos consultations. À monsieur Guy Mercier, responsable de la Stratégie d'action à la Direction générale des services à la population du Ministère, dont l'appui indéfectible et le constant intérêt nous furent indispensables dans la conduite de cette évaluation.

Aux membres du sous-comité d'évaluation du groupe MSSS-Régies régionales qui nous ont généreusement accompagné au cours de l'élaboration du cadre d'évaluation de la Stratégie d'action : mesdames Denise Donovan, Lyne Jobin, Liane Savard et Lorraine Deschênes ainsi que monsieur Christian Viens.

À madame Isabelle Leblond, stagiaire au Ministère, qui nous a grandement aidé à structurer et à mettre en forme notre matériel de consultation. À monsieur Charles Cardinal, du centre de documentation du Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE), qui nous a aimablement confectionné une liste des publications sur le suicide au Québec.

Nous remercions aussi chacun et chacune des responsables régionaux de la mise en œuvre de la Stratégie d'action, au sein des régies régionales, pour leur précieuse collaboration et leur soutien efficace dans l'organisation de nos rencontres de consultation. De même, nous remercions chacun et chacune des participants et des participantes à ces rencontres, la richesse de leur témoignage a été essentielle à la réalisation de l'évaluation.

Nos remerciements s'adressent également aux responsables et aux membres des différentes instances nationales, ministères, conseils, associations et regroupements que nous avons rencontrés dans le cadre de notre consultation et qui sont nommés dans notre rapport. Leurs opinions nous ont fourni un précieux éclairage par rapport à l'implantation de la Stratégie d'action du Ministère.

Enfin, nous tenons à remercier madame Francine Bordeleau pour son patient travail de révision linguistique et madame Lise Lapointe, de la Direction de l'évaluation du Ministère, pour son excellent soutien à la mise en forme de notre texte.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
PREMIÈRE PARTIE LE CONTEXTE DE LA DÉMARCHE ET SA MÉTHODOLOGIE	11
1.1 LE CADRE GÉNÉRAL D'ÉVALUATION	11
2. LE CADRE MÉTHODOLOGIQUE	12
2.1 L'OBJET D'ÉVALUATION	12
2.2 LE MODÈLE D'ÉVALUATION	12
2.3 L'OBJECTIF DE LA DÉMARCHE D'ÉVALUATION	13
2.4 LE QUESTIONNEMENT ÉVALUATIF	13
2.5 LA DÉMARCHE OPÉRATIONNELLE	13
2.5.1 <i>L'outil d'évaluation</i>	14
2.5.2 <i>Les interlocuteurs consultés</i>	14
2.5.3 <i>La forme des rencontres et leur déroulement</i>	15
2.6 LES LIMITES ET LES AVANTAGES DE LA DÉMARCHE	15
DEUXIÈME PARTIE LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS DE LA CONSULTATION AUPRÈS DU RÉSEAU ET SES PARTENAIRES	17
1. L'ACCESSIBILITÉ TÉLÉPHONIQUE	17
1.1 LES ÉLÉMENTS DE LA STRATÉGIE D'ACTION	17
1.2 L'ÉTAT D'IMPLANTATION	17
1.3 LES CONSIDÉRATIONS DE NOS INTERLOCUTEURS	18
1.4 EN RÉSUMÉ	21
2. L'INTERVENTION	21
2.1 LES ÉLÉMENTS DE LA STRATÉGIE D'ACTION	21
2.2 L'ÉTAT D'IMPLANTATION	22
2.3 LES CONSIDÉRATIONS DE NOS INTERLOCUTEURS	22
2.4 EN RÉSUMÉ	27
3. LES SERVICES DE POSTVENTION	27
3.1 LES ÉLÉMENTS DE LA STRATÉGIE D'ACTION	27
3.2 L'ÉTAT D'IMPLANTATION	27
3.3 LES CONSIDÉRATIONS DE NOS INTERLOCUTEURS	28
3.4 EN RÉSUMÉ	31
4. L'AMÉLIORATION DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES	31
4.1 LES ÉLÉMENTS DE LA STRATÉGIE D'ACTION	31
4.2 L'ÉTAT D'IMPLANTATION	32
4.3 LES CONSIDÉRATIONS DE NOS INTERLOCUTEURS	32
4.4 EN RÉSUMÉ	36
5. L'INTERVENTION AUPRÈS DES GROUPES À RISQUE	37
5.1 LES ÉLÉMENTS DE LA STRATÉGIE D'ACTION	37
5.2 L'ÉTAT D'IMPLANTATION	37
5.3 LES CONSIDÉRATIONS DE NOS INTERLOCUTEURS	38
5.4 EN RÉSUMÉ	41

6. LES INTERVENTIONS EN PROMOTION ET EN PRÉVENTION	AUPRÈS DES JEUNES	42
6.1 LES ÉLÉMENTS DE LA STRATÉGIE D'ACTION		42
6.2 L'ÉTAT D'IMPLANTATION		42
6.3 LES CONSIDÉRATIONS DE NOS INTERLOCUTEURS		43
6.4 EN RÉSUMÉ		48
7. LA RÉDUCTION DE L'ACCÈS AUX RISQUES ASSOCIÉS AUX MOYENS		48
7.1 LES ÉLÉMENTS DE LA STRATÉGIE D'ACTION		48
7.2 L'ÉTAT D'IMPLANTATION		49
7.3 LES CONSIDÉRATIONS DE NOS INTERLOCUTEURS		49
7.4 EN RÉSUMÉ		52
8. LA BANALISATION ET LA DRAMATISATION DU SUICIDE		53
8.1 LES ÉLÉMENTS DE LA STRATÉGIE D'ACTION		53
8.2 L'ÉTAT D'IMPLANTATION		53
8.3 LES CONSIDÉRATIONS DE NOS INTERLOCUTEURS		54
8.4 EN RÉSUMÉ		57
9. L'INTENSIFICATION ET LA DIVERSIFICATION DE LA RECHERCHE, LA RÉALISATION		
DES ÉVALUATIONS		58
9.1 LES ÉLÉMENTS DE LA STRATÉGIE D'ACTION		58
9.2 L'ÉTAT D'IMPLANTATION		59
9.3 LES CONSIDÉRATIONS DE NOS INTERLOCUTEURS		59
9.4 EN RÉSUMÉ		64
10. LES RESPONSABILITÉS ET LE FINANCEMENT		65
10.1 LES ÉLÉMENTS DE LA STRATÉGIE D'ACTION		65
10.2 L'ÉTAT D'IMPLANTATION		66
10.3 LES CONSIDÉRATIONS DE NOS INTERLOCUTEURS		67
10.3.1 <i>Sur le partage des responsabilités</i>		67
10.3.2 <i>Sur les investissements financiers</i>		69
10.4 EN RÉSUMÉ		70
TROISIÈME PARTIE LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS DE LA CONSULTATION		
AUPRÈS DES INSTANCES NATIONALES		73
1. LES ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES		74
1.1 LES ASSOCIATIONS DU SECTEUR PSYCHOSOCIAL		74
1.2 LES ASSOCIATIONS DU SECTEUR DE LA SANTÉ		75
2. LES ASSOCIATIONS DU MILIEU		77
3. LES ASSOCIATIONS DU SECTEUR DE LA RECHERCHE		80
4. LES ASSOCIATIONS D'ÉTABLISSEMENTS		82
5. CORONER, SANTÉ PUBLIQUE, ÉDUCATION ET JEUNESSE		85
6. EN RÉSUMÉ		88

SYNTHÈSE GÉNÉRALE.....	91
DISCUSSION ET PISTES DE RECOMMANDATIONS	97
CONCLUSION.....	101
ANNEXE	103

INTRODUCTION

Le présent rapport d'évaluation fournit un portrait de l'état d'implantation des différents moyens d'action contenus dans la Stratégie québécoise d'action face au suicide, depuis sa mise en place par le ministère de la Santé et des Services sociaux en 1998¹. Cette évaluation a été réalisée au moyen d'une consultation effectuée auprès de différents partenaires du Ministère, en région ainsi qu'au niveau national. Au total, une soixantaine de rencontres de groupe ont été effectuées dans le cadre de cette consultation. Les résultats préliminaires de cette évaluation ont déjà fait l'objet de présentations à l'occasion de différents colloques portant sur le suicide ; ils ont également été publiés en septembre 2002². En outre, une section du projet de plan d'action 2003-2008 du Ministère³ fait référence aux résultats de cette évaluation.

Le rapport fournit plusieurs renseignements de nature opérationnelle susceptibles de permettre un ajustement aux différentes modalités d'action du Ministère et de ses partenaires relativement au suicide. La première partie décrit la démarche d'évaluation et la méthodologie utilisée. Sont ensuite présentés les résultats de l'évaluation en deux parties distinctes ; l'une regroupe les résultats de la consultation auprès du réseau du Ministère et ses partenaires, alors que l'autre traite des résultats de la consultation auprès des instances nationales. Ce rapport contient également une section consacrée à la discussion des résultats de la démarche d'évaluation, ainsi que différentes pistes de recommandations.

Comme la majorité des actions implantées depuis 1998 se rapportent aux trois premiers objectifs de la Stratégie d'action, soit ceux concernant la gamme essentielle de services, l'amélioration des compétences et l'intervention auprès des groupes à risque, c'est davantage sur eux que l'évaluation fournit des résultats. Ce rapport fournit également une connaissance concrète des acquis et des points faibles qui ont marqué la démarche d'implantation de chacun des objectifs de la Stratégie d'action du Ministère.

Cette évaluation, enfin, trace un portrait provincial de l'implantation de la Stratégie d'action qui pourra servir de point de comparaison aux partenaires du Ministère, notamment les responsables régionaux de l'implantation de la Stratégie d'action. Ce point de comparaison devrait leur permettre de définir de nouveaux horizons quant à leurs champs d'intervention.

-
1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998), *Stratégie québécoise d'action face au suicide. S'entraider pour la vie*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.
 2. N. POTVIN (2002), *L'évaluation de l'implantation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide : Quelques résultats préliminaires*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.
 3. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003), *La Stratégie québécoise d'action face au suicide. S'entraider pour la vie. Plan d'action 2003-2008*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, document de consultation.

PREMIÈRE PARTIE

LE CONTEXTE DE LA DÉMARCHE ET SA MÉTHODOLOGIE

La présente section donne un aperçu général de la démarche entreprise afin de réaliser l'évaluation de l'implantation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide du ministère de la Santé et des Services sociaux. Nous ferons donc principalement état du premier volet d'évaluation contenu dans le cadre d'évaluation du Ministère⁴, soit l'évaluation de l'implantation de la Stratégie d'action.

Nous y décrirons l'approche évaluative retenue pour mener à bien la démarche, ainsi que les résultats qui découlent de la consultation réalisée à l'intérieur de cette évaluation d'implantation. Auparavant, nous rappellerons le cadre général d'évaluation de la Stratégie d'action du Ministère.

1.1 LE CADRE GÉNÉRAL D'ÉVALUATION

Le mandat d'évaluation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide tire ses origines de la Stratégie d'action elle-même, du besoin d'évaluation exprimé par le groupe de travail MSSS-Régies régionales⁵ concernant l'implantation de la Stratégie d'action, ainsi que des attentes formulées par les différents ministres responsables de ce dossier depuis le premier congrès international de la francophonie sur la prévention du suicide, tenu à Québec en avril 2000⁶. Mentionnons également que l'évaluation de l'implantation de la Stratégie d'action a été effectuée de manière participative, avec une mobilisation des partenaires du Ministère, et ce, afin d'en permettre l'amélioration.

Pour ce faire, le groupe de travail MSSS-Régies régionales et les deux directions générales du Ministère ayant des responsabilités quant à l'implantation et à l'évaluation de la Stratégie d'action, soit la Direction de la santé mentale et la Direction de l'évaluation, ont convenu de procéder à l'élaboration d'un cadre d'évaluation pour la Stratégie québécoise d'action face au suicide. De plus, les autorités ministérielles ont demandé que ce cadre soit élaboré en partenariat ; ce vœu a été respecté par la mise sur pied d'un sous-comité d'évaluation rattaché au groupe de travail MSSS-Régies régionales.

Le cadre d'évaluation devait permettre d'amasser une somme d'information fiable et suffisante, de façon à autoriser l'amélioration des différentes composantes de la Stratégie d'action du Ministère. Ce cadre comportait différents volets, dont l'évaluation de l'implantation de la Stratégie d'action et le bilan des projets d'intervention auprès des

4. POTVIN, N. (2002), *Cadre d'évaluation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

5. Au moment de la rédaction de ce rapport, les régies régionales de la santé et des services sociaux ont été transformées en agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

6. AQS-CRISE-CPS de Québec (2000), *Premier congrès international de la francophonie en prévention du suicide. S'entendre pour agir*, Québec.

clientèles à risque financés par le Ministère dans le cadre de la Stratégie d'action. D'autres volets d'évaluation, portant sur l'analyse du modèle d'intervention en prévention du suicide ainsi que sur l'étude des modèles d'organisation de services en place, avaient également été envisagés.

Notre rapport traite uniquement du premier volet de ce cadre, soit l'évaluation de l'implantation de la Stratégie d'action. Cette évaluation a été motivée par le souci de soutenir le processus de mise en œuvre de la Stratégie d'action ; il s'agissait de déterminer les adaptations requises à la Stratégie d'action afin de procéder à son amélioration, tant par rapport à ses moyens d'action qu'à leur implantation, et ce, en tenant compte de l'expérience acquise au moment de sa mise en place dans toutes les régions du Québec.

2. LE CADRE MÉTHODOLOGIQUE

2.1 L'OBJET D'ÉVALUATION

Avant de traiter de l'objet d'évaluation comme tel, il convient de rappeler les objectifs poursuivis par la Stratégie d'action afin de replacer l'évaluation que nous en avons faite dans son contexte. Ces objectifs sont les suivants :

- assurer et consolider une gamme essentielle de services et briser l'isolement des intervenants ; améliorer les compétences professionnelles ;
- intervenir auprès des groupes à risque ;
- favoriser les interventions en promotion/prévention auprès des jeunes ;
- réduire l'accès aux moyens et les risques qui leur sont associés ;
- contrer la banalisation et la dramatisation en développant le sens de la solidarité et des responsabilités ;
- intensifier et diversifier la recherche.

2.2 LE MODÈLE D'ÉVALUATION

Notre démarche d'évaluation visait à faire le point sur l'implantation de la Stratégie d'action en prenant contact, de façon dynamique, avec les principaux acteurs engagés dans sa mise en œuvre. Les échanges avec ces acteurs avaient pour but de connaître leur appréciation du degré d'implantation de la Stratégie d'action et de recueillir leurs suggestions de bonification et d'enrichissement de celle-ci.

Le modèle d'évaluation que nous avons utilisé, de type pluraliste⁷, permet, par le rapprochement de plusieurs points de vue, d'obtenir de l'information relativement juste et fiable tout en évitant les limites de modèles plus classiques, lesquels sont difficilement applicables dans le cas de la Stratégie d'action. En effet celle-ci, de par sa nature, excède largement les conditions usuelles d'une méthode expérimentale qui serait limitée à la comparaison de quelques champs d'intervention précis et mesurables.

7. E. MONNIER (1992), *Évaluation de l'action des pouvoirs publics*, Paris, Économica.

2.3 L'OBJECTIF DE LA DÉMARCHE D'ÉVALUATION

Comme nous l'avons mentionné, le but premier de cette évaluation était de déterminer les adaptations requises à la Stratégie québécoise d'action face au suicide, en tenant compte de l'expérience de son implantation en région et en fournissant des explications aux écarts éventuels entre les actions planifiées et celles subséquemment implantées⁸. Le cadre d'évaluation de la Stratégie d'action reprend en détail chacun des étapes nécessaires à l'atteinte de ce but.

2.4 LE QUESTIONNEMENT ÉVALUATIF

Toute démarche évaluative se propose de répondre à certaines questions fondamentales. Dans le cadre de cette évaluation, nous avons formulé notre principale interrogation de la manière suivante : les différents moyens d'action qui découlent des objectifs de la Stratégie d'action ont-ils été mis en œuvre conformément à cette dernière, si non pourquoi, et quelles autres avenues doivent être explorées afin de maximiser les effets de la Stratégie d'action?

Cette interrogation a servi de trame de fond aux consultations que nous avons menées aux fins de l'évaluation. De plus, elle appuie un questionnement précis, de nature opérationnelle, qui a été le nôtre tout au long des consultations. Ainsi, en fonction de la nature du moyen d'action en cause et en fonction de son degré d'implantation anticipé, l'évaluation s'est attardée aux questions suivantes : ce moyen d'action a-t-il été réalisé ? tel que prévu ? dans quelle mesure ? avec quelles ressources ? comment permet-il de rencontrer les objectifs de la Stratégie d'action ?

Un suivi d'implantation se limite habituellement à cette première série de questions, qui est de l'ordre des intrants. Notre type d'évaluation aborde de surcroît d'autres questions, relatives au processus et aux résultats, comme les suivantes⁹ : pourquoi a-t-on mis en place ce moyen d'action plutôt que tel autre ? quelles interventions concrètes caractérisent la mise en œuvre de ce moyen d'action ? pourquoi a-t-on abandonné ce moyen d'action ? par quoi l'a-t-on remplacé ? pourquoi l'a-t-on remplacé par tel autre moyen ? la clientèle visée a-t-elle été rejointe ? comment ? qui a été mis à contribution au cours de l'intervention ? quelles difficultés ont marqué la mise en œuvre de ce moyen d'action ? quels facteurs ont facilité l'implantation de ce moyen d'action ? quels sont les résultats constatés ? s'il fallait refaire les choses, procéderait-on autrement ? si oui, comment ? si non, pourquoi ?

2.5 LA DÉMARCHE OPÉRATIONNELLE

Le but poursuivi étant d'être informé en profondeur sur l'implantation de la Stratégie d'action, afin de pouvoir l'améliorer si nécessaire, et comme la démarche évaluative appropriée se devait d'être dynamique, formative et pluraliste, nous avons effectué des

8. Le bilan informel de l'implantation de la Stratégie d'action réalisé par le groupe MSSS-Régions régionales en mai 2001 a servi de point de départ à la réalisation de la présente évaluation.

9. H. DESROSIERS, N. Kischuk, F. Ouellet, N. Desjardins, C. Bourgault et N. Perreault (1998), *Guide de pratique pour l'évaluation des programmes, applications en promotion de la santé et en toxicomanie*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

rencontres et des entrevues, notamment avec les acteurs engagés dans la mise en place de la Stratégie d'action.

2.5.1 L'outil d'évaluation

L'évaluation a été réalisée à partir d'une grille d'entrevue de groupe reprenant intégralement les objectifs et les différents moyens d'action de la Stratégie québécoise d'action face au suicide. Ces objectifs sont décrits dans la section 2.1 du présent rapport, alors que les moyens d'action sont repris dans la troisième partie. Cette grille a été transmise aux groupes consultés avant la rencontre et a servi de guide aux échanges. Les groupes rencontrés ont été invités à faire état du degré d'implantation des différents éléments de la Stratégie d'action, à donner leur appréciation de cette implantation et à faire part de leurs suggestions quant aux modifications à apporter à la Stratégie d'action.

Ces rencontres auront en somme été l'occasion, pour nos interlocuteurs, de communiquer leurs observations à l'égard de la mise en œuvre de la Stratégie d'action. Nous avons également recueilli leurs appréciations afin de pouvoir estimer la pertinence et la justesse des moyens d'action retenus. Enfin, différentes avenues susceptibles d'améliorer la Stratégie d'action ont aussi été abordées.

2.5.2 Les interlocuteurs consultés

La démarche de consultation a été effectuée auprès de quatre groupes principaux d'interlocuteurs:

- un groupe était composé des responsables des régies régionales chargés de l'implantation de la Stratégie d'action, qu'ils agissent au sein de la direction de la santé publique ou au sein de la direction de l'organisation des services ;
- un deuxième réunissait des représentants de divers milieux, soit les comités régionaux de prévention du suicide, les centres de prévention du suicide (CPS)¹⁰, le milieu communautaire, les centres de crise, les centres d'écoute, les établissements hospitaliers, les CLSC, les services de police, les services ambulanciers, les centres jeunesse, les services correctionnels et le secteur de l'éducation, etc. ;
- un troisième groupe était formé de représentants des associations, ordres professionnels, fédérations ou regroupements provinciaux touchés par la Stratégie d'action ;
- des représentants des directions et des organismes ministériels visés par la mise en œuvre de la Stratégie d'action, enfin, composaient un quatrième groupe.

Nous avons rencontré quelque 255 personnes en région, et 75 autres rattachées aux instances nationales, pour un total de 330 personnes. Nous avons procédé à une soixantaine de rencontres de groupe qui rassemblaient des acteurs de différents réseaux (éducation, sécurité publique, organismes communautaires, justice, etc.) en plus de celui de la santé et des services sociaux ; la diversité et le caractère intersectoriel de ces rencontres méritent d'être soulignés.

10. À l'occasion, nous utiliserons dans ce rapport le sigle CPS pour désigner les centres de prévention du suicide. Soulignons également que l'Association québécoise de suicidologie, soit l'AQS, se dénomme maintenant l'Association québécoise de prévention du suicide, soit l'AQPS. Nous utilisons les deux sigles, mais il font référence au même organisme.

Il faut également préciser que chaque région du Québec a développé sa propre expertise et ses modalités particulières d'organisation de services et d'intervention préventive. Dans cette perspective, il s'avérerait indispensable que chacune d'elles témoigne de ses réalisations relatives à la Stratégie d'action, comme elles en ont eu l'occasion, ce qui correspondait en outre aux attentes de nos mandataires.

2.5.3 La forme des rencontres et leur déroulement

L'expérience que nous avons de ce type d'évaluation nous enseigne que des entrevues de groupe sont préférables à l'administration d'un questionnaire acheminé aux personnes concernées¹¹. En effet, une telle procédure permet d'approfondir les questions de départ et d'en préciser le sens. De plus, elle laisse une grande place aux suggestions de nos interlocuteurs, ce qui est d'autant nécessaire puisque nous comptons justement sur elles pour mener à bien notre évaluation. Enfin, elle favorise la participation et les échanges, ce qui cadre bien avec la perspective dynamique que souhaitaient nos mandataires pour cette évaluation à caractère formatif.

Bien entendu, nous avons recueilli, au cours de ces rencontres, toute documentation (plans d'action, études, bilans d'activité, données statistiques, guides et instrumentations diverses, etc.) nous permettant de porter un meilleur jugement sur le degré de réalisation des différentes composantes de la Stratégie d'action.

La démarche d'entrevue s'est déroulée en trois étapes. Dans un premier temps, une rencontre a eu lieu en région avec les responsables des régies régionales pour présenter la démarche de consultation et recueillir leurs commentaires sur l'implantation de la Stratégie d'action. Cette rencontre a été également l'occasion de recueillir auprès d'eux de l'information quant aux indicateurs d'implantation de la Stratégie d'action. Ensuite, toujours en région, une rencontre de groupe (organisée en collaboration avec la régie régionale) a eu lieu avec le comité régional de prévention du suicide ou encore, à sa place, avec différents représentants régionaux visés par la Stratégie d'action, afin de recueillir leurs appréciations et leurs suggestions. Enfin, chaque instance nationale a été rencontrée une par une.

Cette démarche s'est réalisée à raison d'une demi-journée par étape. Les rencontres se sont déroulées entre février 2002 et mai 2002 inclusivement. Une personne était responsable de l'animation des rencontres ; elle était accompagnée de deux autres personnes qui avaient pour tâche d'alimenter la discussion et de dresser le compte rendu des rencontres.

2.6 LES LIMITES ET LES AVANTAGES DE LA DÉMARCHE

La principale limite de notre approche concerne la nature même de notre démarche évaluative. Cette démarche cherche à poser un jugement lié au contexte particulier de la Stratégie d'action, et non à améliorer la connaissance d'un problème d'ordre général, indépendant de tout contexte particulier. En ce sens, elle est libre de toute théorie, ou du moins elle ne repose que sur la théorie de l'intervention implicite de la Stratégie d'action. En revanche, sous l'angle de l'évaluation des politiques, cette limite peut être considérée

11. N. POTVIN (1998-1999), « L'évaluation en tant qu'instrument d'amélioration des politiques. Une stratégie d'accompagnement », *Service social*, vol. 47, nos 1-2.

comme une force puisque la démarche permet une utilisation immédiate des résultats, notamment dans la formulation du futur plan d'action du Ministère en matière de suicide.

Sur le plan méthodologique, le recours à des informateurs et à des informatrices pourrait faire craindre une apparente imprécision. Cependant, dans le contexte de notre évaluation, cette approche fournit de plus riches informations qu'une démarche plus quantifiée, mais susceptible de moins nous révéler ce qui, dans les comportements et les opinions des acteurs en place, est essentiel. Par ailleurs, une consultation de cette nature, effectuée auprès de plusieurs catégories différentes d'interlocuteurs nous permet de croire, par le rapprochement de plusieurs points de vue, que l'information fournie est relativement fiable et juste. Ce postulat est à la base même de l'approche pluraliste qui s'est développée ces dernières années en évaluation des politiques. Comme nous n'avions pas d'information sur l'état de la situation avant la mise en place de la Stratégie d'action, en 1998, le départage entre ce qui relève explicitement ou non de cette dernière peut parfois s'avérer difficile.

C'est donc en prenant en considération ces différentes limites qu'il faut juger de la valeur de notre approche, laquelle nous aura permis de porter un premier regard sur l'implantation véritable de la Stratégie d'action, ce qui, à nos yeux, en constitue le principal mérite. Autre intérêt non négligeable de notre approche, elle aura fourni des informations utiles pour l'amélioration de l'implantation de la Stratégie d'action. La partie suivante du rapport présente les résultats de notre démarche d'évaluation en fonction des orientations et des moyens d'action contenus dans la Stratégie d'action.

DEUXIÈME PARTIE LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS DE LA CONSULTATION AUPRÈS DU RÉSEAU ET SES PARTENAIRES

Cette deuxième partie du rapport est principalement consacrée à la présentation des résultats de nos consultations régionales. Des représentants de chacune des régions du Québec ont été rencontrés, exception faite de celles du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James. Chaque rencontre régionale se tenait en deux étapes similaires, mais avec des interlocuteurs différents. La première rassemblait les responsables de la région régionale, alors que la seconde réunissait des gestionnaires et divers intervenants.

La consultation régionale portait sur la mise en œuvre de chacun des moyens d'action énoncés dans la Stratégie québécoise d'action face au suicide. La présentation des résultats des consultations suit donc le schéma d'organisation de ces différents éléments de la Stratégie d'action. À chacun de ces éléments, nous faisons un rappel de la Stratégie d'action et de l'état d'implantation des mesures préconisées par le Ministère, pour ensuite aborder les considérations de nos interlocuteurs.

1. L'ACCESSIBILITÉ TÉLÉPHONIQUE

1.1 LES ÉLÉMENTS DE LA STRATÉGIE D'ACTION

Selon la Stratégie d'action, l'accessibilité téléphonique à une ressource correspond à l'intervention téléphonique 24 heures par jour, 7 jours par semaine. La réponse téléphonique comprend l'évaluation, l'intervention de crise et, si nécessaire, l'orientation pour la prise en charge et le suivi. L'intervention téléphonique concerne à la fois les personnes suicidaires, leur entourage et les personnes endeuillées par un suicide.

Les auteurs de la Stratégie d'action constataient en 1998 que la majorité des régions du Québec offraient un service d'intervention téléphonique, mais qu'il n'était pas disponible 24 heures par jour et 7 jours par semaine dans toutes les régions. De plus, dans plusieurs régions, les services d'intervention téléphonique étaient inégaux et insuffisants, et peu reliés aux autres services d'intervention, de prise en charge et de suivi. D'après les auteurs de la Stratégie d'action, une intervention téléphonique devait comprendre non seulement une écoute, une évaluation et une intervention ponctuelle de crise, mais aussi des mécanismes de suivi, de prise en charge et d'orientation.

1.2 L'ÉTAT D'IMPLANTATION

En ce qui concerne l'intervention téléphonique, le Ministère a consolidé la ligne téléphonique en région et mis en place la ligne 1 866 APPELLE dans le cadre de son processus d'allocation budgétaire des années 1999-2000 et 2000-2001, en y consacrant le gros de ses investissements en prévention du suicide. Cette ligne organise autour d'un seul numéro téléphonique, par un mécanisme de bascule, un système téléphonique

déjà en place, mais comportant plusieurs numéros d'appel différents. Il convient de rappeler qu'il s'agit d'une intervention téléphonique, et non d'une écoute téléphonique.

Bien que le lancement de la Stratégie d'action ait eu lieu en période de restriction budgétaire et que l'on ait dû attendre quelques années avant d'obtenir de nouveaux fonds, l'enveloppe allouée à la prévention du suicide est passée de 3 797 188 \$ pour l'année financière 1998-1999, à 8 900 345 \$ en 2001-2002. Plus particulièrement, le Ministère a privilégié le développement de la gamme essentielle de services telle que définie dans la Stratégie d'action, et a établi des paramètres précis d'allocation budgétaire afin d'assurer une partie de ce montant à la disponibilité d'une intervention téléphonique 24/7, tout en respectant l'ordre de priorité d'intervention établi par chaque régie régionale et le mode d'organisation de services en prévention du suicide aux niveaux local et régional.

Comme les jeunes utilisent peu les lignes d'intervention téléphonique en prévention du suicide (cet aspect est abordé un peu plus loin), le Ministère a augmenté le financement récurrent de Tel-Jeunes afin que l'organisme puisse mieux les rejoindre. Une publicité importante a aussi accompagné la mise en œuvre de la ligne sans frais 1 866 APPELLE, et tout près de 400 000 feuillets publicitaires intitulés S'entraider pour la vie ont été distribués au Québec pour faciliter et encourager la demande d'aide des personnes suicidaires ou de leurs proches. La ligne 1 866 APPELLE reçoit en moyenne près de 900 appels par mois, qui viennent de tout le Québec. Des ententes négociées avec le Conseil du trésor et la compagnie Sprint Canada permettent de suivre l'utilisation de la ligne, de détecter les problèmes éventuels et de les résoudre.

1.3 LES CONSIDÉRATIONS DE NOS INTERLOCUTEURS

Sur l'effet des investissements du Ministère

La ligne téléphonique constitue un précieux outil d'intervention de première ligne, ont mis en évidence la majorité de nos interlocuteurs, et particulièrement ceux issus de régions où l'étendue du territoire freine l'implantation de services plus spécialisés de traitement. De plus, nous avons pu constater au cours de la consultation que les investissements budgétaires consentis par le Ministère avaient permis de consolider les services d'intervention téléphonique existants sur l'ensemble du territoire québécois, et ce, de différentes façons.

Tout d'abord, chacune des régions du Québec a pu augmenter la quantité de personnel, tant professionnel que bénévole, qui assure la réponse téléphonique. La qualité, l'accessibilité et la disponibilité de la réponse téléphonique se sont également accrues grâce à une meilleure formation et à une meilleure supervision du personnel d'intervention. Dans quelques régions, les centres de prévention du suicide (CPS) ont pu mener des campagnes de recrutement et ainsi accroître leur nombre de bénévoles. Le recrutement des bénévoles n'en demeure pas moins une tâche exigeante pour bien des CPS. Nous avons également constaté une tendance de plus en plus grande au remplacement des bénévoles par des intervenants rémunérés.

L'accroissement des budgets a aussi permis en différents endroits une amélioration notable de la qualité des locaux et du matériel, notamment par l'informatisation de plusieurs centrales téléphoniques. Certains CPS ont en outre développé des services autres que l'intervention téléphonique, par exemple le suivi face à face comme le font JEVI en Estrie, le Centre de prévention du suicide de Québec et quelques autres centres. Ailleurs cependant, comme en Mauricie, le mandat d'intervenir directement auprès des personnes suicidaires est confié aux CLSC.

Quant à l'utilisation de la ligne téléphonique

Règle générale, selon nos interlocuteurs, la clientèle rejointe est constituée des personnes suicidaires, de leurs proches et des personnes endeuillées à la suite d'un suicide. Dans quelques régions, notamment dans la Chaudière-Appalaches, une proportion d'hommes relativement élevée, de l'ordre de 40 %, utiliserait la ligne. De façon générale, les personnes âgées et les jeunes se montrent peu enclins à utiliser la ligne téléphonique. En ce qui concerne les jeunes, ils sembleraient se confier davantage à des personnes de leur entourage, ou encore la publicité sur l'accessibilité de la ligne téléphonique ne les aurait pas véritablement rejoints. Le Ministère a donc fait davantage à leur égard en consolidant les services de Tel-Jeunes, notamment en ce qui a trait au soutien dans les cas de détresse psychologique.

Les services aux autochtones ainsi qu'aux anglophones, dans certains endroits éloignés des grands centres, devraient en outre être améliorés et mieux adaptés culturellement. Des ententes de services viennent cependant pallier des lacunes, comme dans la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, où la régie régionale a conclu ce genre d'entente avec ses voisins du Nouveau-Brunswick pour les anglophones. En milieu carcéral, des problèmes reliés à la confidentialité ont été relevés : dans plusieurs endroits, les détenus ont difficilement un accès privé à la ligne téléphonique. Par ailleurs dans la région de Montréal-Centre, l'achalandage d'appelants fait en sorte que les services de Suicide Action Montréal sont fréquemment débordés, malgré le soutien financier d'appoint du Ministère.

Il convient enfin de souligner que selon le relevé mensuel des appels fourni au Ministère par la compagnie Sprint Canada, qui s'est avérée un partenaire précieux pour celui-ci depuis le tout début, une infime partie des appels sont laissés sans réponse à certaines heures, plus particulièrement le midi. Dans certaines régions, la qualité de la réponse peut varier parce qu'elle est confiée à des intervenants dont le suicide n'est pas toujours la spécialité première. Cependant, comme avec toutes les lignes téléphoniques de ce genre, des ajustements sont apportés régulièrement par le Ministère et les régies régionales, selon l'achalandage et le taux d'occupation, au moyen d'un suivi continu du nombre d'appels, afin d'assurer un accès constant à l'intervention téléphonique de crise.

Par rapport à la ligne 1 866 APPELLE

La ligne 1 866 APPELLE implantée récemment par le Ministère a été règle générale bien reçue, parce qu'un seul numéro devrait simplifier l'accès aux intervenants et faciliter le travail des médias. Cependant, nous avons pu constater qu'au début, cette ligne fut implantée non sans certaines résistances, attribuables aux exigences de la transition

d'un système déjà existant à un nouveau. Dans des régions qui s'étaient déjà dotées de leur propre système de réponse téléphonique, comme l'Outaouais et la Chaudière-Appalaches, les exigences reliées au changement ont entraîné du travail et des coûts supplémentaires. Mais ces problèmes tendent à s'estomper avec le temps et une meilleure compréhension du fonctionnement de la ligne 1 866 APPELLE, qui effectue la bascule des appels aux lignes existantes et épargne des coûts aux intervenants régionaux.

Il nous faut également attirer l'attention sur la publicité relative à la diffusion du 1 866 APPELLE. Pour environ la moitié de nos interlocuteurs chargés de la mise en œuvre, à l'échelle régionale, de la ligne téléphonique de prévention du suicide, le Ministère ne l'a pas suffisamment publicisée, au moment de son lancement, pour en assurer la visibilité ; certains ont d'ailleurs réalisé eux-mêmes différentes activités de diffusion du 1 866 APPELLE auprès des médias et de la population de leur région. En revanche une autre proportion d'interlocuteurs, tout aussi nombreuse, estimaient qu'une ligne trop publicisée entraînerait un surcroît d'appels auquel ils ne pourraient faire face, du moins pas avec les ressources dont ils disposent actuellement. L'achalandage et la demande demeurent donc au cœur des préoccupations des responsables de la ligne téléphonique dans plusieurs régions du Québec, malgré les investissements du Ministère. Au moment de notre consultation toutefois, l'implantation de la ligne 1 866 APPELLE, datant de quelques mois à peine, était trop récente pour que nos interlocuteurs puissent en tirer des conclusions fermes.

Quant au lien entre la ligne d'intervention téléphonique et les autres services

Selon nos interlocuteurs, par ailleurs, la majorité des régions du Québec assurent un suivi à court terme auprès de la personne suicidaire, par l'entremise d'ententes plus ou moins formalisées entre les centres de prévention du suicide, les CLSC et leurs partenaires (services policiers, ressources communautaires et psychiatriques) lorsque la personne, après son appel téléphonique, consent à recevoir du soutien. Il est cependant plus juste de parler simplement de collaboration ponctuelle entre partenaires que de réseaux véritablement intégrés de services.

Nous reviendrons un peu plus loin sur le suivi à long terme de la personne suicidaire, et sur les défis qu'il pose aux intervenants. Reste que l'instauration de meilleurs liens entre les services d'intervention téléphonique et les services du réseau de la santé et des services sociaux, notamment les urgences en milieu hospitalier, demeure une préoccupation de tous les instants dans la majorité des régions du Québec.

Il appert enfin que de nouveaux partenaires émergent du milieu. C'est par exemple le cas des centres d'écoute téléphonique qui, dans quelques régions comme l'Estrie et la Chaudière-Appalaches, donnent un service de soutien émotif aux personnes inscrites dans une dynamique de récurrence, afin de leur éviter de glisser vers la crise.

1.4 EN RÉSUMÉ

Depuis les allocations budgétaires effectuées par le Ministère, la disponibilité du service téléphonique est maintenant assurée 24 heures par jour, 7 jours par semaine, et ce, à la grandeur du territoire québécois, avec une amélioration de la qualité et de l'accessibilité du service, même si subsistent certaines inégalités quant à la nature de la réponse. Quant à l'implantation de la ligne 1 866 APPELLE, elle semble avoir été effectuée adéquatement, malgré certaines résistances initiales et bien que des améliorations doivent encore être apportées dans certaines régions.

2. L'INTERVENTION

2.1 LES ÉLÉMENTS DE LA STRATÉGIE D'ACTION

L'intervention telle que décrite dans la Stratégie d'action comprend: une évaluation complète et détaillée, l'aide requise, le suivi et la relance. Pour les clientèles qui ne sont pas déjà prises en charge, des services d'évaluation, d'orientation, de soutien et d'information aux tiers devaient être instaurés, idéalement là où les services d'aide auront été sollicités.

D'après la Stratégie d'action, ces services peuvent être accessibles dans les différents organismes ou établissements locaux (ex. : centres d'accueil, CLSC, cliniques privées). Les interventions devaient de plus associer l'entourage de la personne suicidaire, avec la perspective que cet entourage a également besoin de soutien. Quant aux intervenants, ils devaient pouvoir compter sur l'appui d'une ressource experte pour les cas qu'ils estiment trop lourds pour eux. Les auteurs de la Stratégie d'action souhaitaient également que l'intervention de crise suicidaire, pour les clientèles à risque déjà prises en charge dans différents réseaux (toxicomanie, santé mentale, violence, etc.), soit effectuée par ces mêmes réseaux, les intervenants de ces milieux devant être formés de façon adéquate eu égard à la problématique suicidaire.

Par ailleurs en 1998, déjà, certains problèmes relatifs à l'intervention étaient relevés : manque d'articulation et de coordination des services, manque d'engagement des ressources institutionnelles et de certains secteurs communautaires, inexistence de mécanismes formels pour la prise en charge et le suivi pendant et après la crise suicidaire. Les auteurs de la Stratégie d'action soulignaient également la définition peu claire des rôles et responsabilités, une diffusion et une intégration insuffisantes des connaissances nécessaires à l'évaluation, à la prise en charge et au suivi, l'inexistence de leadership ainsi que d'ententes interétablissements et de détermination des ressources.

2.2 L'ÉTAT D'IMPLANTATION

Outre l'intervention téléphonique, le Ministère a procédé au financement de certains moyens d'action, mais dans une moindre mesure. Il s'agit notamment de projets d'intervention et d'évaluation auprès des clientèles les plus à risque, qui sont abordés plus loin (section 5). L'allocation de nouveaux budgets récurrents en prévention du suicide a par ailleurs permis de développer l'intervention de crise auprès des personnes suicidaires ou des personnes endeuillées à la suite du suicide d'un proche. Cette intervention se réalise dans les centres hospitaliers, certains centres de prévention du suicide ou CLSC et parfois, dans le milieu d'appartenance des personnes concernées.

Différents modèles d'intervention en situation de crise, qui respectent les modalités d'organisation des services propres à chacune des régions, ont été mis en place. Il reste cependant beaucoup à faire. L'intervention en situation de crise, suicidaire ou autre, aurait avantage à être mieux développée dans le cadre plus général de l'organisation des services en santé mentale.

Ainsi, en décembre 2000, le Ministère octroyait un budget récurrent additionnel de l'ordre de quelques dizaines de milliers de dollars à chacune des régions, et modulé en fonction de leurs besoins, afin de mettre en œuvre ou de consolider, selon le cas, ses orientations concernant : les services d'intervention de crise et de prévention ; la postvention et le suivi aux endeuillés ; la consolidation de la ligne téléphonique et la mise en œuvre des protocoles régionaux ; l'intervention auprès des jeunes en difficulté et en centre jeunesse ; la création de réseaux de sentinelles ; l'intervention face à face. Il s'agit donc d'un développement limité, mais bien ciblé en matière de concertation avec les régions.

Le Ministère alloue ces budgets afin de normaliser l'intervention auprès des personnes suicidaires, et ce, en plus des responsabilités dévolues légalement à certains de ses partenaires, afin de rendre accessibles et disponibles des services professionnels de qualité, comme l'intervention face à face et le traitement spécialisé.

2.3 LES CONSIDÉRATIONS DE NOS INTERLOCUTEURS

En ce qui concerne les services...

L'estimation de la dangerosité, du risque suicidaire et de l'urgence de la situation est un des éléments forts des milieux d'intervention régionaux, particulièrement les CLSC et les CPS, qui, avec l'appui des régies régionales, ont conçu et implanté plusieurs guides d'intervention adaptés à leurs besoins. Cependant, dans plusieurs régions du Québec, c'est après la réponse téléphonique à la crise que les services accusent des lacunes majeures. En fait, la faiblesse de la prise en charge et du suivi de la personne suicidaire sont au cœur des difficultés qui perturbent la continuité des services, et ce, même si certains intervenants essaient par différents moyens (rencontres d'échange, ligne téléphonique dédiée, télécopieur, courriel, téléavertisseur) d'entretenir des liens de communication entre eux.

Personnes « oubliées » après leur orientation vers une ressource, prise en charge insuffisante, jeu de « ping-pong » avec la clientèle : ces phénomènes, que dénonçait la Stratégie d'action en 1998, ne sont donc pas nouveaux, et ne sont pas propres à la problématique suicidaire. À cela nous pourrions même ajouter : lorsque cette clientèle n'est tout simplement pas perdue de vue et laissée à elle-même. À la lumière de nos consultations, nous sommes donc en mesure d'affirmer que le suivi demeure sujet à amélioration.

Et pourtant, ce ne sont ni la bonne volonté, ni les efforts qui manquent. Ainsi, nous voyons poindre différentes initiatives régionales afin de remédier à la situation. Quelques-unes expérimentent la présence d'un agent de liaison entre le CLSC et le monde hospitalier. D'autres mettent en place des projets afin d'accélérer la prise en charge tant pour les adultes (ex. : le projet MARCO à Montréal) que pour les jeunes (le projet Astuces dans la région de Laval et Relais, de Suicide Action Montréal). Dans la région de Québec est expérimenté un projet de suivi communautaire intensif auprès des personnes ayant fait une tentative de suicide et se présentant dans une salle d'urgence ; le CPS de Québec, l'Hôpital de l'Enfant-Jésus et le Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) sont les partenaires associés dans ce projet qui était sous évaluation au moment de notre consultation. Dans la même perspective, une « clinique sans mur » a été mise sur pied dans le Bas-Saint-Laurent. D'autres initiatives, encore, misent sur l'action concertée au sein des centres jeunesse, comme le projet Concerto en Estrie, ou entre le monde hospitalier, notamment l'Hôpital Sainte-Justine, les centres jeunesse et Suicide Action Montréal.

Ces initiatives et bien d'autres sont prometteuses de changement. Il en est ainsi de l'intervention d'urgence dans le milieu mise en place dans la Chaudière-Appalaches, ou encore de la création de réseaux de repérage, de soutien et d'orientation, implantés dans presque toutes les écoles secondaires de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Ces réseaux structurent le repérage des élèves suicidaires, l'intervention à faire auprès de ces élèves et les liens de collaboration avec les CLSC et les centres hospitaliers ; ils sont composés de professionnels des CLSC et des commissions scolaires, ainsi que du personnel du milieu scolaire. Par ailleurs quelques régions, comme celle de la Mauricie et du Centre-du-Québec et celle des Laurentides, misent davantage sur l'intégration des réseaux, notamment les services de crise en santé mentale et le suicide. Cependant, cette manière d'organiser les services est encore trop récente pour que nous puissions juger de ses retombées. Mais si jamais ces modèles s'avèrent des exemples à suivre, il faudra veiller à leur pérennité.

...et le suivi de l'intervention

De nos observations en région, il se dégage que la continuité des services est en sérieuse difficulté à la grandeur de la province. Nos interlocuteurs admettent généralement que la continuité des services repose en bonne partie sur leur organisation, et que la mise au point de modèles d'organisation de services intégrés et efficaces nécessite la participation de plusieurs partenaires, comme en fait foi l'approche développée dans les Laurentides et ailleurs au Québec : CPS, CLSC, centres d'hébergement de crise, centres hospitaliers, services policiers et ambulanciers, etc.

Les résultats de notre consultation nous amènent à dire que les modèles d'organisation de services varient d'un territoire régional à l'autre, et même à l'intérieur de certaines régions. Le rôle des CLSC est prépondérant dans quelques régions mais dans la majorité d'entre elles, les services de crise s'articulent davantage autour des CPS et des centres régionaux de crise. Comme nous venons de le voir, des modèles d'organisation de services adéquats présupposent la présence et la participation de plusieurs partenaires bien outillés pour faire face à la problématique suicidaire, ce qui n'est malheureusement pas le cas à l'heure actuelle.

En effet, dans les urgences hospitalières de l'ensemble du Québec, l'accueil des personnes en crise suicidaire, et particulièrement celles qui font des tentatives à répétition, demeure hautement problématique ; ces personnes sont souvent mises sous garde avec un traitement médical, mais sans suivi psychosocial adéquat. À leur sortie, elles sont généralement laissées à elles-mêmes, sauf exception. Le problème est encore plus criant dans le cas des clientèles plus jeunes : le jeune quitte le centre hospitalier, et retourne à l'école sans même, souvent, que la direction de l'école ait été avisée de ses difficultés. Par ailleurs, certains CLSC ont commencé à se doter d'équipes de santé mentale depuis quelques années. Cependant, la majorité d'entre elles ne sont pas encore suffisamment outillées pour faire face à la crise suicidaire et assurer un traitement adéquat à la personne suicidaire en difficulté.

Il reste que, d'un autre côté, héberger des personnes en crise suicidaire est exigeant. De ce fait, un suivi en matière d'évaluation clinique, de médication, de garde temporaire ou de prise en charge au sein de la communauté semble préférable, selon plusieurs de nos interlocuteurs. À cet égard, la clientèle suicidaire fait figure de « test de flexibilité pour la gestion du système », autant en ce qui concerne les centres de crise que les ressources spécialisées dans le traitement des problèmes de santé mentale, face à des crises variables dans le temps et l'espace. D'où l'importance de l'intervention face à face dans le milieu ; celle-ci, qui est une préoccupation majeure dans la plupart des régions du Québec, est encouragée par le Ministère dans le cadre de la Stratégie d'action. Cependant, ce type d'intervention dépend des modèles régionaux de services qui tablent soit sur les CLSC, soit sur les CPS, ou bien sur les deux.

À ces difficultés qu'éprouvent les ressources en place s'ajoute le fait qu'à l'intérieur de certains territoires sous-régionaux, et plus particulièrement ceux éloignés des grands centres, les services font tout simplement défaut. Comme le soulignaient quelques-uns de nos interlocuteurs, il est bien difficile d'assurer l'organisation et la continuité de services qui sont si peu existants. Les responsables régionaux que nous avons rencontrés sont cependant très préoccupés par cette situation et font preuve de vigilance. De plus, la ligne téléphonique 1 866 APPELLE, sans être un substitut à l'intervention professionnelle spécialisée, comble certains besoins reliés aux heures de fermeture des organismes, puisqu'elle assure un service 24 heures sur 24, 7 jours par semaine.

Par rapport à l'organisation du travail comme telle, l'intervention de crise en face à face se fait autant par l'un ou l'autre des organismes, centres hospitaliers, CLSC et CPS, en fonction des plans régionaux d'organisation de services. Cependant, contrairement à bien d'autres secteurs d'intervention à caractère social, il y a à faire là un important

travail de formation et de recrutement auprès des travailleurs sociaux et des psychologues. De plus, en ce qui concerne la problématique du suicide, la coordination de l'intervention médicale et du suivi psychosocial s'avère difficile, autant pour les omnipraticiens que pour les psychiatres et les pédopsychiatres.

Enfin, nous ne pouvons pas passer sous silence la quasi-inexistence de services de soutien adéquats pour la famille et les proches de la personne suicidaire, qui pourtant sont probablement les personnes les plus susceptibles de l'accompagner dans la recherche de solutions à ses problèmes. Du moins, lorsque eux-mêmes ne sont pas en difficulté et qu'ils demeurent en bon termes avec la personne suicidaire. Cependant, et comme nous le verrons plus loin, la famille et les proches sont régulièrement soutenus adéquatement par le réseau de la santé et des services sociaux lorsqu'ils sont touchés par un suicide.

Par rapport au partenariat

La mise en réseau des intervenants s'est sensiblement améliorée depuis 1998, notamment grâce au travail des régies régionales et de leurs partenaires, entre autres les CLSC, les centres jeunesse, les services policiers et ambulanciers, les CPS et autres organismes communautaires. En ce sens, la Stratégie d'action a assez bien atteint son objectif de mobilisation des partenaires, même si du chemin doit encore être parcouru.

Ce partenariat, malgré ses limites, s'est incarné au sein de structures régionales bien identifiables, et pour la plupart assez actives : tables régionales et comités consultatifs, comités territoriaux et locaux d'actualisation des stratégies régionales, groupes de travail thématiques. Ainsi, à Lebel-sur-Quévillon, l'action intersectorielle et les mesures d'urgence psychosociales mises en place à la suite d'une série de suicides survenus en 2000 ont amélioré et consolidé la concertation entre les responsables du Centre de santé et leurs interlocuteurs de la communauté et des milieux scolaires et municipaux. Les protocoles d'intervention de crise suicidaire mis en place dans certaines municipalités régionales de comté (MRC) de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ainsi que les réseaux d'entraide et d'action dans l'Outaouais constituent d'autres exemples intéressants de partenariat et de coordination des services, tout comme l'arrimage qu'ont réalisé le service d'intervention de crise des CLSC du Bas-Saint-Laurent et le Centre de prévention du suicide de Rimouski.

Cependant, sauf en de trop rares régions, ce partenariat s'est davantage établi entre les organismes du secteur de la santé et des services sociaux qu'avec les autres secteurs de l'intervention gouvernementale (sécurité publique, éducation, sécurité du revenu, justice, etc.), exception faite des policiers de la Sûreté du Québec qui jouent encore un rôle très actif dans les contextes de crise suicidaire, et plus particulièrement en région éloignée. Émergent de plus, ici et là, différentes initiatives intéressantes des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, notamment au sein de la Fédération des cégeps qui milite en faveur de l'humanisation du milieu scolaire, ou encore dans certains milieux carcéraux qui font un dépistage systématique des tendances suicidaires des nouveaux arrivants avec la collaboration de leurs partenaires.

Toutefois, même dans le réseau de la santé et des services sociaux, certains partenariats demeurent difficiles à établir, par exemple entre le monde hospitalier (le secteur des urgences en particulier) et les autres intervenants de première ligne, comme les CPS et les CLSC.

Par rapport aux outils d'intervention

Comme le proposait la Stratégie québécoise d'action face au suicide, plusieurs outils d'intervention ont été mis en place en région, que ce soit par rapport à l'intervention comme telle ou à l'organisation des services.

Ont ainsi été mis en place des protocoles d'intervention (centres jeunesse, coroner, milieux scolaire et carcéral), des ententes de services, des guides d'intervention de référence sur le « quoi faire » face à une crise suicidaire dans la MRC Maria-Chapdelaine, au Saguenay–Lac-Saint-Jean, ainsi que dans la MRC d'Avignon et d'autres MRC de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ; un outil d'estimation de la dangerosité et un guide d'intervention à l'usage des intervenants intitulé Un appel à la vie dans les MRC du Bas-Saint-Laurent ; des ententes de partenariat dans un contexte de crise et de crise suicidaire, un formulaire de transmission d'information en situation de crise ainsi qu'un arbre de décision pour la situation de crise/crise suicidaire en Outaouais ; une fiche d'identification du client en Montérégie ; un guide d'intervention en prévention du suicide chez les hommes dans la Chaudière-Appalaches ; des modèles d'organisation de services intégrés pour l'aide en situation de crise et l'action face au suicide dans les régions des Laurentides et de la Mauricie et du Centre-du-Québec. La Direction de santé publique de la Régie régionale de Montréal-Centre a pour sa part produit une « Carte Ressource » sur les services offerts par les CLSC et Suicide Action Montréal (SAM), et la fiche « Prévention en pratique médicale Trauma-Suicide ». De son côté, la Direction générale des services correctionnels du ministère de la Sécurité publique a mis au point un programme contenant une « Grille établissant les critères de filtrage pour le dépistage et la prévention du suicide en milieu carcéral » ; cet outil est cependant utilisé inégalement selon les milieux correctionnels, certains n'en faisant pas encore usage.

Notre intention n'était pas de dresser une liste exhaustive de tous les outils mis en place, sans compter que s'y ajoutent de nombreux dépliants et affiches conçus notamment par le Ministère et l'Association québécoise de suicidologie, mais seulement d'illustrer notre propos par quelques exemples de territoires où de tels outils ont été implantés. Par ailleurs, nous reviendrons plus loin sur les plans d'action régionaux, lorsque nous traiterons du partage des responsabilités (section 10).

En somme, les régies régionales, ou encore les centres de prévention du suicide et les autres ressources régionales, ont su concevoir de nombreux outils d'intervention adaptés à leurs besoins ; ces efforts d'instrumentation sont concentrés dans une dizaine de régions. Nous pourrions difficilement parler de chevauchement, même si certains outils se ressemblent beaucoup, car leur implantation et leur développement sont encore en maturation. Quoi qu'il en soit, nos interlocuteurs sont conscients qu'un meilleur partage des expériences est indispensable, pas tant afin d'uniformiser leurs outils que dans le but de les améliorer.

2.4 EN RÉSUMÉ

Selon ce qui ressort des témoignages assez unanimes de nos interlocuteurs, l'intervention d'urgence dans le milieu et le suivi souffrent de multiples difficultés. Ainsi, l'intervention dans le milieu est entre autres peu disponible, puisqu'elle n'est offerte que dans quelques endroits seulement au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Il convient également de souligner le faible arrimage entre certains partenaires du milieu et la ligne d'intervention téléphonique, ainsi que la suppléance obligée des corps policiers en milieu rural et en région périphérique.

En ce qui concerne le suivi de l'intervention, nous retenons la faible disponibilité des services sur les plans psychosocial, psychologique ou médical, l'accès difficile aux ressources en pédopsychiatrie et en psychiatrie ainsi que le peu d'arrimage entre les urgences et les autres services, et ce, de manière généralisée. En outre la disponibilité, la qualité et la capacité des ressources d'hébergement, pour les personnes en crise suicidaire, sont très limitées dans plusieurs régions, lorsque ces ressources existent.

3. LES SERVICES DE POSTVENTION

3.1 LES ÉLÉMENTS DE LA STRATÉGIE D'ACTION

La Stratégie d'action voulait assurer la disponibilité des services d'intervention post-traumatique (débriefing) individuels et de groupe afin que les proches et les différents intervenants puissent avoir accès à ces services dans les 48 heures suivant l'événement (décès ou tentative de suicide) et, si nécessaire, à un suivi professionnel par la suite.

Elle prévoyait également, pour les personnes endeuillées à la suite d'un suicide, la disponibilité de services de postvention individuels ou de groupe qui soient appropriés à leur situation et offerts en collaboration avec les ressources du milieu. Une attention particulière était portée aux enfants, avec des services d'évaluation et de soutien devant leur être offerts systématiquement.

En matière de postvention, il y était question de protocoles lorsque l'événement se produit dans un milieu extérieur (travail, école, etc.), afin de déterminer les responsabilités de chacun dans les actions à mener à la suite d'un décès par suicide ou d'une tentative de suicide.

3.2 L'ÉTAT D'IMPLANTATION

La postvention prend plusieurs formes et se pratique dans des milieux forts différents, tant auprès d'individus que de groupes, et dans tous les groupes d'âge. À titre d'exemple, un programme fort intéressant a été mis en place dans la région de Laval auprès d'enfants dont les parents sont décédés par suicide.

Cependant, les activités de postvention sont encore offertes de façon inégale au Québec. Afin que l'ensemble des activités de ce domaine soient mieux encadrées, un programme de postvention est actuellement en préparation sous la supervision de Monique Seguin, de l'Université du Québec à Hull. Le Ministère rendra ce programme disponible bientôt.

3.3 LES CONSIDÉRATIONS DE NOS INTERLOCUTEURS

D'après la plupart des personnes que nous avons rencontrées, les activités de postvention constituent un domaine d'intervention passablement dynamique dans la majorité des régions du Québec. Le principe qui commande à ces activités est de se préparer à intervenir avant l'événement, afin d'assurer une prise en charge adéquate du milieu au cours des jours suivant l'annonce d'un suicide. Les CPS y sont très actifs et ont su créer des liens de collaboration efficaces avec les autres intervenants de leur milieu et différents organismes de leur communauté, notamment les services d'intervention post-traumatique de certains CLSC.

Les CPS interviennent directement auprès des proches à la suite d'un suicide ou d'une tentative de suicide ; à l'occasion, l'intervention se fait conjointement avec les CLSC. De plus, ils élaborent des programmes de postvention avec les milieux scolaires et les milieux de travail, soutiennent les milieux carcéraux dans leurs interventions, forment des groupes de soutien pour les endeuillés, collaborent avec les coroners afin d'améliorer leur action, diffusent de l'information au public sur leurs services, etc. Cependant, comme nous le verrons, l'implantation de ces activités est très inégale, et dans certains cas se heurte à de sérieux obstacles. En quelques endroits les CPS ont établi des liens étroits avec les CLSC, mais ces derniers s'occupent davantage de l'intervention post-traumatique sur une base individuelle, par l'entremise de leurs services de crise psychosociale.

Les services de postvention en milieu scolaire

En ce qui concerne l'intervention en milieu scolaire, la situation est plus complexe qu'il ne peut y paraître à première vue. Depuis quelques années déjà, plusieurs CPS ont mis en place des protocoles de postvention avec les écoles secondaires de leur milieu. Cependant, ces protocoles demandent une mise à jour régulière pour être efficaces, ce qui n'est pas toujours le cas. Dans certaines écoles, lorsque survient une crise suicidaire, il faut tout refaire à cause du roulement des intervenants, et souvent reprendre la formation de base déjà donnée ; de plus, le caractère exceptionnel de la situation de crise suicidaire constitue une difficulté supplémentaire à la prestation continue et adéquate de services. Dans un tel contexte, quelques responsables régionaux préféreront parler d'ententes informelles, plutôt que de l'existence formelle de protocoles : « Ce n'est pas parce qu'il n'y a pas de protocole en postvention qu'il ne se fait rien ! »

Par ailleurs, quelques régions seulement ont implanté des comités de postvention qui font preuve d'un réel dynamisme. Existe ainsi dans la MRC de la Vallée-de-l'Or, en Abitibi-Témiscamingue, un programme de postvention en milieu scolaire intitulé « Moi j'dis oui à la vie ! » Dans d'autres régions, des comités s'occupent à la fois de prévention

et de postvention en milieu scolaire, alors qu'ailleurs les activités de postvention et de formation des intervenants sont gérées au sein d'un même comité régional. Certains comités font même un cheminement inverse : les intervenants profitent de leurs activités de postvention en milieu scolaire pour aborder la prévention.

Nous reviendrons plus loin sur la prévention en milieu scolaire (section 6), ainsi que sur l'émergence de nouveaux acteurs dans ce domaine, comme la Fédération des cégeps. En ce qui concerne les cégeps, certains, comme les cégeps de Sainte-Foy, André-Laurendeau et de Limoilou, se sont engagés, en plus de la prévention, dans des activités de postvention à l'intention de leur personnel : guide d'intervention, aide-mémoire. Il serait souhaitable, comme le pense la Fédération des cégeps, que les interventions effectuées dans les milieux d'éducation postsecondaire aient davantage de visibilité et de soutien qu'à l'heure actuelle, d'autant que leur clientèle de jeunes adultes est particulièrement touchée par la problématique du suicide.

Les groupes d'entraide et de soutien aux personnes endeuillées

Comme nous l'avons vu, les CPS, à la grandeur de la province, établissent des stratégies d'intervention de deuil et mettent en place des groupes d'entraide et de soutien pour les personnes endeuillées. Certains centres régionaux et locaux d'intervention remplissent également cette fonction, comme le Comité de prévention du suicide d'Amos qui nous a remis plusieurs guides et programmes de postvention adaptés à différents milieux.

Cependant, en milieu rural, des difficultés ont tendance à perdurer : le manque de confidentialité inhérent aux petites localités, la grande distance à parcourir pour atteindre les centres urbains, le petit nombre de personnes pouvant utiliser le service.

À ces difficultés, nos interlocuteurs ont également ajouté que certaines personnes endeuillées ont du mal à s'identifier psychologiquement à un groupe d'endeuillés par le suicide, que ce soit en milieu urbain ou rural. Les jeunes seraient également difficiles à rejoindre, sauf en quelques endroits précis, comme dans la région de Laval où la Ressource Régionale Suicide réussit avec succès à mettre en place des groupes thérapeutiques pour enfants, adolescents et adultes endeuillés par le suicide dans le cadre de son programme intitulé « Vivre un deuil après le suicide d'une personne chère... Et vouloir s'en sortir ». Quelques régions mettent aussi sur pied des groupes de soutien aux personnes endeuillées, sans que leur deuil soit forcément relié au suicide, à cause du faible nombre d'endeuillés par le suicide.

Enfin, le protocole d'entente entre le Bureau du coronier du Québec et les centres de prévention du suicide, qui proposait que les coroners puissent s'engager dans des activités de postvention, notamment en informant les personnes endeuillées sur les services offerts par les CPS, n'a pas connu le succès escompté. Ce qui n'empêche pas quelques coroners, comme ceux du Bas-Saint-Laurent, de collaborer activement avec les CPS et de leur transmettre avec diligence l'information nécessaire à l'accomplissement de leur mandat.

Quelques initiatives encourageantes à souligner

Quelques régions, comme le Saguenay–Lac-Saint-Jean et l'Abitibi-Témiscamingue, ont sollicité avec succès la participation des salons funéraires afin qu'ils facilitent la prise de contact des personnes endeuillées avec les ressources du milieu. En quelques endroits, policiers et ambulanciers remettent aux personnes endeuillées de l'information sur les ressources d'aide. Cependant, ceux-ci hésitent à s'approprier la tâche puisque cela équivaldrait pour eux, estiment-ils, à confirmer que le décès est un suicide, ce qui est de la compétence du coroner.

Quelques CLSC font également de la sollicitation auprès des personnes endeuillées, mais s'interrogent néanmoins : doivent-ils attendre ou non que celles-ci leur fassent une demande formelle ? Quelques-uns contactent les personnes endeuillées, même sans demande explicite de leur part, sans toutefois les harceler pour autant. C'est le cas du CLSC-CHSLD Les Eskers, en Abitibi-Témiscamingue, dont la démarche est appuyée par un avis favorable du Comité consultatif d'éthique appliquée de l'établissement. D'autres, à l'instar la Direction de la santé publique de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeline et le CLSC-CHSLD de Pabok, ont mis en place un programme d'intervention auprès des personnes endeuillées par suicide qui comprend un guide d'intervention à l'intention de l'équipe de santé mentale. Ce programme comporte également des modalités d'orientation proactive par le centre hospitalier, les agents de pastorale, les prêtres, vers les services du CLSC. Il précise la trajectoire des services, les stratégies d'intervention auprès des personnes endeuillées par le suicide, ainsi que les modalités d'orientation. Pour faire face à plusieurs suicides ou tentatives de suicide qui surviennent en même temps, des régions comme le Nord-du-Québec, l'Estrie, les Laurentides et le Bas-Saint-Laurent mettent en place des cellules de crise chargées de coordonner les services en place.

Parmi les différents outils élaborés par les milieux d'intervention, soulignons, outre les dépliants d'information : l'accompagnement des familles et la conception de guides à l'intention des célébrants religieux, effectués notamment par le CPS de Trois-Rivières qui remet également aux enfants endeuillés un ourson en peluche avec les coordonnées de l'organisme, afin qu'ils puissent le rejoindre en cas de besoin ; ou encore, en Outaouais, la tournée d'information des territoires ruraux qu'effectue le Centre Inter-Section, mandaté par la table régionale Réaction-Vie afin de les outiller en matière de postvention.

Dans ces deux mêmes régions, comme un peu partout ailleurs, des tentatives en vue de rapprocher les policiers et les intervenants sociaux sont faites afin de mieux gérer l'après-suicide, mais dans un autre contexte, soit celui de l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., c.P-38.001). Dans le Bas-Saint-Laurent, des actions de postvention sont également menées, non seulement auprès des policiers et des ambulanciers qui ont été mobilisés par un suicide, mais aussi auprès du personnel des entreprises chargées du nettoyage des lieux, qui pourrait éprouver des difficultés face à cette situation pénible.

3.4 EN RÉSUMÉ

Les résultats de notre démarche de consultation montrent que les centres de prévention du suicide sont les principaux prestataires d'activités de postvention au Québec. Si quelques équipes post-traumatiques en CLSC y sont engagées, l'arrimage des intervenants demeure faible. L'intervention post-traumatique est donc disponible, mais son accessibilité est variable, et ce, y compris à l'intérieur d'une même région.

Les milieux scolaires sont ceux qui possèdent le plus grand nombre de protocoles formalisés de postvention, comparativement aux milieux de travail et aux milieux carcéraux. Cependant, une minorité d'écoles seulement sont bien organisées en cette matière, car l'actualisation des protocoles exige un soutien considérable. Il existe un protocole d'intervention dans les centres jeunesse, et des procédures de prévention en milieu carcéral. Soulignons enfin que plusieurs de nos interlocuteurs s'interrogent sur les orientations futures à donner à la postvention.

Des services aux personnes endeuillées sont pour leur part disponibles dans toutes les régions. Toutefois, l'accessibilité et la nature des services sont très variables : suivi individuel et familial, groupes de soutien, groupes d'entraide, groupes de soutien de deuil non exclusif au décès par suicide. Nous avons été à même de constater des difficultés liées à l'étendue du territoire, à la confidentialité dans les petits milieux, au faible nombre de cas pour former un groupe. Quelques régions ont cependant su bien composer avec ces difficultés. Le besoin de développer l'expertise et les ressources relatives aux services aux enfants endeuillés se fait également de plus en plus pressant.

4. L'AMÉLIORATION DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES

4.1 LES ÉLÉMENTS DE LA STRATÉGIE D'ACTION

La Stratégie d'action contient, relativement à l'amélioration des compétences professionnelles, différentes mesures tout aussi importantes les unes que les autres : notamment, la formation des omnipraticiens sur le diagnostic des troubles dépressifs, sur les troubles d'adaptation et sur les stratégies de traitement.

Elle prévoyait également la formation des intervenants sur la détection des troubles dépressifs, des troubles qui leur sont associés et de leurs indices. De plus, elle demandait que soit assurée la formation adéquate des intervenants sur le travail auprès des personnes suicidaires, de leur entourage et des gens endeuillés par le suicide. Dans cette perspective, elle envisageait la formation des intervenants pour optimiser leurs compétences sur les plans de l'évaluation du risque suicidaire, de l'intervention de crise, de la prise en charge, cela incluant le traitement et le suivi.

Y étaient alors proposés différents contenus de formation, afin de concevoir des programmes sur l'intervention et les risques suicidaires, ainsi que des stratégies de représentation auprès des ordres professionnels, afin qu'ils intègrent à leurs règles de déontologie des manières d'aborder les enjeux éthiques en cause. Pour des raisons de

commodité, nous incluons aussi dans la présente section du rapport les témoignages de nos interlocuteurs en ce qui concerne le soutien clinique.

4.2 L'ÉTAT D'IMPLANTATION

Des efforts financiers et logistiques importants ont été consentis par le Ministère, les régions régionales et les différents milieux d'intervention afin d'assurer l'amélioration des compétences professionnelles, plus particulièrement au moyen de programmes de formation en prévention du suicide. L'accréditation et la formation de formateurs, bien que pas encore tout à fait complétées, devraient maintenant faciliter partout au Québec la réalisation d'activités de formation continue des professionnels, des intervenants de première ligne et des omnipraticiens.

L'amélioration des compétences professionnelles tient par ailleurs de plus en plus compte du milieu d'intervention de l'intervenant et s'adapte aux réalités des diverses clientèles. Le programme de formation dans les centres jeunesse soutenu par le Ministère en est un bon exemple, tout comme la formation sur l'intervention auprès des hommes, ou encore le programme de formation médicale de l'Outaouais, ainsi que le programme de formation accrédité de l'AQPS.

4.3 LES CONSIDÉRATIONS DE NOS INTERLOCUTEURS

Nous sommes à même de constater une grande diversité en matière d'activités de formation, et ce, à la grandeur du Québec. Plusieurs régions régionales ont inséré ces activités à l'intérieur de leur programmation annuelle de formation et leur ont réservé des budgets, en général de l'ordre de 20 000 \$ à 40 000 \$. Les centres de prévention du suicide sont également très engagés dans la formation des intervenants de première ligne.

Les activités de formation et d'information

Les initiatives en ce domaine sont très diversifiées, et tout aussi intéressantes les unes que les autres. Cependant, elles ne sont pas mises en place intégralement sur chacun des territoires des régions régionales. Grosso modo, une dizaine de régions ont des activités de formation véritablement structurées. De plus, les activités de formation et d'information se sont davantage développées en fonction du leadership régional et local, ainsi que des ressources professionnelles et financières disponibles.

Les CPS et les ressources régionales en prévention du suicide offrent des journées de formation de base à leur personnel ainsi qu'à certains de leurs partenaires, principalement sur l'intervention de crise, les signes précurseurs et les ressources du milieu. L'AQPS, quant à elle, dispense un programme structuré de formation d'une durée de trois jours. La formation intitulée « Le médecin et l'ado qui déprime » est offerte aux médecins sur une période de quelques heures. Nous reviendrons sur ces interventions un peu plus loin dans cette section. Les centres jeunesse commencent à donner une formation de quelques jours sur leur protocole d'intervention, relativement aux responsabilités confiées aux intervenants des deux premiers niveaux d'intervention.

En milieu carcéral, les comités de prévention, en liaison avec certains CPS comme ceux de Québec et de Sherbrooke, assurent une formation de quelques heures au personnel.

Le portrait est cependant loin d'être complet ; plusieurs activités de sensibilisation et d'information sont réalisées ici et là. Il nous faut aussi mentionner les publications du Ministère, dont le dépliant intitulé *S'entraider pour la vie*, ainsi que les initiatives des régies régionales et des CPS ou celles des centres de ressources régionales. En vrac : des colloques régionaux tenus sur une base annuelle ; des ateliers-conférences ; des rencontres auprès des étudiants des facultés de médecine, notamment à Québec ; de la formation au moment de l'implantation des guides d'intervention ainsi que sur l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., c.P-38.001) ; de l'information sur l'entreposage sécuritaire des armes à feu et leur retrait ; des midi-conférences thématiques ; des journées portes ouvertes pour le grand public ; des tournées de sensibilisation auprès des médecins et des intervenants ; la diffusion de bulletins d'information ; des articles de revue ; des kiosques d'information ; des sites Web, comme Omnimed, qui ont une section sur la prévention du suicide.

La formation des intervenants de première ligne

Selon nos interlocuteurs, les CPS assurent la formation de leurs bénévoles en matière d'intervention de crise, et ce, de manière adéquate et efficace. De plus, certains CPS collaborent avec d'autres intervenants de la communauté, par exemple avec les milieux d'enseignement, les centres de détention et les organismes communautaires, en vue de leur assurer cette formation.

La formation initiale des bénévoles et des partenaires des CPS est donnée à l'intérieur de quelques journées, soit deux à quatre. Les CPS doivent constamment redonner cette formation à leur personnel, principalement à cause du roulement élevé de celui-ci. Ce phénomène est constaté un peu partout dans la province, en région comme dans les grands centres urbains : par exemple à Montréal, où le recrutement demeure un défi quotidien pour Suicide Action Montréal, ou encore en Abitibi-Témiscamingue, où la politique régionale de formation du Centre régional de prévention du suicide est continuellement révisée depuis 1990.

Les intervenants de première ligne, même s'ils sont bien formés quant à la crise et aux signes précurseurs de cette crise, ont également des besoins de formation spécialisée, particulièrement en ce qui concerne les troubles de la personnalité et les personnes qui souffrent de multiples problèmes à la fois (santé mentale, violence, alcoolisme et toxicomanie, itinérance, notamment chez les jeunes, dépendances de toutes sortes). Cependant les ressources actuellement disponibles, tant financières que professionnelles, ne permettent pas de répondre à tous ces besoins en formation. L'idée d'une équipe de formateurs spécialisés qui ferait des tournées dans les régions en attire plus d'un, puisque cela réduirait de beaucoup les frais de déplacement et de remplacement du personnel qui font obstacle à la participation des intervenants régionaux à la formation offerte dans les grands centres urbains.

L'Association québécoise de prévention du suicide, de son côté, a mis en place, en 2002, un ambitieux programme de formation portant sur l'intervention en situation de crise qui a été accrédité par l'organisme d'accréditation SOFEDUC (Société de formation et d'accréditation continue) ; ce programme comporte également un volet de formation des formateurs. D'une durée prévue de 21 heures, ce programme est construit selon une approche par compétence en vue de faciliter l'acquisition des connaissances, le développement d'attitudes favorables et l'acquisition d'habiletés de formation. Il se veut également andragogique et participatif. Des critères rigoureux de sélection sont appliqués aux intervenants qui désirent acquérir cette formation des formateurs : ils doivent posséder 1 000 heures d'intervention, attester de 300 heures à titre de formateurs, et maintenir une pratique clinique en rapport avec le suicide. Au moment de notre consultation, seulement une douzaine de formateurs avaient été accrédités à la grandeur de la province.

Les autres professionnels de la santé, comme les psychologues et les travailleurs sociaux, sont souvent aussi démunis que les médecins omnipraticiens en matière de formation sur la problématique du suicide. Quelques régions, dont l'Abitibi-Témiscamingue et la Côte-Nord, ont réalisé des activités de formation auprès du personnel travaillant dans les urgences hospitalières, dont le personnel infirmier. Comme nous le verrons plus loin (partie III), les ordres professionnels pourraient être davantage mis à contribution, particulièrement à l'occasion de la révision et de l'amélioration des cursus universitaires.

Au moment de notre consultation, les centres jeunesse étaient quant à eux en train de monter des programmes de formation afin d'actualiser le protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire, non sans éprouver certaines difficultés liées au manque de ressources financières et professionnelles, et d'autres, d'ordre logistique, se rapportant au remplacement du personnel qui est appelé à suivre les formations.

La formation des médecins omnipraticiens

La formation des médecins omnipraticiens, quant à elle, a été entreprise il y a peu de temps. À cet égard, il nous faut souligner une réalisation notable, soit celle du Collège des médecins du Québec et du Collège québécois des médecins de famille, qui ont parrainé une formation portant sur la reconnaissance de la dépression à l'adolescence : « Le médecin et l'ado qui déprime ». Le but de cet atelier est de repérer, évaluer et traiter les symptômes dépressifs à l'adolescence, et surmonter la difficulté de créer un lien de confiance dès les premiers contacts. Près de 75 groupes de médecins y avaient assisté lorsque nous avons mené notre consultation. Mais dans l'ensemble, hormis quelques exceptions notables comme en Outaouais et dans la Chaudière-Appalaches, où se donne une formation médicale en prévention du suicide, les médecins sont encore peu enclins à s'inscrire aux formations offertes. Par ailleurs, le programme de formation des médecins omnipraticiens mis en place dans l'Outaouais fonctionnait au ralenti au moment de notre visite, principalement à cause d'un manque de ressources. Sur la Côte-Nord, la formation médicale en était à l'étape de la planification.

Plusieurs points de vue ont été émis sur cette difficulté à rejoindre les médecins omnipraticiens et sur les manières de la résoudre. D'aucuns ont proposé l'établissement d'un partenariat avec leur ordre professionnel, les directions régionales de médecine générale (DRMG) des régions régionales, les responsables de la formation médicale en milieu hospitalier et, éventuellement, les groupes de médecine familiale. Il faudrait de plus considérer le format et le contenu des formations : de préférence au cours d'ateliers-causeries portant sur la santé mentale et le suicide, donc non exclusivement sur ce dernier. Des crédits de formation devraient en outre être reconnus aux médecins pour leur participation. Plusieurs de nos interlocuteurs nous ont également rappelé que la formation donnée « par des médecins à des médecins » demeure celle qui est la plus susceptible de les rejoindre ; la formation continue offerte dans la Chaudière-Appalaches et en Outaouais repose du reste sur ce principe. En Montérégie, un projet pilote financé par le Ministère a été expérimenté afin de former les médecins omnipraticiens à un meilleur repérage des personnes souffrant de dépression et ayant des idées suicidaires. Mais d'un point de vue général, les résultats en matière de formation continue des médecins omnipraticiens sont jusqu'à maintenant plutôt décevants, malgré les efforts déployés.

La formation au sein des communautés

La consultation nous a également permis de découvrir un nombre appréciable de milieux que les activités d'information et de sensibilisation n'avaient pas rejoints, ou pourraient mieux rejoindre, et ce, en dehors des milieux d'intervention du réseau de la santé et des services sociaux.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, certains milieux, souvent avec l'appui des CPS, accordent de plus en plus de place aux activités de sensibilisation sur le suicide. C'est par exemple le cas du milieu carcéral, des services policiers et des services ambulanciers en quelques endroits et, de façon plus intensive, du milieu scolaire (plus particulièrement les cégeps et universités). Ainsi le Service de la pastorale du Cégep François-Xavier-Garneau a mis en place, avec le soutien du Centre de prévention du suicide de Québec et d'autres partenaires, une formation de base à l'intention du personnel intitulée « Le suicide, jamais de la vie. Un filet humain ». De plus d'autres milieux ont été rejoints dans quelques régions, ou seraient en voie de l'être : le personnel travaillant auprès de la clientèle bénéficiaire de la sécurité du revenu, le milieu diocésain et le clergé, l'Association canadienne d'Alzheimer, l'Association canadienne de santé mentale, la Société québécoise de gérontologie, les auxiliaires familiales, les familles d'accueil, les centres d'hébergement, les maisons de jeunes, les communautés autochtones, les communautés homosexuelles, les milieux de travail, syndicats et entreprises. La mobilisation est assez forte dans plusieurs de ces milieux, mais souvent le manque de ressources humaines, techniques et financières les empêche de poursuivre plus avant les projets qui leur tiennent à cœur.

Le soutien clinique

Les mesures de soutien clinique pour les intervenants de première ligne sont encore très peu formalisées. Par exemple, à notre connaissance, aucune région n'a mis en place de comités d'experts. Le soutien clinique aux intervenants est avant tout de nature

informelle, apporté à l'occasion de rencontres de formation ou encore par l'entremise de la ligne téléphonique de prévention du suicide. Ainsi, dans des régions comme l'Estrie, la Chaudière-Appalaches ou encore le Saguenay–Lac-Saint-Jean, les intervenants instaurent différentes modalités de soutien d'ordre clinique, notamment par l'entremise de la ligne téléphonique d'intervention.

Aussi étonnant que cela puisse paraître, le problème du soutien clinique est encore plus criant chez les médecins omnipraticiens et spécialistes, en particulier les psychiatres, qui n'ont pas la chance d'être entourés d'une équipe de soutien solide et qui peuvent devenir rapidement débordés par l'ampleur de la tâche. Une « Grille de soutien à l'observation des indices de pathologie et de détresse en vue d'une consultation clinique et médicale » a cependant été produite dans le cadre du projet d'intervention concertée sur le suicide chez les jeunes en difficulté à Montréal, parrainé par les centres jeunesse de Montréal, l'Hôpital Sainte-Justine et Suicide Action Montréal, mais son utilisation demeure limitée.

Paru tout récemment, en 2003, le Cadre de référence pour la prévention du suicide dans les établissements psychiatriques du Québec fournit de précieuses balises, sur le plan de l'intervention dans ce milieu, que ce soit par rapport au geste suicidaire, à la personne elle-même ou encore à l'évaluation de la dangerosité à laquelle les intervenants sont confrontés¹². Ce cadre contient également différentes recommandations, notamment en matière de formation continue pour le personnel infirmier de ces établissements de santé.

À l'évidence le soutien clinique, malgré tous les efforts des centres de prévention du suicide et des ressources régionales, mériterait une meilleure prise en considération, car il module fortement la capacité des intervenants à faire face à la problématique suicidaire et la qualité de leur action. La coordination clinique, quant à elle, connaît un sort à peu près similaire, tant dans le réseau de la santé et des services sociaux que dans le milieu communautaire ; elle est peu structurée, si ce n'est par l'entremise de la ligne téléphonique d'intervention, de rencontres de discussion de cas et de formation.

4.4 EN RÉSUMÉ

Au moins une dizaine de régions ont déployé des efforts de formation notables, plusieurs régies régionales ayant réservé des budgets récurrents et prévu des plans de formation annuels. De plus, de nouveaux besoins de formation émergent en différents endroits : suivi clinique, double problématique, clientèles particulières, etc. Quelques régions seulement ont implanté des outils de formation et des équipes de formateurs. Les régions périphériques connaissent des difficultés particulières, qui ont trait aux coûts de remplacement du personnel, à la distance, à la disponibilité de l'expertise.

Pour les intervenants de première ligne, la formation à l'intervention de crise auprès des personnes suicidaires, accréditée par l'organisme d'accréditation SOFEDUC, est rendue

12. M. DAIGLE, R. Labelle et C. Girard (2003), *Cadre de référence pour la prévention du suicide dans les établissements psychiatriques du Québec*, Regroupement des directrices de soins d'établissements psychiatriques, Association québécoise des infirmières et infirmiers en psychiatrie.

disponible par l'Association québécoise de suicidologie. À cet égard, l'établissement de standards de formation et une certaine uniformisation pourront faciliter la collaboration clinique.

En ce qui concerne les médecins, plus de la moitié des régions ont réalisé des activités de formation, avec des résultats très inégaux à cause de difficultés reliées à la participation des médecins et au soutien à l'organisation des formations. La participation des médecins semble plus élevée en périphérie. Cela s'expliquerait par l'existence d'un leadership médical et l'utilisation des structures déjà en place : département régional de médecine générale, responsables de la formation en milieu hospitalier.

Le soutien clinique dédié aux intervenants est disponible dans plusieurs régions, mais principalement par l'entremise de la ligne d'intervention des centres de prévention du suicide. Quelques régions possèdent des équipes de soutien clinique ou des groupes de soutien locaux, de même, quelques CLSC seulement se sont dotés de ressources de supervision clinique. Dans les centres jeunesse, le protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire prévoit la mise en place d'équipes de soutien ; cependant, l'expertise spécialisée en santé mentale, de même que l'expertise médicale en général, sont peu accessibles.

5. L'INTERVENTION AUPRÈS DES GROUPES À RISQUE

5.1 LES ÉLÉMENTS DE LA STRATÉGIE D'ACTION

Les auteurs de la Stratégie d'action rappelaient que certains groupes de personnes risquent davantage de se suicider, par exemple les individus qui ont déjà manifesté un comportement suicidaire, les hommes de 20 à 55 ans, les toxicomanes et les personnes souffrant de troubles mentaux. Ils estimaient également que le fait de cibler des clientèles à risque devrait permettre de prévenir les gestes suicidaires.

Dans cette perspective, la Stratégie d'action proposait entre autres de cibler et de soutenir financièrement, dans une ou plusieurs régions, des projets visant à mettre au point et à évaluer des programmes de prévention et des activités d'intervention efficaces auprès des groupes les plus à risque. Dans la foulée, des projets favorisant l'engagement de sentinelles auprès des groupes de personnes à risque devaient être mis en place.

5.2 L'ÉTAT D'IMPLANTATION

En 1999, le Ministère procédait à un appel de propositions afin de financer des projets d'intervention et d'évaluation auprès des clientèles les plus à risque. Au total, 64 projets ont été soumis au Ministère aux fins de financement. De ce nombre, 28 ont été présentés dans la catégorie des projets exploratoires ; 11 ont été jugés non admissibles parce qu'ils ne répondaient pas aux paramètres de l'appel de candidatures, et 10 ont été rejetés parce qu'ils présentaient des faiblesses majeures ou étant jugés insuffisants par le comité scientifique chargé de leur examen. En résumé, 7 projets de cette catégorie ont

été recommandés et financés par le Ministère. Dans la catégorie des projets d'intervention et d'évaluation, le Ministère a reçu 36 demandes ; 9 projets ont été jugés non admissibles, et 8 ont été rejetés parce qu'ayant obtenu un résultat trop faible sur les critères d'évaluation. Seulement 10 de ces projets ont été recommandés par le comité scientifique d'évaluation puis financés par le Ministère.

Une analyse sommaire des projets financés par le Ministère permet de constater que tous rejoignent les priorités déterminées par la Stratégie d'action. De plus, ils couvrent une variété de dimensions, se répartissent dans la majorité des régions et permettent de rejoindre les milieux ruraux, urbains et semi-urbains. Les demandeurs sont également diversifiés, allant d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux aux organismes communautaires et aux établissements universitaires. Plusieurs de ces projets peuvent être considérés comme novateurs, en plus de viser la concertation entre les divers réseaux d'intervenants pour une action plus efficace et complémentaire.

Conformément aux priorités énoncées dans la Stratégie d'action, ces projets portent sur : le suivi des personnes ayant fait une tentative de suicide ; la formation des médecins omnipraticiens ; l'aide aux hommes suicidaires ; les hommes incarcérés ; les hommes ayant des problèmes d'abus ou de dépendance à l'égard de différentes substances ; la formation de sentinelles ; la concertation relativement à l'intervention auprès des jeunes ; l'intervention précoce auprès des jeunes filles en difficulté ; les policiers en milieu urbain.

Les rapports auxquels ont conduit certains de ces projets sont présentés en annexe, en fonction de la clientèle visée, de leurs objectifs, de leur méthodologie ainsi que de leurs principaux résultats.

5.3 LES CONSIDÉRATIONS DE NOS INTERLOCUTEURS

En plus des projets d'intervention et d'évaluation financés par le Ministère, plusieurs initiatives ont été lancées en région afin de rejoindre différents groupes de personnes considérées comme plus susceptibles de se suicider ou de faire une tentative de suicide. Pour la majorité, elles ont été financées par les régies régionales. De plus, ces initiatives cadrent bien avec les orientations que donnait la Stratégie d'action.

Au sein de la communauté

C'est un peu en vrac que nous énumérerons les initiatives entreprises en région. Nous sommes également conscient que nous n'avons pu prendre connaissance de l'ensemble de ces initiatives au cours de notre consultation.

Soulignons d'abord l'intervention de prévention effectuée auprès des hommes dans le cadre de la campagne « Demander de l'aide c'est fort » ; amorcée au Saguenay–Lac-Saint-Jean, elle s'est rapidement répandue à l'extérieur des frontières régionales. Rappelons également le projet MARCO (« Ensemble on peut faire mieux »), mis en place par Suicide Action Montréal dans la perspective d'améliorer la rapidité de l'évaluation et du service et qui, pour ce faire, mise sur le partenariat. Dans la région de Laval, le projet MASC, parrainé par l'organisme CHOC, intervient, au moyen de

rencontres de groupes, auprès des hommes considérés comme à risque à la suite d'une rupture, mais son financement est précaire. Le projet Trajectoires, dans les Laurentides, tente de retracer le cheminement de la demande d'aide des hommes. En Estrie, la Maison Saint-Georges fait figure de pionnière en s'adressant aux hommes aux prises avec plusieurs problèmes à la fois : toxicomanie, alcoolisme, santé mentale et tout autre problème de nature connexe. Dans la Chaudière-Appalaches, le programme de formation de sentinelles qui, au départ, visait prioritairement les entreprises composées en majorité de travailleurs masculins, est maintenant davantage « populationnel » et s'étend notamment, au sein même des municipalités, aux jeunes et aux conjoints des hommes à risque, en plus de cibler les endroits fréquentés par les hommes durant leurs loisirs. En Abitibi-Témiscamingue, des cartons d'allumettes désignant les ressources à contacter sont déposés dans les bars. En Outaouais, un regroupement de chauffeurs de taxi assure la diffusion de dépliants sur le suicide, au besoin.

Différentes initiatives ont également été mises en place en ce qui concerne les jeunes. Ainsi, les employés du pub de L'Université Laval à Québec, de même que les éducateurs physiques sont sollicités et formés pour agir comme sentinelles. Dans Lanaudière, il existe un groupe de soutien pour les jeunes de 15 à 29 ans (ACE : Aide, coopération, entraide). À Lebel-sur-Quévillon le Symbiose café, un café Internet, s'adresse aux 16-35 ans. Toujours en ce qui concerne les jeunes, les travailleurs de rue, ou de corridors dans les cégeps, ainsi que les infirmiers en place, sont des intervenants particulièrement accessibles et proches d'eux. Les centres jeunesse font pour leur part l'objet d'une attention soutenue, et il est à espérer que leur protocole d'action soit mis en œuvre à la grandeur du Québec. Les familles d'accueil et les maisons de jeunes sont visitées par les intervenants en quelques endroits. L'orientation sexuelle, l'homosexualité masculine plus précisément, commence aussi à être prise en considération, non en raison de sa nature mais à cause des difficultés sociales qui y sont associées, notamment chez les jeunes. Ainsi, la région de Québec a déployé un site Web qui s'adresse à eux.

Dans la région de Laval, les personnes âgées font l'objet d'une intervention en quatre axes, l'un d'eux étant de briser l'isolement des personnes endeuillées. Dans Lanaudière, les autochtones ont accès à des structures d'accueil et de prise en charge supervisées par le Centre hospitalier régional de Lanaudière, mais les problèmes concernant cette population demeurent criants, tout comme sur la Côte-Nord et ailleurs au Québec.

Les milieux carcéraux, notamment à Québec, en Estrie et sur la Côte-Nord, se sont donné des équipes d'intervention et de prévention du suicide qui entretiennent des liens étroits avec les centres de prévention du suicide. Malheureusement, nous rappelent autant l'actualité quotidienne que les projets d'intervention et d'évaluation financés par le Ministère, notamment celui réalisé à l'Université du Québec à Trois-Rivières, ces milieux devront parcourir encore beaucoup de chemin pour en arriver à une prise en charge adéquate des hommes en difficulté, et ce, malgré les efforts des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et ceux du ministère de la Sécurité publique, qui a entre autres confectionné une grille, à remplir par l'intervenant, établissant les critères de filtrage pour le dépistage et la prévention du suicide en milieu carcéral.

La grande diversité des initiatives, voire, dans certains cas, leur assez haut degré d'innovation, atteste du dynamisme du milieu en matière de prévention du suicide. Or, la plupart d'entre elles sont constamment en recherche de financement, ce qui devient rapidement épuisant pour leurs promoteurs. Enfin, la majorité de ces initiatives n'ont pas reçu de caution scientifique, ce qui ne semble cependant pas les empêcher d'être socialement utiles. À cet égard, il convient de souligner la malencontreuse non-récurrence budgétaire de tous les projets, y compris de ceux qui ont fait l'objet d'études scientifiques solides.

En milieu de travail

Les hommes ont fait l'objet d'une attention particulière, notamment par la mise en place de groupes d'aidants naturels en milieu de travail (Saguenay–Lac-Saint-Jean, Abitibi-Témiscamingue, Nord-du-Québec) et de réseaux de sentinelles (entre autres dans la Chaudière-Appalaches et l'Outaouais). En fait, près de la moitié des régions du Québec ont implanté ce genre d'interventions. Ailleurs, des groupes de travail sont en formation. Les délégués syndicaux se sont avérés particulièrement actifs dans certaines régions, avec l'appui des centres de prévention du suicide. De grandes entreprises, comme Alcan et Hydro-Québec, se sont montrées très favorables à de telles initiatives.

Dans la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, les fermetures d'usine ont donné lieu à une prise en charge immédiate de la problématique par un organisateur communautaire délégué sur place. Cependant, dans l'ensemble, les intervenants ont encore de la difficulté à pénétrer les milieux de travail. À cet égard, nous croyons que la collaboration des équipes régionales de santé au travail, rattachées aux directions de santé publique, pourrait être un précieux atout afin de faciliter l'intervention.

En milieu autochtone

La rencontre de fondation de l'Association de la prévention du suicide des intervenants des Premières Nations s'est tenue à Hull en mai 2002, au cours du colloque de l'Association québécoise de prévention du suicide. Le but de cette rencontre consistait à amorcer un exercice de réflexion sur l'ampleur de la problématique du suicide en milieu autochtone, sur le travail des intervenants ainsi que sur les actions susceptibles de contribuer aux mieux-être des intervenants et à la réduction de l'incidence du suicide dans les collectivités autochtones du Québec.

Le rapport rédigé à la suite de la rencontre de fondation de l'Association¹³ permet de constater que certaines communautés autochtones ont élaboré des projets et des initiatives novateurs ; le suicide y est abordé au moyen de différentes activités qui mettent l'accent, de façon distincte ou simultanée, sur la prévention, l'intervention et la postvention. Parmi ces initiatives, signalons plus particulièrement : une formation destinée aux intervenants, élaborée par le groupe Mamit Inuat ; l'initiative Mikon des trois communautés attikameks, dont celle de Manawan, où les jeunes sont pris en charge par l'entremise d'un projet allant de la prévention jusqu'à la postvention, en passant par la mise en place d'activités culturelles, notamment les ateliers du Cirque du

13. P. HANNIS (2002), *Rapport de la première rencontre de l'Association Prévention Suicide-Premières Nations*, Montréal, Association Prévention Suicide-Premières Nations.

Monde ; dans le Nunavik, la mise sur pied, par le Conseil régional inuit de la santé, d'un groupe de travail assurant la sensibilisation de la population à la prévention du suicide auprès des quatorze municipalités inuites du Québec ; à Kanasatake et à Waswanipi, la mise sur pied d'une équipe d'intervention et de débriefing formée d'intervenants du milieu supervisés cliniquement.

Par ailleurs, le rassemblement des membres de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador a fait du suicide une priorité pour les cinq prochaines années en élaborant une proposition de plan d'action sur le sujet¹⁴. Les mandats et actions prioritaires qui en découlent sont : mettre en place les structures nécessaires pour prévenir et contrer le suicide dans les communautés autochtones du Québec et du Labrador à court, moyen et long terme ; favoriser l'élaboration et la réalisation d'initiatives locales et régionales liées à la problématique du suicide ; favoriser la constitution d'un réseau d'intervenants outillés et soutenus pour prévenir et contrer le suicide.

En mai 2003, la communauté innue Uashat-Maliotenam a quant à elle tenu un premier forum communautaire sur le suicide au musée Shaputuan, sur la Côte-Nord. Pour sa part le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James rend disponible, sur demande, différents services cliniques de santé mentale dans le cadre de son programme intitulé « Iyiyuu-maamuu-pimatisiwin », dont le but est l'harmonie avec soi et son entourage à partir d'une approche holistique.

Par ailleurs, la grande diversité des communautés autochtones constitue l'une des particularités fondamentales de ce milieu. Les problèmes et leur gravité différant d'une communauté à l'autre, la prise en charge se doit de tenir compte de ce contexte. Il faut donc veiller à adapter l'intervention en conséquence, et ce, de façon à respecter la réalité de chacune des communautés.

5.4 EN RÉSUMÉ

En ce qui concerne les groupes à risque, les régions ont généralement orienté leurs interventions sur les hommes ; plusieurs ont ciblé les milieux de travail et tenté de créer des liens avec les syndicats et les programmes d'aide aux employés. Par ailleurs, nombre de projets sentinelles rejoignent l'entourage immédiat des hommes. Quelques groupes de travail régionaux ont été mis en place et quelques projets axés sur la demande d'aide ont été implantés. À cet égard, il convient de souligner que la formation « Intervenir auprès des clientèles masculines » de l'AIDRAH (Action intersectorielle pour le développement de la recherche et de l'aide aux hommes) est maintenant disponible.

Certains projets d'intervention et d'autres activités ponctuelles s'adressent aux jeunes, parfois en relation avec les centres jeunesse, mais il reste beaucoup à faire à leur égard, et davantage encore en ce qui concerne les jeunes de la rue. Nous avons été à même de constater le peu de mesures particulières autant pour les personnes ayant fait des

14. CSSSPNQL-FNQLHSSC (2003), *Agir pour la vie. Proposition d'un plan d'action. Une démarche stratégique face à la problématique du suicide pour les communautés des Premières Nations du Québec*, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador.

tentatives de suicide que sur les facteurs de risque comme tels. De plus, à l'exception de quelques régions, les liens entre le réseau de la santé et des services sociaux et les milieux de détention sont encore peu développés. Certaines clientèles sont de plus en plus préoccupantes : les personnes aux prises avec des problèmes multiples, les joueurs pathologiques, les jeunes gais et lesbiennes, les personnes âgées. Nous constatons en outre l'existence de plusieurs préoccupations régionales émergentes : autochtones, militaires, populations isolées.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a par ailleurs financé plusieurs projets d'intervention et d'évaluation auprès des groupes les plus à risque. Des projets se rapportent aux hommes en général, ou en difficulté : incarcérés, toxicomanes, itinérants ou suicidaires. D'autres s'adressent plus particulièrement aux jeunes à risque, avec un accent mis sur les personnes contrevenantes, toxicomanes ou ayant eu besoin d'une intervention à la suite d'une tentative de suicide. Le Ministère a également financé deux projets de recherche sur les jeunes hébergés en centre jeunesse. Les rapports issus de ces différents projets sont présentés de manière détaillée en annexe.

6. LES INTERVENTIONS EN PROMOTION ET EN PRÉVENTION AUPRÈS DES JEUNES

6.1 LES ÉLÉMENTS DE LA STRATÉGIE D'ACTION

En 1998, la Stratégie d'action soulignait l'importance de bien distinguer, d'une part les activités reliées à la prévention des comportements suicidaires et, d'autre part, les actions qui visent à améliorer les compétences personnelles et sociales et qui sont susceptibles de prévenir l'accroissement de divers problèmes sociaux. Elle rappelait également la nécessité d'agir en amont des problèmes, et ce, dans une optique de santé publique. De plus, de concert avec le ministère de l'Éducation, le ministère de la Santé et des Services sociaux retenait les recommandations du Conseil permanent de la jeunesse les plus susceptibles de permettre l'atteinte de cet objectif.

Ainsi, la Stratégie d'action recommandait de s'assurer, en milieu scolaire, d'une programmation qui vise le renforcement des aptitudes personnelles et sociales des jeunes tout en préconisant un environnement favorable à l'adoption de saines habitudes de vie. Elle favorisait aussi l'expérimentation de projets de prévention du suicide en milieu scolaire et leur évaluation. Une dernière action portait sur la mise en place, dans chacune des régions, d'une équipe capable d'intervenir en collaboration avec le milieu scolaire lorsque s'y produit un suicide ou une tentative de suicide.

6.2 L'ÉTAT D'IMPLANTATION

En plus des activités de postvention en milieu scolaire, le Ministère a démarré et financé plusieurs interventions en promotion et en prévention auprès des jeunes à la grandeur du Québec. Des budgets importants ont été consacrés à cette fin. Comme nous le verrons un peu plus loin, le Ministère a aussi organisé, en décembre 2000, une journée

de réflexion sur la prévention du suicide chez les jeunes en présence des principaux intervenants concernés.

Le Ministère a par ailleurs accordé son soutien financier au programme « Solidaires pour la vie », de la Fondation québécoise des maladies mentales, qui porte sur la sensibilisation à la dépression auprès des jeunes de 14 à 18 ans, en plus d'avoir réalisé sa propre campagne de prévention de la détresse chez les jeunes intitulée « Parler, c'est grandir ».

Il n'existe pas de consensus sur l'utilité ou l'à-propos d'aborder directement le sujet du suicide auprès des jeunes. L'adoption d'une approche plus globale en milieu scolaire et la question du développement des compétences sont au centre des préoccupations actuelles de plusieurs intervenants. Le fait de cibler les jeunes qui risquent le plus d'avoir des comportements suicidaires, comme ceux des centres jeunesse, a l'avantage de mobiliser plusieurs réseaux. On constate également le déséquilibre entre l'importance des efforts de prévention consentis au niveau secondaire et les risques accrus, mais moins pris en considération, que courent les jeunes adultes des niveaux collégial et universitaire de développer des comportements suicidaires.

6.3 LES CONSIDÉRATIONS DE NOS INTERLOCUTEURS

La programmation auprès des jeunes¹⁵

Conformément à la Stratégie d'action, et même antérieurement à celle-ci, nombre de programmes et de projets d'intervention particuliers au suicide ont été mis en place afin de rejoindre les jeunes, leurs parents et les personnes qui interviennent auprès d'eux, principalement en milieu scolaire. Ces interventions ne sont cependant pas implantées à la grandeur de la province, l'initiative régionale et locale compte pour beaucoup dans leur mise en place.

Ainsi le programme de l'AQPS, « Agir ensemble pour prévenir le suicide chez les jeunes », présenté un peu plus loin, tente d'infléchir le nombre de suicides et de tentatives de suicide. Pour sa part le programme de transmission intergénérationnelle de la Direction de santé publique de la Régie régionale de la Côte-Nord, par exemple, cible entre autres l'amélioration de la compétence parentale en intervenant sur l'apparition des idées suicidaires. L'atelier « Le médecin et l'ado qui déprime », quant à lui, se veut un instrument de reconnaissance de la dépression à l'adolescence pour les médecins.

Dans les classes maternelles et primaires, le programme « Fluppy » intervient en amont en favorisant l'entraînement aux habiletés sociales alors que d'autres, comme « École en santé » ou « Le sac à dos », agissent à la fois sur les habiletés sociales, l'amélioration des compétences personnelles, l'estime de soi et la résolution de problèmes. Le programme « Plein le dos » veut quant à lui renforcer plus particulièrement les facteurs de robustesse, de manière à favoriser la prévention du

15. L'Association québécoise de prévention du suicide a produit, en collaboration avec le Conseil permanent de la jeunesse et l'Assurance-vie Desjardins-Laurentienne, un répertoire du matériel de prévention du suicide chez les jeunes intitulé *Des outils pour la vie*, qu'elle met à jour au besoin.

suicide chez les jeunes en milieu scolaire de niveau primaire. L'évaluation de « Plein le dos »¹⁶ montre toutefois que ses effets positifs sont très difficiles à détecter, du moins à court terme, mais le programme ne semble pas nuire aux jeunes auxquels il est diffusé. De son côté Suicide Action Montréal faisait la promotion de son guide d'intervention intitulé « Le suicide chez les jeunes ».

Au moment de notre consultation, l'AQPS venait de lancer son programme de prévention « Agir ensemble pour prévenir le suicide chez les jeunes », qui s'adresse autant aux jeunes qu'à leurs parents et aux intervenants du milieu. Un article paru en 2003 présente l'évaluation de ce programme implanté dans quatre régions du Québec¹⁷. L'analyse de l'implantation, de l'intervention et des effets montre que le programme est implanté avec succès et que les outils élaborés, particulièrement la vidéocassette « Le Secret », s'avèrent pertinents ; des effets sont constatés à court terme chez les jeunes. Le programme améliore la connaissance des indices reliés au suicide et la connaissance des ressources, et a des effets sur les intentions d'action et la volonté de partager une confidence sur leurs idées suicidaires.

Le Ministère a pour sa part lancé en 2000 une campagne de prévention de la détresse chez les jeunes et leur entourage, « Parler c'est grandir », afin d'agir plus précisément sur l'émergence de compétences et de modes d'adaptation réussis. Cette campagne comporte plusieurs stratégies de communication, dont des messages télévisés de même qu'une tournée dans les écoles avec les outils suivants : brochure d'information, banderole, pièce de théâtre et présentation des ressources, affiche, « clip machine », etc. Le contenu de cette campagne a été apprécié favorablement par la majorité de nos interlocuteurs, du moins ceux dont les milieux avaient pu en bénéficier au moment de notre passage. Cependant, nombre d'entre eux auraient souhaité de meilleurs arrimages entre le Ministère et les régies régionales à l'occasion du lancement de cette campagne ; cela aurait permis, croient-ils, de s'assurer d'une meilleure pénétration de la campagne dans les milieux, de mieux la cibler en certains endroits, et d'en assurer une plus grande pérennité en région. Selon plusieurs de nos interlocuteurs, la pièce de théâtre semble le volet qui a eu le plus de succès auprès des jeunes, et mériterait d'être mieux publicisée. Les commentaires de nos interlocuteurs tendent à confirmer que les éléments interactifs et d'animation demeurent des éléments clés dans une telle campagne.

Certaines régies régionales, en établissant un partenariat entre leur direction de santé publique, des intervenants de CLSC en milieu scolaire et quelques CPS, sont particulièrement actives auprès des jeunes, et ce, de manière soutenue, en ce qui concerne la promotion de la santé. Ainsi, En Estrie, un cadre de référence en promotion de la santé publique et en prévention auprès des jeunes est en place depuis 1996 ; il vise à développer les compétences personnelles des jeunes et à prévenir la détresse chez ces derniers. Le programme « À toute jeunesse ! », en Montérégie, se veut une initiative de prévention globale auprès des jeunes. Dans la Gaspésie-Îles-de-la-

16. B. MISHARA (1998), *Résultats préliminaires d'une évaluation des effets du programme de prévention primaire auprès des jeunes «Plein le dos»*, Montréal, CRISE.

17. S. RAYMOND, B. Mishara, D. Routhier et L. Charbonneau (2003), « Nouveau programme de prévention du suicide chez les jeunes : Résultats d'une évaluation », *Revue québécoise de psychologie*, vol. 24, no 1.

Madeleine, un réseau de repérage, soutien et orientation a été créé en milieu scolaire. Dans la région de Laval, le projet Astuces offre une thérapie cognitive de groupe aux jeunes, tandis que le projet Relais aide et guide les jeunes à risque, leurs parents et les intervenants. À Montréal, le projet d'intervention concertée sur le suicide chez les jeunes en difficulté met à contribution de nombreux partenaires, dont les centres jeunesse, l'Hôpital Sainte-Justine et Suicide Action Montréal.

Un peu partout, en fait, des interventions sont dédiées aux adolescents et aux jeunes adultes, habituellement menées par les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et leurs partenaires : ateliers de gestion de crise personnelle, groupes de discussion, vidéos, cédéroms interactifs, séances d'information accompagnées d'un sketch interactif, ateliers de discussion sur la dépression et le suicide, sites Internet, distribution de pommes avec un logo identifiant le CPS, contribution de restaurants populaires (Subway) à la sensibilisation auprès des jeunes. Mentionnons, encore, le document « Parent-adolescent, ensemble pour vaincre le suicide », du Centre de prévention du suicide de Malartic, en Abitibi-Témiscamingue, destiné aux parents d'adolescents, aux enseignants et intervenants, ou la mise en place du « Réseau Ado » en Montérégie. Sur la Côte-Nord, la Direction de la santé publique a implanté « Une affaire de famille ! », un intéressant programme de prévention intergénérationnelle de huit rencontres afin d'agir sur les difficultés de fonctionnement familial. Ce projet de prévention, unique en son genre, est axé sur la transmission intergénérationnelle des valeurs et ses effets sur la santé et le bien-être des individus.

Le Centre de prévention du suicide du Saguenay-Lac-Saint-Jean lançait récemment, avec le soutien financier du Fonds jeunesse du Québec, un DVD interactif intitulé « Agir avant, agir à temps ». Cinq thèmes y sont abordés : les pertes et les changements éprouvés à l'adolescence ; la violence, l'intimidation et le harcèlement ; l'estime de soi ; les conflits interpersonnels ; la problématique du suicide.

Ces moyens sont essentiels afin de rejoindre les jeunes puisque ceux-ci, règle générale, utilisent moins que les adultes la ligne téléphonique 1 866 APPELLE. Il reste que plusieurs de nos interlocuteurs ont tenu à souligner le manque d'interventions de suivi entre les services hospitaliers et le monde de l'éducation à la suite d'une tentative de suicide faite par un jeune. Plusieurs d'entre eux réintégreraient le milieu scolaire sans que personne soit au courant, ce qui empêche les responsables en milieu scolaire de fournir une assistance à ces jeunes.

L'intervention en milieu scolaire, en milieu naturel et en institution

En milieu scolaire, le dynamisme de l'intervention repose beaucoup sur la capacité des personnes à établir des alliances naturelles susceptibles de pallier les manques de coordination intersectorielle relevés en 1998, et encore existants aujourd'hui. De plus, pour certains de nos interlocuteurs, la réforme des services complémentaires menée par le ministère de l'Éducation, qui a conduit à l'instauration des conseils d'établissement, a compliqué leur accès aux écoles par l'introduction de ce palier supplémentaire de décision. Par ailleurs, à cause du contexte de compressions budgétaires des dernières années, plusieurs CLSC se sont désengagés du milieu scolaire, notamment en ce qui concerne le personnel infirmier. D'un autre côté, nombre de personnes nous ont rappelé

que les écoles étaient trop sollicitées de part et d'autre, et qu'il y aurait lieu d'intégrer davantage les différentes interventions en promotion de la santé et en prévention.

Plusieurs guides d'intervention ont été produits en milieu scolaire afin de préciser le « quoi faire » et ainsi, aider le milieu à se prendre en charge. À titre d'exemple, le guide « Accroche-toi ! », de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, qui a inspiré le « Guide d'intervention en prévention du suicide » élaboré conjointement par la Régie régionale de la Chaudière-Appalaches et les CLSC de son territoire pour leur comité régional. Le CLSC-CHSLD de la Baie-des-Chaleurs a pour sa part réalisé des guides en collaboration avec la Commission scolaire René-Lévesque et la Direction de la santé publique de la Gaspésie. Ils s'intitulent « Je tiens à toi ! Prévenir le suicide à l'école aux Quatre-Vents », et sont destinés au personnel de l'école et à l'équipe d'intervention sur le suicide.

Par ailleurs, presque tous les cégeps, soutenus par la Commission des affaires étudiantes de la Fédération des cégeps, le ministère de l'Éducation et le Fonds jeunesse du Québec, ont élaboré des projets de prévention, dont celui des travailleurs de corridors qui semble particulièrement prometteur si l'on considère son potentiel de repérage et de prise en charge rapide des jeunes en difficulté. L'objectif premier de ces projets est également des plus intéressants, puisque ceux-ci renferment un fort potentiel d'humanisation des milieux d'enseignement. Certaines universités ont quant à elles mis sur pied des comités de prévention et assurent la formation de sentinelles (éducateurs physiques, personnel de la restauration) à l'intérieur de leurs murs. Des régions, comme Québec, ont également mis en place une table de concertation sur le suicide composée de représentants du monde universitaire et collégial, à laquelle participe le Centre de prévention du suicide. L'engagement des cégeps dans la prévention du suicide est abordé de façon plus détaillée dans la section du rapport qui est consacrée à notre rencontre avec les représentants de la Fédération des cégeps.

Dans un autre registre, l'un de nos interlocuteurs a fait image relativement au manque d'interventions en prévention chez les jeunes en disant qu'en certains endroits, l'on semble se préoccuper davantage des épidémies de poux que du bien-être psychologique des jeunes. Cette remarque nous semble bien illustrer le tiraillement actuel entre différentes formes de services qui auraient avantage à être mieux équilibrées. Une personne issue d'une autre région, faisant écho à ce témoignage, insiste sur la nécessité pour chaque jeune Québécois d'avoir un « pack-sac sur le comment vivre ». Ailleurs encore, on a souligné la nécessité de redonner la parole aux jeunes dans notre société, de favoriser des relations privilégiées avec eux, de les accompagner au quotidien, de ne pas se contenter de leur rendre accessibles des services de santé et des services sociaux, de développer une plus grande sensibilité à leur égard. Dans les communautés autochtones, les difficultés sont nombreuses, on le sait ; cependant cela n'empêche pas les intervenants de garder courage et de mettre en place des comités d'intervention en milieu scolaire, comme dans la réserve de Betsiamites, sur la Côte-Nord.

La récente réforme des services complémentaires du ministère de l'Éducation, comme nous l'avons évoqué précédemment, a aussi modifié la donne par rapport aux écoles secondaires, les intervenants devant maintenant transiger avec les conseils

d'établissement plutôt qu'avec les commissions scolaires. Et ce, dans un contexte où les écoles sont déjà sollicitées par une multiplicité d'interventions. Plusieurs en appellent dès lors à une meilleure intégration des approches, afin de simplifier la vie de tous (intervenants, responsables scolaires, parents), et aussi pour faire en sorte de favoriser la rationalisation des moyens à mettre en œuvre.

En dehors du milieu scolaire, l'accessibilité et la disponibilité des services pour les jeunes nous semblent difficiles. Restent les maisons de jeunes, chroniquement sous-financées, et quelques travailleurs de rue en certains endroits. Cependant, les jeunes de la rue, sans travail et sans fréquentation scolaire, sont laissés à eux-mêmes, surtout dans les grands centres urbains. Il y a là urgence d'agir, estiment plusieurs de nos interlocuteurs. Les jeunes en milieu de travail non plus n'obtiennent pas forcément réponse à leurs besoins, confrontés qu'ils sont à un monde d'adultes où les services sont souvent pensés en fonction de problèmes d'adultes (faillite personnelle, divorce, relations parentales, etc.). Étant donné ce contexte, il conviendrait peut-être, estiment d'aucuns, de créer ou de renouveler certaines alliances sur le plan de l'intervention, notamment avec les responsables du programme de prévention des toxicomanies, qui semble assez bien implanté à la grandeur du territoire. La contribution des communautés elles-mêmes à la prise en charge de leurs problèmes ne doit pas non plus être sous-estimée, bien qu'il ne faille pas faire reposer sur elles tous les devoirs et responsabilités. À cet égard, l'engagement des animateurs de pastorale de certains diocèses, comme dans la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, mérite d'être souligné.

Les projets les plus structurés, relativement à la concertation des intervenants auprès des jeunes, se trouvent cependant dans les centres jeunesse : par exemple le projet Concerto en Estrie, et le projet d'intervention concertée de Montréal dans lequel sont engagés le centre jeunesse, l'Hôpital Sainte-Justine et Suicide Action Montréal. Dans les centres jeunesse, les jeunes filles autochtones et les jeunes garçons victimes d'abus et de violence constituent des clientèles particulièrement à risque, selon nos interlocuteurs.

Des interventions en question

En ce qui concerne les interventions auprès des jeunes, nous ne pouvons passer sous silence le questionnement de plusieurs de nos interlocuteurs, questionnement déjà existant en 1998 et qui semble persister. Jusqu'où va-t-on dans l'amélioration des compétences chez les enfants et les adolescents ? L'approche semble avoir certaines limites, la modification ponctuelle de quelques connaissances ne remplace pas le travail en profondeur sur les attitudes par rapport aux relations interpersonnelles.

L'entraide par les pairs, traditionnellement préconisée, n'a-t-elle pas pour effet de responsabiliser trop fortement le jeune qui ne réussit pas à empêcher le suicide ou la tentative de suicide de l'un de ses amis ? Cette préoccupation, grandissante, fait qu'en plusieurs endroits ce type d'intervention quitte l'avant-scène. Le degré d'universalité et l'intensité des interventions ont été aussi discutés par certains de nos interlocuteurs. Est-ce pertinent de faire du « mur à mur » ? Comment intégrer d'éventuelles orientations nationales aux préoccupations régionales et locales ?

La littérature scientifique démontre que pour être efficace, une intervention doit être implantée avec une certaine intensité. Mais quand faut-il s'arrêter ? L'approche « plus de la même chose » solutionne-t-elle un problème ou contribue-t-elle au contraire à l'aggraver ? Une approche reconnue efficace dans des conditions expérimentales l'est-elle encore dans un milieu de vie naturel, différent de celui de l'expérience initiale ?

Durant notre consultation, l'Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ) était à préparer un avis sur des sujets similaires, et plusieurs de nos interlocuteurs l'attendaient avec impatience. Dans un article publié en 2003, Marie Julien, de l'INSPQ, dresse un bilan des études évaluatives portant sur les stratégies de prévention du suicide chez les jeunes. Elle en arrive au constat que la majorité des études portent sur des interventions visant à repérer et à orienter les jeunes à risque. La recension d'études qu'elle a effectuée montre aussi que les résultats probants de certaines des stratégies répertoriées attesteraient de leur efficacité à diminuer les taux de suicide¹⁸.

6.4 EN RÉSUMÉ

Dans l'ensemble, les interventions de sensibilisation auprès des jeunes demeurent limitées, quoique intéressantes. Dans un contexte de questionnement général sur les orientations à privilégier en promotion et en prévention auprès des jeunes, les tendances actuelles sont à l'élaboration de programmes de développement des compétences personnelles et sociales, de programmes-cadres globaux, de projets d'action concertée, avec une préoccupation pour l'intervention au primaire. Il faut malheureusement mentionner le peu de liens entre les acteurs engagés dans des activités de prévention, qu'il s'agisse des intervenants de la santé publique, des CLSC ou encore des organismes communautaires.

Par ailleurs presque tous les cégeps, soutenus par la Fédération des cégeps, le ministère de l'Éducation et le Fonds jeunesse du Québec, ont élaboré des projets de prévention. Soulignons enfin que l'Association québécoise de prévention du suicide vient de lancer son programme « Agir ensemble pour prévenir le suicide chez les jeunes » qui s'adresse aux jeunes, à leurs parents et à leurs proches dans une optique de prévention.

7. LA RÉDUCTION DE L'ACCÈS AUX RISQUES ASSOCIÉS AUX MOYENS

7.1 LES ÉLÉMENTS DE LA STRATÉGIE D'ACTION

Comme le soulignaient les auteurs de la Stratégie d'action, les mesures préventives associées aux moyens utilisés pour mettre fin à ses jours se sont révélées des expériences positives en matière de prévention du suicide.

En 1998, la Stratégie d'action recommandait l'implantation, dans toutes les régions du Québec, d'actions visant à réduire l'accès à certains moyens facilitant le suicide ou à

18. M. JULIEN (2003), « La prévention du suicide chez les jeunes, un aperçu sommaire des études évaluatives », *Revue québécoise de psychologie*, vol. 24, no 1.

réduire les risques qui y sont associés. Les actions préventives à promouvoir concernaient : l'information à fournir aux intervenants sur la saisie des armes à feu, leur entreposage et leur enregistrement ; la tenue d'un inventaire régional des ponts et autres lieux à risque ; la sensibilisation du public et des responsables des services à domicile à l'importance de se débarrasser des médicaments non utilisés ; l'équipement, dans les véhicules, de dispositifs d'arrêt du moteur, avec l'appui de Transports Canada auprès des fabricants d'automobiles.

7.2 L'ÉTAT D'IMPLANTATION

Le Ministère a financé la réalisation de plusieurs interventions en région afin d'assurer l'entreposage sécuritaire des armes à feu. La conception récente d'une affiche à cet effet, et sa distribution dans les différentes régions du Québec, confirme l'importance accordée au sujet. Cela étant, une précision s'impose ici : le dossier national du contrôle des armes à feu, et tous les problèmes qui s'y rattachent, est distinct de celui de l'entreposage sécuritaire des armes à feu, qui concerne l'accès aux moyens susceptibles de faciliter un suicide.

Une étude a aussi été réalisée par le Ministère, en collaboration avec le Bureau du coroner du Québec, sur les suicides par absorption de médicaments de 1995 à 1999. La plupart de ces décès sont causés par l'absorption d'une combinaison de médicaments, l'acétaminophène étant de loin le plus utilisé. Comme nous le verrons plus loin, le pont Jacques-Cartier, à Montréal, a également fait l'objet d'une étude et de recommandations afin de le rendre plus sécuritaire.

Tel que le recommandait la Stratégie d'action, le Ministère a par ailleurs entrepris, en collaboration avec la Direction de la santé publique de Québec, des démarches de sensibilisation auprès des autorités fédérales concernées afin d'assurer un meilleur contrôle du monoxyde de carbone émis par les automobiles. À cet égard, d'autres actions de prévention devraient être entreprises au moment de l'implantation du Programme national de santé publique.

7.3 LES CONSIDÉRATIONS DE NOS INTERLOCUTEURS

L'effet de prévention postulé ici se rattache au délai que l'on tente d'imposer à la personne suicidaire, en freinant son impulsivité par une limitation de l'accès aux moyens qui peuvent lui être le plus immédiatement disponibles. Toutefois, rappellent nos interlocuteurs, cela n'empêchera pas une personne suicidaire de finir par passer à l'acte, par n'importe quel moyen, si elle n'est pas prise en charge adéquatement, du moins lorsqu'elle a été détectée comme suicidaire. De plus, des risques de déplacement de l'acte dans le temps et de substitution du moyen peuvent subsister, malgré toutes les mesures mises en œuvre pour les contrer. Dans cette perspective, estiment certains de nos interlocuteurs, l'effet dissuasif que constitue l'évocation des séquelles permanentes d'un suicide non complété, comme la défiguration, n'est pas mis suffisamment en évidence.

Les armes à feu

Certaines régions ont été plus actives que d'autres car elles comptent sur leur territoire davantage de chasseurs et d'amateurs de la faune et de la vie en plein air, ce qui toutefois ne diminue en rien leurs initiatives et l'originalité de leurs interventions. Le Bas-Saint-Laurent et le Saguenay–Lac-Saint-Jean ressortent plus particulièrement, et leurs approches ont su inspirer d'autres régions du Québec.

Dans le Bas-Saint-Laurent, la Régie régionale et ses partenaires, soit la Sûreté du Québec, le coroner et le CPS, entre autres, ont élaboré un « Guide de conduite du professionnel de la santé sur le risque de suicide ou de violence avec une arme à feu » et l'ont diffusé auprès des médecins, des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, ainsi que des organismes du milieu. Ils ont également : instauré une procédure de destruction des armes ayant servi à un suicide ; donné des sessions d'information sur le retrait des armes à feu auprès des personnes à risque ; produit et réalisé trois capsules télévisées sur l'entreposage et le désistement des armes à feu ; rédigé des articles destinés à des revues scientifiques ; organisé des colloques ; conçu et diffusé des affiches et des dépliants ; et enfin intégré, sous forme de projet collectif, des armes inutilisées à une sculpture monumentale désignée sous le nom de Trimural du millénaire, à l'entrée de la ville de Rimouski.

Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, un comité-conseil formé de partenaires régionaux produit une programmation annuelle d'activités d'information et de sensibilisation sur les armes à feu. Les agents de la faune, les commerçants, les clubs de chasse et de pêche ainsi que la Sûreté du Québec y sont des partenaires particulièrement actifs du CPS, organisme à l'origine et responsable de cette programmation. Le dépliant « Les armes et vous : êtes-vous à l'abri... du drame ? », produit par les partenaires régionaux, est sans contredit, sur le sujet, l'outil d'information le plus connu au Québec. Parmi leurs autres initiatives, on compte : des colloques, des tournées régionales faites par des intervenants, des kiosques d'information, des messages dans les médias électroniques et les hebdomadaires régionaux ; une collaboration avec Nutrinor pour la diffusion de messages sur les contenants de lait ; des napperons sur le sujet dans les restaurants ; un mécanisme de transmission de l'information entre les médecins et la Sûreté du Québec ; la collaboration avec un chroniqueur sportif comme porte-parole crédible de la cause ; une lettre de sensibilisation à l'intention des médecins ; des tirages de verrous de sécurité. Le Saguenay–Lac-Saint-Jean est du reste l'une des seules régions du Québec à avoir su établir un partenariat fructueux avec les milieux de la chasse qui, ailleurs, sont plutôt réticents face à la question, souvent pour une raison d'image : associées au suicide, les armes à feu rimeraient en effet avec violence et méfait plutôt qu'avec loisir sportif.

La moitié des autres régions du Québec, principalement par l'engagement des directions de santé publique des régions régionales, ont entrepris certaines activités par rapport aux armes à feu, sans toutefois y mettre la même intensité que les deux premières. Elles se sont surtout consacrées à la diffusion de dépliants d'information auprès des médecins, des intervenants et de la population, ainsi qu'à la tenue de kiosques d'information dans les endroits publics. La Sûreté du Québec s'est également avérée un partenaire actif dans ces régions, notamment quant à l'entreposage et à l'enregistrement des armes à

feu, rendu obligatoire par le gouvernement fédéral, et à la formation de son corps policier. Par exemple, en Outaouais, l'« Outil de prévention des suicides et des homicides par arme à feu », élaboré conjointement par la Sûreté du Québec et le Centre hospitalier Pierre-Janet, a pour objet d'intervenir auprès d'un patient en détresse psychologique pour y retirer des armes à feu, le sécuriser au poste de police et soumettre une demande à la compétence d'un juge qui évaluera la possibilité de circonscrire le privilège de possession d'armes à feu. La personne, alors, ne se retrouve pas avec un casier judiciaire, mais avec un dossier d'information policière.

En ce qui concerne cette opération précise, plusieurs de nos interlocuteurs s'interrogent sur son caractère jugé trop ponctuel à ce jour ; ils souhaiteraient davantage d'engagement de la part du ministère de la Santé et des Services sociaux afin qu'elle acquière une portée nationale, ce qui, selon eux, en faciliterait la mise en place. Nos interlocuteurs sont également sensibles aux effets pervers de l'intervention : criminalisation injustifiée de la personne, bris de la confidentialité professionnelle du médecin à l'égard d'un patient suicidaire, difficultés de collaboration entre le réseau de la santé et des services sociaux et la sécurité publique, problèmes liés au traitement médiatique de l'événement. Ils ont enfin des interrogations d'ordre légal, relatives à la confiscation de l'arme, à la possibilité d'un dépôt volontaire de celle-ci par la personne suicidaire, ou encore à l'ordonnance de restriction par un juge.

Certains de nos interlocuteurs souhaitent en fait que les interventions futures sur les armes à feu aient une connotation positive auprès des utilisateurs d'armes. Des messages qui risqueraient de faire passer ces derniers pour des criminels en puissance dans l'opinion publique ne constituent pas une avenue adéquate. D'autant plus si l'on désire leur collaboration active en vue de limiter l'accès aux armes à feu.

Les autres moyens

Les lieux à risque, les médicaments et le monoxyde de carbone constituent les autres moyens de suicide que la Stratégie d'action demandait de considérer dans les interventions de prévention. Il ne faut pas oublier la pendaison, qui demeure un moyen fort utilisé, surtout par les hommes, mais sur laquelle les intervenants n'ont que peu de prise. Les régies régionales, règle générale, ont une bonne connaissance des lieux à risque sur leur territoire : ponts, barrages, édifices en hauteur, lignes de métro, chutes d'eau, viaducs, quais, caps, etc. Les rapports du coroner et ceux des policiers constituent pour elles des outils précieux pour le repérage des lieux à risque. Par contre leur emprise sur ces lieux, en matière de prévention, demeure faible.

Au moment de notre consultation, un groupe de travail se penchait sur les suicides depuis le pont Jacques-Cartier, à Montréal, qui représente le site affichant la concentration de suicides la plus élevée au Québec, soit 53 de 1995 à 1999. Dans son rapport intitulé *Un pont sécuritaire pour tous* qu'il a déposé au coroner Paul G. Dionne en octobre 2002¹⁹, le groupe de travail faisait deux recommandations principales, soit : installer des barrières anti-saut sur le pont ; désigner trois ou quatre hôpitaux qui

19. R. LESSARD (2002), *Un pont sécuritaire pour tous. Recommandations du groupe de travail sur les suicides depuis le pont Jacques-Cartier. Rapport déposé au coroner Paul G. Dionne*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

accueilleraient les personnes ayant tenté de se suicider à partir du pont et qui en planifieraient le suivi. Le rapport contient six autres recommandations discutées par ses auteurs, mais jugées moins urgentes ou encore, plus ou moins efficaces : installer des téléphones dédiés et des affiches ; implanter une équipe de patrouille civile à vélo ; favoriser le dépistage en faisant appel à des groupes ciblés (personnel travaillant sur le pont, chauffeurs de taxi et d'autobus) ou en recourant à des caméras de surveillance ; assurer la formation des acteurs de première ligne ; sensibiliser les médias au phénomène de contagion et favoriser une couverture médiatique responsable ; mettre en place un mécanisme de suivi des recommandations. Rappelons aussi la campagne de sensibilisation « Signaler c'est aider », destinée à prévenir les tentatives de suicide dans le métro, mise en place au printemps 2002 par la Société de transport de la Communauté urbaine de Montréal et Suicide Action Montréal.

L'intervention relative aux médicaments semble pour l'heure se limiter aux initiatives et conseils des directions de santé publique auprès des intervenants en services à domicile, et particulièrement ceux qui sont en contact avec des personnes âgées. La récupération et la destruction des médicaments périmés font également partie de leurs actions. Plusieurs de nos interlocuteurs estiment en outre qu'une sensibilisation des parents serait nécessaire, afin que ceux-ci contrôlent davantage l'accès à leurs produits pharmaceutiques auprès de leurs enfants. Quelques CPS ont de leur côté entrepris des démarches de collaboration auprès de certains pharmaciens, principalement au cours de la Semaine de prévention du suicide de l'Association québécoise de suicidologie.

Par ailleurs au moment de notre consultation, l'Institut national de santé publique du Québec avait entrepris des démarches auprès des autorités fédérales en matière de santé afin de diminuer les risques associés au monoxyde de carbone. L'INSPQ et le gouvernement fédéral comptaient intervenir conjointement auprès de l'industrie automobile pour un contrôle direct des émissions de monoxyde de carbone à la source même, c'est-à-dire au tuyau d'échappement des véhicules automobiles.

7.4 EN RÉSUMÉ

Peu d'interventions systématisées ont été effectuées en ce qui concerne les risques associés aux moyens, à l'exception des initiatives de quelques régions qui ont été très actives quant aux armes à feu. Elles ont réalisé des activités de sensibilisation des professionnels et des intervenants du réseau : guide de conduite, sessions de formation. Une affiche sur l'entreposage sécuritaire des armes à feu vient juste d'être produite par le Centre de prévention du suicide du Saguenay–Lac-Saint-Jean, en collaboration avec le Ministère.

Ces quelques régions ont également mis en place des interventions auprès des personnes à risque et des proches d'un suicidé : mise à contribution des proches et des médecins traitants avec la collaboration de la Sûreté du Québec, désistement des armes à la suite d'un suicide. Par ailleurs des actions de sensibilisation du public, entre autres au moyen d'affiches, de dépliants et de capsules télévisées, ont été réalisées dans le Bas-Saint Laurent. Enfin, en certains endroits, un partenariat avec les milieux de chasse et de pêche a pris forme.

Règle générale, les régies régionales ont une bonne connaissance des lieux à risque sur leur territoire. Par contre, leur emprise sur ces lieux, en matière de prévention, demeure faible. L'intervention concernant les médicaments semble pour l'heure se limiter aux initiatives et conseils des directions de santé publique auprès des intervenants en services à domicile. La récupération et la destruction des médicaments périmés font également partie de leurs actions. L'Institut national de santé publique du Québec, enfin, a entrepris des démarches auprès des autorités fédérales en matière de santé, afin de diminuer les risques associés au monoxyde de carbone émis par les véhicules automobiles.

8. LA BANALISATION ET LA DRAMATISATION DU SUICIDE

8.1 LES ÉLÉMENTS DE LA STRATÉGIE D'ACTION

Les auteurs de la Stratégie d'action s'inscrivaient en faux contre les messages qui font du suicide un geste « banalisé », socialement acceptable et contre lequel il serait impossible d'agir. Selon eux, le traitement inapproprié de l'information par les médias est également susceptible de produire des effets négatifs. Ils proposaient en 1998 de produire un plan cohérent de communication pour appuyer l'ensemble de la Stratégie d'action, dédramatiser le traitement médiatique du suicide et informer la population, en favorisant la diffusion des connaissances sur le sujet.

La Stratégie d'action suggérait également d'évaluer la pertinence de tenir ou non certaines activités, comme : une campagne d'information à volets multiples ; une semaine de sensibilisation ; la création d'un site Internet ; des représentations auprès du Conseil de presse du Québec et des médias, des auteurs et producteurs, de l'Union des artistes ; la réalisation d'un guide sur le traitement de l'information pour faciliter l'intervention avec les médias sur le suicide.

8.2 L'ÉTAT D'IMPLANTATION

Malgré le consensus évident sur la nécessité de mieux informer la population sur la question plus générale de la prévention du suicide, il n'existe pas de formules miracles pour y parvenir. Chacune a ses avantages et ses limites. Ainsi, le Ministère collabore chaque année à la réalisation de la Semaine de prévention du suicide, qui est une initiative de l'Association québécoise de prévention du suicide ; celle-ci a été évaluée récemment, et nous en faisons état un peu plus loin, dans la section traitant des conditions de réussite souhaitables par rapport à la diffusion de l'information.

La diffusion à grande échelle du dépliant S'entraider pour la vie, par le Ministère et les régies régionales, a aussi permis de sensibiliser la population aux manifestations des comportements suicidaires et à l'aide disponible. La campagne de prévention de la détresse chez les jeunes « Parler, c'est grandir », produite par le Ministère, s'inscrit également dans une perspective de sensibilisation et d'information, tout comme les initiatives de ses partenaires en promotion et en intervention auprès des jeunes.

Les résultats d'un sondage de la firme CROP en 2003, effectué auprès de la population pour le compte du Centre de recherche sur l'euthanasie et le suicide, remettent en question la notion de banalisation du suicide, qui n'est peut-être pas aussi ancrée au sein du public qu'on était porté à le croire ; rien n'indique en effet que les gens fassent peu de cas de tels événements, même s'ils surviennent à répétition, bien au contraire. Il y aurait donc lieu de créer des façons efficaces de soutenir et de mobiliser la population quant à sa capacité à intervenir pour prévenir le suicide.

8.3 LES CONSIDÉRATIONS DE NOS INTERLOCUTEURS

Ce domaine en est un où il y a encore beaucoup à entreprendre, notamment en ce qui concerne l'intervention du Ministère. À cet égard, plusieurs de nos interlocuteurs attendent des orientations plus précises et un soutien plus fort du Ministère avant d'aller plus avant dans leurs actions, tant au niveau régional qu'au niveau local.

Des réalisations notables

Certaines réalisations notables sont cependant à mentionner depuis la mise en place de la Stratégie d'action en 1998 : par exemple les campagnes d'information du Ministère comme « Parler, c'est grandir », ou encore le dépliant d'information *S'entraider pour la vie* diffusé à la grandeur de la province, et qui rappelle comment distinguer le vrai du faux, quels sont les signes précurseurs du suicide et le soutien que l'on peut fournir aux personnes suicidaires. En plusieurs endroits, la diffusion de cet outil s'accompagnait d'un encart régional ou local désignant les ressources disponibles.

Le Ministère a également tenu, en décembre 2000, une journée sur la prévention du suicide chez les jeunes qui jetait un regard sur le modèle de la Colombie-Britannique ainsi que sur les pratiques québécoises, en collaboration avec le CRISE et l'Association québécoise de prévention du suicide²⁰. L'AQPS organise une semaine annuelle de prévention du suicide, ainsi qu'un colloque bisannuel sur le sujet. Plusieurs régions du Québec soulignent d'ailleurs la Semaine de prévention du suicide sous forme de colloques, de rencontres, d'activités d'information, etc.

Le Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie a tenu, en février 2002, un débat public sur « l'Option Suicide » au Québec²¹ : Le Québec a dit NON aux accidents de la route et à la violence familiale. Sommes-nous prêts à agir avec force face à l'option suicide ? Stimulant, ce débat continuait d'avoir des échos chez les intervenants au moment de notre consultation. Le CPS du Saguenay–Lac-Saint-Jean a pour sa part lancé auprès des hommes la campagne « Demander de l'aide... c'est fort ! » qui a été reprise ailleurs au Québec. Les pédopsychiatres de l'Hôpital Sainte-Justine, à Montréal ont quant à eux organisé, en collaboration avec leurs partenaires, des journées de réflexion sur la question du suicide en 1998.

20. G. MERCIER (2001), *Actes de la journée sur la prévention du suicide chez les jeunes. Le modèle de la Colombie-Britannique. Un regard sur les pratiques québécoises*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

21. CRISE (2002), *L'option suicide au Québec*, Montréal, Université du Québec à Montréal.

Toujours dans la métropole, la campagne de sensibilisation « Signaler, c'est aider », réalisée par Suicide Action Montréal en collaboration avec la Société de transport de la Communauté urbaine de Montréal, incitait à utiliser le service téléphonique dans les corridors du métro, et avait pour but d'y faciliter l'accès aux services d'urgence et de prévention du suicide. Au moment de notre consultation, ce service était trop récent pour que nous puissions recevoir des témoignages sur sa notoriété et son efficacité. D'autres interventions régionales et locales ont été menées par les CPS et les régies régionales auprès de la population et de groupes cibles d'intervenants, comme les activités de prévention du suicide réalisées dans la Chaudière-Appalaches sous le thème « Tout le monde s'en mêle ». De fait, certains de nos interlocuteurs nous ont remis une volumineuse documentation afin que nous puissions prendre connaissance de ces initiatives.

Plusieurs médias régionaux, surtout des hebdomadaires et, à l'occasion, des stations de radio et de télévision, ont été rencontrés par les régies régionales et les CPS ; certains, comme le CPS du Saguenay–Lac-Saint-Jean, animent sur les ondes des médias communautaires des émissions d'information en rapport avec le suicide. Règle générale, les médias savent faire preuve de retenue et assurent un traitement adéquat des événements lorsque survient un suicide. Ce qui n'empêche pas des erreurs de parcours à l'occasion : même s'ils veulent bien faire, ils ne savent pas toujours quoi faire. L'étude de la Régie régionale de la Montérégie²² sur la violence et le suicide dans les médias est riche d'enseignement à cet égard, et plus particulièrement en ce qui concerne les expressions appropriées à utiliser. La nécessité d'un guide national relatif au traitement de l'information dans les médias se fait toujours sentir en plusieurs endroits, celui de l'Association canadienne pour la prévention du suicide étant considéré comme un premier pas en ce sens, quoiqu'il soit quelque peu périmé. Certaines directions de santé publique, par ailleurs, sont passablement actives : distribution de matériel aux médias, communiqués et conférences de presse pour les sensibiliser, guides régionaux.

Une campagne d'information, des messages pluriels

Au moment de notre consultation, l'idée d'une campagne d'information nationale et récurrente sur le suicide était vraiment à l'ordre du jour. D'autant plus que le plan de communication prévu dans la Stratégie d'action n'était pas encore en place. Cependant, d'entrée de jeu, plusieurs de nos interlocuteurs nous ont adressé la mise en garde suivante : une telle campagne ne devrait pas se faire au détriment du financement des services et ne devrait pas susciter une demande de services à laquelle les ressources actuelles ne peuvent répondre. Nos interlocuteurs estiment important, également, que le Ministère assume le leadership en ce domaine d'intervention et en assure un financement adéquat.

Certains de nos interlocuteurs ont signalé plusieurs écueils, plusieurs effets pervers que peut entraîner un message véhiculé dans une campagne d'information nationale, et ce, parfois même malgré de louables intentions de départ : dramatisation, banalisation, éloge du suicide, irréversibilité de l'acte, sensationnalisme, impression d'impuissance,

22. J. GROULX (2000), *Violence et suicide dans les médias d'information écrits de la Montérégie et de la presse nationale*, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

fatalité, optimisme excessif du message, induction cognitive à force d'en parler, puissance néfaste du secret. À la limite, une chose et son contraire semblent avoir autant de force évocatrice l'une que l'autre, les anciens interdits religieux et moraux ayant perdu de leur vigueur. Cependant, un élément rassembleur semble se dessiner chez nos interlocuteurs : la solidarité, dire oui à la vie, dire non au suicide et aux préjugés relatifs aux problèmes de santé mentale. Par contre, le consensus s'effrite lorsqu'on aborde les motivations personnelles du suicidaire : ainsi, avancent certains de nos interlocuteurs, dans la mesure où le sens donné à la vie est un « construit culturel », jusqu'où peut-on aller, dans une société de droit, pour soutenir l'individu malgré lui ? Face à de telles questions, la majorité des personnes rencontrées souhaitent la tenue d'un débat éthique structuré et permanent qui puisse accompagner la société dans ses choix. Une journée annuelle de réflexion sur l'éthique, au cours de la Semaine de prévention du suicide, serait un minimum, quoique insuffisant selon eux.

Mais il y a plus. Quelques-uns de nos interlocuteurs ont ainsi souligné qu'au-delà de la maladie et de la question toute culturelle des valeurs et du sens à donner à la vie, il y a l'importance de resituer la souffrance de la personne dans le cadre d'une démarche spirituelle, ce que les discours actuels ne font que très peu, confondant spiritualité, religion, sectes et certains courants du Nouvel Âge. Pour eux, le suicide est également le symptôme d'un déficit sur le plan spirituel.

Des conditions souhaitables de réussite

La première condition d'une action qui se veut en amont des problèmes est de dégager un message rassembleur, ce qui ne peut être fait que par les premiers intéressés eux-mêmes, avec le soutien des autorités publiques, dont le Ministère. De plus, selon nos interlocuteurs et certains enseignements tirés des expériences passées, il faut éviter le traitement ponctuel et à la pièce, par l'introduction d'une certaine continuité temporelle aux messages véhiculés. Pour que ces messages aient un effet, le public doit y être exposé de façon suffisamment dense. Enfin ces messages, lorsqu'ils sont à portée nationale, doivent prendre en considération les conditions prévalant en région, afin que leur efficacité s'en trouve maximisée.

Dans cette perspective, l'évaluation de la Semaine de prévention du suicide de l'Association québécoise de prévention du suicide, réalisée conjointement par l'UQTR, le CRISE et le Centre de recherche de l'Institut Philippe Pinel²³, nous apparaît instructive à plusieurs égards. En raison d'une visibilité relative et d'un financement trop modeste, son intensité a été jugée insuffisante. Néanmoins elle réussit, pour le peu d'hommes qui y sont vraiment exposés, à améliorer leurs connaissances en prévention du suicide. Elle n'influe guère, cependant, sur leurs attitudes ou sur leur intention de demander de l'aide, deux aspects qui demeurent d'ailleurs très difficiles à modifier. Les comportements, quant à eux, sont encore plus difficiles à changer avec une campagne si peu intensive. Au bout du compte, les auteurs de l'évaluation ne constatent un véritable effet positif de la Semaine que sur la consultation des sites Internet pertinents ; en revanche, ils

23. M. DAIGLE, L. Beausoleil, J. Brisoux, S. Raymond, L. Charbonneau et J. Desaulniers (2002), *Semaine de prévention du suicide et clientèle hommes. Rapport d'évaluation*, Montréal, UQTR, CRISE, Institut P. Pinel, rapport présenté au ministère de la santé et des Services sociaux.

n'attribuent à la Semaine aucun effet indésirable. Cette évaluation nous rappelle par ailleurs l'importance, pour les futures semaines de prévention du suicide, de s'adresser non seulement aux personnes suicidaires, mais aussi à leurs proches.

Les conclusions de cette évaluation sont intéressantes, parce qu'elles sont applicables à bien des activités en promotion et en prévention du suicide, et aussi parce qu'elles nous rappellent les exigences d'efficacité à satisfaire dans ce domaine.

La nécessité d'agir au sein des communautés

Nos interlocuteurs ne le savent que trop bien : il y a encore beaucoup à faire en matière de solidarité sociale, et ce n'est pas une seule campagne d'information qui peut suffire. Tous sont persuadés de la nécessité de développer le sentiment d'appartenance un peu partout, principal garant d'un filet de sécurité que les services en place ne peuvent assurer à eux seuls.

Les régies régionales et les CPS sont également bien conscients que malgré toutes leurs activités de sensibilisation auprès de la population et des intervenants, le travail est à poursuivre continuellement, et parfois même à refaire, si on veut voir se développer des ancrages solides au sein des communautés. Un pendu de chiffon à l'Halloween, un gâteau suicide dans un restaurant : ce sont là de petits détails, qui donnent néanmoins une couleur au geste suicidaire, qui le dénaturent pour ainsi dire. Il en va de même, par exemple, pour certaines séries télévisées. À cet égard, certains de nos interlocuteurs ont proposé la mise en place d'une instance nationale de vigilance, non pour censurer, mais bien pour éduquer et demander le retrait de formulations tendancieuses par rapport au suicide. Selon eux, les médias qui traitent du suicide, et tout particulièrement les journaux, devraient également diffuser de l'information permettant de rejoindre des ressources de soutien au besoin.

Certains de nos interlocuteurs rappellent en outre que les questions d'éthique et de solidarité sociale, au cœur des phénomènes de banalisation et de dramatisation du suicide, sont également en équilibre à l'intérieur même de la triade formée de la société, de l'intervenant et de la personne suicidaire, l'un renvoyant à l'autre. Ce commentaire donne un aperçu de la complexité à laquelle ils sont confrontés lorsque vient le temps de traiter de la question.

8.4 EN RÉSUMÉ

Nos interlocuteurs font largement consensus sur la nécessité d'agir plus vigoureusement en ce qui concerne la banalisation et la dramatisation du suicide. Si certains réalisent quelques activités de promotion régionales souvent axées sur une clientèle particulière, comme les hommes et les jeunes, tous expriment des attentes quant à une action à caractère national et à une sensibilisation très large de la population. Persiste cependant, tout comme en 1998, une difficulté à définir la nature et les effets du phénomène de banalisation du suicide.

De fait, la banalisation et la dramatisation du suicide suscitent chez nos interlocuteurs de nombreux questionnements, relatifs aux valeurs à promouvoir, au cadre éthique, à

l'option suicide, qui a été l'objet d'un colloque parrainé en 2002 par le Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie, ainsi qu'aux notions de libre choix et de responsabilité.

En ce qui concerne les médias et le suicide, les intervenants de plusieurs régions ont réalisé des actions ponctuelles d'information et de sensibilisation auprès des médias régionaux. Règle générale, ces derniers collaborent bien avec les intervenants régionaux, et essaient d'assurer un traitement plus approprié de l'information qu'ils diffusent, malgré des lacunes constatées ici et là. De l'avis assez général, la couverture des événements suicidaires s'est améliorée dans les médias régionaux. Certains journalistes deviennent même des porte-parole efficaces dans leur milieu en vue de contrer le suicide. Les principales difficultés évoquées concernent le traitement du suicide par les médias nationaux et sa représentation dans des œuvres télévisées de fiction. À cet égard, certains de nos interlocuteurs voient la nécessité de mettre en place une instance nationale de vigilance.

Il convient enfin de souligner que c'est dans le cadre de nos échanges sur la banalisation et la dramatisation qu'a émergé du témoignage de nos interlocuteurs leur besoin impérieux de se voir appuyés par un message social et gouvernemental clair en faveur de la prévention du suicide. Sans un tel positionnement, la plupart voient mal comment ils pourraient aller beaucoup plus loin en matière d'intervention préventive.

9. L'INTENSIFICATION ET LA DIVERSIFICATION DE LA RECHERCHE, LA RÉALISATION DES ÉVALUATIONS

9.1 LES ÉLÉMENTS DE LA STRATÉGIE D'ACTION

Selon les orientations émises dans la Stratégie d'action, la recherche doit servir à mieux cibler les groupes à risque et à prévenir de façon efficace les gestes suicidaires. Elle devrait également permettre de déterminer et de mettre au point des modes d'intervention adaptés aux clientèles concernées ainsi qu'à leur entourage.

La Stratégie d'action précisait de plus des volets prioritaires de recherche : promotion, prévention, intervention et postvention ; adaptation des modes d'intervention ; recherche fondamentale. Des représentations auprès des organismes subventionnaires devaient être faites, notamment pour s'assurer du financement de la recherche et de la mise en place d'un programme de recherche sur le suicide.

Au cours de notre consultation, nous avons échangé avec nos interlocuteurs sur l'évaluation en même temps que sur la recherche, étant donné la similitude que présentent les deux sujets. À cet effet, la Stratégie d'action soulignait que des efforts supplémentaires devaient être consentis pour faire le suivi de ses indicateurs d'implantation, réaliser des projets de recherche évaluative et produire une évaluation qualitative des services.

9.2 L'ÉTAT D'IMPLANTATION

En matière de recherche, comme nous l'avons montré précédemment, le Ministère a investi financièrement par l'entremise de projets d'intervention et d'évaluation auprès des clientèles les plus à risque. Il a également financé quelques autres projets de recherche de manière ponctuelle. Par ailleurs, comme prévu dans la Stratégie d'action, le Ministère a fait des représentations auprès de ses organismes subventionnaires de recherche, à l'époque le Fonds de recherche en santé du Québec et le Conseil québécois de la recherche sociale. Cependant, elles n'ont pas mené à la création d'un fonds de recherche dédié à la problématique du suicide.

Par rapport au suivi de gestion de leurs activités, les régies régionales et le Ministère ont effectué, au printemps 2001, un exercice de suivi des mesures prévues dans la Stratégie d'action. Le questionnaire utilisé ne se prétendait pas exhaustif. Il visait à faciliter la discussion sur le bilan de la mise en œuvre de la Stratégie d'action au cours de la rencontre des responsables régionaux du mois de mai de la même année. Ce suivi n'a cependant fait l'objet d'aucun rapport officiellement diffusé. D'un autre côté, le Ministère reçoit un relevé périodique de la compagnie Sprint Canada en ce qui concerne le nombre et la répartition des appels reçus et traités par les intervenants responsables de la mise en œuvre de la ligne téléphonique 1 866 APPELLE. Ce relevé est distribué aux régies régionales afin de leur permettre de suivre l'évolution de l'accès à la ligne téléphonique sur leur territoire.

En ce qui concerne l'évaluation, la Direction de l'évaluation a produit, en collaboration avec le sous-comité d'évaluation du groupe MSSS-Régies régionales, le cadre d'évaluation pour la Stratégie d'action, duquel découle la présente évaluation. Ce cadre, en plus de ce projet d'évaluation, fait un rappel sur le mandat d'évaluation et en définit les principaux objectifs. La Direction a également participé au financement des projets d'intervention et d'évaluation auprès des clientèles les plus à risque en collaboration avec la Direction de la santé mentale, en plus de financer certaines études ponctuelles.

9.3 LES CONSIDÉRATIONS DE NOS INTERLOCUTEURS

Une vue d'ensemble, des conditions de réussite

Traditionnellement, la recherche est vue comme étant réalisée de l'extérieur par des équipes de chercheurs appartenant surtout à des milieux universitaires, certains établissant des partenariats avec les milieux d'intervention. Cette perception tend à s'estomper peu à peu, non que nos interlocuteurs mésestiment ce qui se fait actuellement, mais parce qu'ils attendent de la recherche qu'elle soit de plus en plus près de leurs préoccupations et aussi parce que certains d'entre eux sont intéressés à

réaliser eux-mêmes leurs propres projets de recherche. Malheureusement, les ressources professionnelles et financières leur manquent, et les régions régionales ont des budgets fort limités en recherche sur la problématique du suicide.

Malgré tout, quelques régions régionales ont su accomplir certaines réalisations en recherche et en évaluation, conformément au mandat que leur prescrit la Loi sur les services de santé et les services sociaux. À cet égard, les projets d'évaluation et d'intervention auprès des clientèles les plus à risque financés par le Ministère ont permis le développement d'une certaine expertise régionale. Un petit nombre de CPS ont également participé à différentes expérimentations menées au niveau national. Ils déplorent toutefois que la partie de ces expérimentations qui est consacrée à l'intervention ne soit pas financée adéquatement, ce qui leur occasionne un surcroît de travail et va même jusqu'à les empêcher de s'engager davantage dans ces démarches.

Aux yeux de nos interlocuteurs, certaines conditions sont essentielles à l'implantation et à la pérennité de la recherche et de l'évaluation, sur le terrain et en région : tout d'abord un financement adéquat, et prévu dans les budgets consacrés à l'intervention ; un lien fort entre les équipes de recherche et les intervenants sur le terrain ; un transfert et une diffusion efficaces des résultats ; des évaluations participatives permettant de rendre compte de l'implantation et des résultats des interventions. Au niveau national, nos interlocuteurs ont également suggéré que le Ministère mette en place un comité d'orientation composé de décideurs, d'intervenants et de chercheurs. Ce comité lui ferait des propositions de priorités de financement et de diffusion des résultats de projets de recherche et d'évaluation, au lieu que les chercheurs éparpillent leurs efforts dans une course répétitive aux subventions.

Des réalisations à souligner...

Le souci premier des régions régionales est le service à la clientèle et son organisation. Cette préoccupation se vérifie également en ce qui concerne la recherche et l'évaluation : celles qui ont investi dans ces domaines l'ont fait avec l'optique d'améliorer leurs connaissances à l'égard de leur clientèle.

...en matière d'indicateurs, de suivi et de systèmes d'information

Quelques régions régionales ont développé des indicateurs statistiques sous-régionaux permettant de suivre la situation de la problématique du suicide sur leur territoire, comme dans le Bas-Saint-Laurent, alors que d'autres établissent des portraits sociosanitaires plus larges de leurs clientèles, comme dans la région de Laval, ou dressent le bilan des activités de leurs CPS, comme en Abitibi-Témiscamingue. Une fiche de suivi des demandes de postvention ainsi qu'un questionnaire d'appréciation des activités de formation ont été implantés en Montérégie. Sur la Côte-Nord et en Estrie, les régions régionales ont élaboré des outils permettant de dresser des états de situation sur l'organisation des services en rapport avec la problématique du suicide.

Les régies régionales qui ont élaboré un plan d'action face au suicide y consacrent toujours une section de statistiques consacrée à la description détaillée de la problématique, en plus de leurs interventions. Fait à souligner, durant notre tournée de consultation, près de la moitié des régies régionales nous ont déposé un document faisant état de leurs réalisations en ce qui concerne la problématique du suicide. Dans la majorité des cas, ces documents étaient préparés en collaboration avec les partenaires, et se sont avérés de précieux compléments à notre matériel d'entrevues de groupe. En ce qui a trait à notre consultation, plusieurs de nos interlocuteurs ont également exprimé le souhait que le Ministère fasse ce type d'évaluation périodiquement, car il permet la remobilisation des milieux, en plus de procurer l'occasion de procéder aux mises au point nécessaires à l'amélioration des interventions.

En ce qui concerne les systèmes d'information, la Régie régionale de la Montérégie a conçu et est en voie d'implanter, avec la collaboration des CPS et des centres de crise, un système d'information clientèle qui lui permet, au moyen d'une fiche d'identification du client, de déterminer les caractéristiques, l'origine et les trajectoires de services de sa clientèle. Un tableau de bord permet également de suivre le déroulement du plan d'action montérégien en prévention du suicide.

...en matière de recherche et d'évaluation

Le Ministère, nous l'avons souligné, a financé différents projets d'intervention et d'évaluation auprès des clientèles les plus à risque à la grandeur du Québec. Cependant, ces projets sont répartis inégalement entre les régions, certaines ayant des infrastructures de recherche plus solides que d'autres. Le lecteur trouvera en annexe une description des rapports auxquels ont conduit les projets, en fonction de la clientèle visée, de leurs objectifs, de leur méthodologie ainsi que de leurs principaux résultats.

Outre ces initiatives du Ministère, quelques études statistiques portant sur des problématiques particulières ou des groupes à risque ont été effectuées à même les ressources du milieu, dans quelques endroits comme à Montréal, au Centre de prévention du suicide de Malartic et au Centre régional de la santé et des services sociaux de la Baie-James. Il y aurait lieu de tenir un registre à jour de ces études particulières afin d'en prendre connaissance de manière plus adéquate et d'en maximiser les retombées.

Par ailleurs, l'évaluation des stratégies régionales d'action face au suicide, quant à elle, en est encore à l'étape de la planification dans la majorité des régies régionales. À cet égard, la Régie régionale de Lanaudière a déjà réalisé un cadre d'évaluation et une proposition d'évaluation pour la Stratégie lanaudoise d'action face au suicide²⁴. Le premier document décrit les composantes et la stratégie d'évaluation, alors que le second fait davantage état de la méthodologie retenue pour l'évaluation.

24. C. POISSANT (2001), Cadre d'évaluation pour l'implantation de la Stratégie lanaudoise d'action face au suicide de 2000 à 2003 ET proposition d'évaluation, implantation de la phase I de la Stratégie lanaudoise d'action face au suicide, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière.

Des études diversifiées et de qualité

Une liste bibliographique produite par le centre de documentation du Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE) nous a permis de constater la diversité et la qualité des publications scientifiques sur le suicide au Québec. Près de 400 titres (études, rapports ou articles) ont été répertoriés entre 1998 et 2003. Étant donné les interrogations répétées de nos interlocuteurs relativement au manque de visibilité de ces travaux, nous croyons utile d'en énumérer un certain nombre ici. Nous relevons ces travaux à titre d'exemples, pour illustrer la vitalité de la recherche, sans vouloir porter préjudice aux autres qui apparaissent dans la liste bibliographique du CRISE. Le lecteur intéressé à en savoir davantage peut consulter un centre de documentation spécialisé sur le sujet, comme celui du CRISE.

L'année 2002 aura ainsi donné lieu, entre autres publications, aux suivantes : actes du colloque de l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec sur le suicide et la toxicomanie ; numéro spécial de la revue *Vis-à-Vie* de l'AQPS portant sur l'éthique et le suicide ; enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois ; position clinique des pédopsychiatres du Québec sur la prévention, l'évaluation et l'intervention auprès des enfants et des adolescents ayant des comportements suicidaires ; rapport du Comité de travail pour le développement d'un réseau médico-social d'experts en protection de l'enfance ; évaluation du projet Concerto Vie portant sur l'intervention concertée auprès des jeunes à risque ; sondage sur la notoriété de Suicide Action Montréal ; évaluation du programme de prévention du suicide pour les policiers et policières du Service de police de la Ville de Montréal ; rapport d'évaluation du projet pilote de parrainage auprès d'hommes adultes aux prises avec de multiples dépendances sur le territoire du Saguenay–Lac-Saint-Jean ; évaluation de l'implantation du programme de formation de sentinelles dans la Chaudière-Appalaches ; étude sur les trajectoires de demande d'aide des hommes présentant un risque de suicide ; rapport sur le dépistage systématique et la prise en charge des hommes suicidaires en centre de détention ; profils statistiques sur le suicide en région ; recension des données des études scandinaves sur le traitement de la dépression et le suicide ; rapport de l'évaluation de la Semaine de prévention du suicide ; rapport du Groupe de travail sur les suicides depuis le pont Jacques-Cartier intitulé *Un pont sécuritaire pour tous* ; évaluation du projet « Aide-moi à aider tes chums » ; études et articles sur des sujets comme la concertation sur le suicide auprès des jeunes en difficulté à Montréal, la famille et le secret à l'occasion d'un suicide, les événements intergénérationnels et autres facteurs sociaux déterminants du suicide.

L'année 2001 a également été une année féconde en publications sur le suicide. Ainsi, le Ministère a publié les actes de la journée sur la prévention du suicide chez les jeunes, *Le modèle de la Colombie-Britannique, un regard sur les pratiques québécoises*, où se retrouvent plusieurs contributions de chercheurs d'ici. Parmi les nombreux autres domaines de recherche abordés, publications et communications, mentionnons : l'intervention auprès des enfants endeuillés ; la résilience par la reconstruction du sens ; l'expérience des traumatismes individuels et collectifs ; les pactes suicidaires ; un guide pour l'élaboration des programmes en suicidologie ; le suicide et la délinquance juvénile ; les suicides et les parasuicides : comportements suicidaires chez l'enfant et l'adolescent ; les événements suicidaires chez les adolescents des centres jeunesse ; le rapport entre

les services offerts et les besoins des jeunes ayant des comportements suicidaires dans la région du Bas-Saint-Laurent ; évaluation du programme de formation sur l'intervention de crise suicidaire au Centre jeunesse de Québec ; enquête à Trois-Rivières auprès d'enseignants du secondaire sur leur expérience, leur sentiment de compétence et leur désir de s'engager par rapport à la prévention du suicide ; les pratiques et besoins relatifs à la problématique du suicide dans le milieu scolaire de la Montérégie ; l'intervention auprès des hommes et des personnes âgées ; les troubles mentaux et le suicide au Québec ; le rôle de l'entourage dans la prévention du suicide ; guide pratique pour un programme en santé mentale ; les babyboomers ; l'influence des suicidologues sur les médias ; les événements de vie, les causes et le sens du suicide.

Malgré le caractère descriptif et incomplet de notre exercice, nous croyons pertinent de le continuer pour une autre année. L'année 2000 a d'abord ceci de notable qu'elle fut celle du début des interventions et des études sur la prévention du suicide au masculin, lesquelles se sont étendues sur trois ans et ont eu comme point d'ancrage la Semaine de prévention du suicide. Soulignons, à cet égard, une étude qui a comme objet la concertation sur la demande d'aide des hommes suicidaires en Montérégie, et la publication de l'ouvrage de Michel Dorais, *Mort ou fif. La face cachée du suicide chez les garçons*. Parmi les autres sujets abordés en 2000, on retrouve : les résultats de l'enquête portant sur les personnes décédées par suicide au Québec entre le 1^{er} et le 31 décembre 1996 ; l'Enquête sociale et de santé de 1998 ; l'action intersectorielle à l'occasion d'un suicide : le cas de Lebel-sur-Quévillon ; les tests et les mesures en suicidologie ; la psychothérapie multimodale brève : une approche novatrice ; le suicide chez les policiers au Québec ; le vécu et les besoins des adolescentes et des adolescents endeuillés ; les facteurs d'implantation et de maintien des programmes d'aide par les pairs ; la violence et le suicide dans les médias d'information écrits de la Montérégie et dans la presse nationale.

Se pose maintenant la question de l'utilisation des résultats de ces études, ainsi que de leur mise à profit : sont-elles optimales ? Les commentaires de nos interlocuteurs forcent à constater que des efforts supplémentaires s'imposent en matière de diffusion et, ajoutons-le, sur un plan pédagogique, afin de favoriser l'appropriation de ces études. Par ailleurs, une présentation, un article, un sommaire de l'étude, un rapport n'auront jamais les retombées voulues s'ils ne rejoignent pas leur public cible. Or, soulignent nos interlocuteurs, c'est souvent la définition même de ce public cible qui fait défaut ; le rapport atterrit sur les tablettes d'un centre de documentation, sans avoir fait l'objet de débats et sans que ses recommandations, lorsqu'il y en a, permettent l'amélioration de l'intervention. Ce constat doit cependant être relativisé car des efforts louables se font ici et là, mais difficilement, en vue d'améliorer la situation.

Des besoins à satisfaire

Le principal besoin exprimé par les régies régionales à l'égard de la recherche et de l'évaluation était celui d'avoir en main des profils de leurs clientèles afin de mieux définir les modalités de leurs interventions. Nos interlocuteurs nous ont par ailleurs fait certaines suggestions quant aux différents thèmes ou sujets à traiter dans le futur. Soit, sur le suicide lui-même : les séries suicidaires ou le suicide en grappes ; les facteurs de risque associés au suicide ; les personnes qui ne consultent pas, mais qui se suicident ;

les tentatives de suicide sérieuses, mais non complétées ; les trajectoires de clientèles ; les rôles parentaux. Soit, par rapport à l'intervention : les lignes téléphoniques ; l'évaluation de l'implantation des interventions ; l'effet des groupes de soutien pour les personnes endeuillées ; la gestion de l'après-crise par l'intervenant ; la qualité et la pertinence des services ; l'effet des messages promotionnels ; l'évaluation des stratégies pour rejoindre les partenaires du réseau. Des suggestions, encore, ont trait à l'uniformisation des systèmes d'information. Par ailleurs, le besoin de recherche ou d'évaluation visant l'amélioration de l'intervention est apparu de façon récurrente chez la majorité de nos interlocuteurs, qui estiment que beaucoup reste à faire à cet égard.

Nos interlocuteurs ont également relevé certaines difficultés relatives au suivi donné à la recherche et à l'évaluation : la faiblesse de la diffusion des résultats et du transfert des connaissances ; le délai dans la publication des données de mortalité ; la sous-déclaration qui invalide les taux d'hospitalisation ; la non-réurrence des budgets alloués aux projets expérimentaux qui finit par engendrer une certaine exaspération, alors que l'on voulait au contraire mobiliser les milieux.

Dans un article publié en 2003, Brian Mishara, directeur du Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie, souligne que le plus grand défi pour la recherche en prévention du suicide dans l'avenir est de comprendre davantage les facteurs qui font en sorte que certaines personnes ne se suicident pas malgré les difficultés éprouvées. Il ajoute que si nous en connaissons déjà beaucoup sur les raisons qui amènent les gens à être suicidaires, nous ignorons toujours pourquoi tellement de personnes qui devraient être suicidaires selon nos analyses des risques ne se tueront pas²⁵.

9.4 EN RÉSUMÉ

En ce qui concerne le suivi du déroulement de l'intervention, différentes préoccupations ont fait surface au cours de notre consultation. Il en ressort qu'une meilleure connaissance des profils des clientèles s'avère de première importance afin de mieux planifier les interventions. Il y a de plus nécessité de réduire les délais dans la publication des données de décès, délais qui atteignent jusqu'à quelques années. Plusieurs personnes ont en outre souligné l'importance de corriger la sous-déclaration des taux d'hospitalisation en ce qui concerne les tentatives de suicide. Il en va de même pour les données provenant des urgences hospitalières. Nos interlocuteurs rappellent enfin que les systèmes d'information en place sont incomplets et parcellaires.

Le monde de la recherche, quant à lui, a comme préoccupation importante de faire l'arrimage avec les milieux d'intervention. Malgré les progrès évidents des dernières années quant au nombre et à la qualité, il manque encore de recherches sur le suicide ; les recherches sont quasi inexistantes en région, et l'appropriation des résultats demeure encore difficile pour les intervenants. Nos interlocuteurs ont aussi émis le vœu d'une meilleure coordination des efforts de recherche entre les décideurs, les gestionnaires, les intervenants et les chercheurs.

25. B. MISHARA (2003), « Succès, échecs et défis en prévention du suicide au Québec », *Revue québécoise de psychologie*, vol. 24, no 1.

L'implantation de la Stratégie d'action étant récente, les régions régionales peuvent difficilement évaluer, pour l'heure, des plans d'action qui viennent tout juste d'être conçus et dont la mise en œuvre ne fait que débiter. Émergent cependant quelques initiatives régionales intéressantes : cadre d'évaluation, ou encore proposition et protocoles d'évaluation. Ici comme dans d'autres domaines se dessine la nécessité de consacrer des budgets adéquats à l'évaluation, si on veut la voir se réaliser.

10. LES RESPONSABILITÉS ET LE FINANCEMENT

10.1 LES ÉLÉMENTS DE LA STRATÉGIE D'ACTION

La Stratégie d'action prévoyait qu'un porteur de dossier soit nommé aux niveaux national, régional et local, cette désignation s'appuyant sur les structures et les personnes responsabilisées à cet égard. Elle décrivait donc les responsabilités pour ces trois niveaux.

Ainsi, les responsabilités du Ministère sont :

- l'appui à l'implantation des stratégies en matière de prévention du suicide ;
- l'appui à la création d'outils ;
- l'appui à la formation auprès des intervenants et professionnels ;
- l'appui aux mécanismes d'appui comme tels ;
- l'appui à l'établissement de repères et de critères propres à l'évaluation ;
- la représentation auprès des corporations, ordres, organismes nationaux et autres ministères ;
- le suivi de l'implantation de la Stratégie d'action et des activités de suivi ;
- l'évaluation des projets auprès des clientèles les plus à risque ;
- le transfert des connaissances.

Les responsabilités des régions régionales quant à la Stratégie d'action consistent :

- à assurer une gamme essentielle de services et la coordination entre les partenaires ;
- à assurer l'organisation du soutien clinique ;
- à assurer des représentations auprès des médias régionaux ;
- à former les intervenants et les professionnels à la problématique du suicide ;
- à réduire les risques associés aux moyens.

Les responsabilités des organismes ou établissements locaux, enfin, sont les suivantes :

- permettre l'accès aux services de crise et le suivi du traitement dans la communauté ;
- susciter des ententes locales de collaboration ;
- mobiliser les intervenants et s'assurer de la coordination des actions et de leur évaluation au niveau local ;

- en collaboration avec les régies régionales, informer la population sur les services disponibles et l'orienter en conséquence ;
- offrir le soutien clinique nécessaire aux intervenants et aux professionnels.

En matière de financement, la Stratégie d'action mettait l'accent sur le fait qu'il fallait miser sur les intervenants et les services existants. Elle soulignait cependant une accessibilité fort variable et des insuffisances marquées dans plusieurs régions. De manière réaliste, les auteurs de la Stratégie d'action ne s'attendaient pas à ce que toutes les régions consacrent les ressources financières requises à la réallocation intrarégionale en même temps. Deux volets supplémentaires de financement étaient prévus en 1998, soit : le financement ministériel de projets qui visent à permettre d'intervenir efficacement auprès des groupes à risque ; le financement régional pour assurer la mise en œuvre de la Stratégie d'action aux niveaux local et régional. Comme, à l'époque, un calcul rigoureux des budgets alloués à la problématique du suicide au Québec était impossible, les auteurs recommandaient l'allocation prioritaire d'un montant à l'implantation de la Stratégie d'action.

10.2 L'ÉTAT D'IMPLANTATION

En matière de budget, la mise en œuvre de la Stratégie d'action s'est accompagnée d'investissements importants de la part du Ministère, destinés principalement à la consolidation de la gamme essentielle de services prévue à l'intérieur de celle-ci. Fait notable à souligner, l'enveloppe budgétaire récurrente consacrée à la Stratégie d'action a triplé en cinq ans, passant de trois à neuf millions de dollars. D'autres budgets récurrents devraient s'ajouter pour la mise en œuvre du Plan d'action en prévention du suicide, ce qui inclut une nouvelle allocation budgétaire en cours d'élaboration pour 2003-2004.

Dans le cadre de l'élaboration des scénarios de répartition budgétaire, le Ministère a cherché à établir dès le départ certains principes de base susceptibles de l'aider à proposer la répartition la plus équitable possible pour chaque région. À cet égard, sept principes ont été formulés, soit :

- privilégier les mesures qui visent à fournir des services directs à la population ;
- s'assurer, sauf dans les régions nordiques, de financer les coûts afférents à la disponibilité d'un service d'intervention téléphonique 24/7 ;
- respecter le plus possible les particularités de chacune des régions et ne pas pénaliser les régions qui ont déjà investi en prévention du suicide ;
- respecter l'ordre de priorité établi par chaque régie régionale en finançant d'abord les premières mesures qui auront été déterminées ;
- soutenir de façon minimale (jusqu'à concurrence de 25 %), dans les régions 05, 06, 12, 15, 16 où le coût en est très élevé, la mise en place de nouveaux modes d'organisation de services au niveau local en prévention du suicide, de façon à faciliter le développement graduel de telles mesures d'intervention ;

- utiliser à titre de référence, pour apprécier l'équilibre relatif interrégional, le scénario de projection d'une répartition budgétaire basée sur un per capita pondéré par le taux de suicide chez les 0-30 ans ;
- réduire les montants ainsi recommandés de 7,25 % afin de respecter la valeur annualisée de l'enveloppe budgétaire disponible en 1999-2000.

En ce qui concerne le partage des responsabilités, chacun des paliers, national, régional et local, a su règle générale s'orienter en fonction des tâches que lui assignait la Stratégie d'action. Cependant, de nouveaux mécanismes devraient probablement être déterminés afin de faciliter la participation la plus large possible de tous les partenaires au dossier plus général de la prévention du suicide. Il faudra alors veiller à ce que les nouvelles structures de participation n'alourdissent inutilement les mécanismes de concertation plus réguliers ou ponctuels déjà en place, et qui se sont somme toute avérés efficaces.

10.3 LES CONSIDÉRATIONS DE NOS INTERLOCUTEURS

10.3.1 Sur le partage des responsabilités

Des attentes particulières en matière de responsabilités

Nos interlocuteurs sont nombreux à souhaiter un positionnement gouvernemental et un leadership ministériel forts à l'égard de la prévention du suicide, et ce, de manière davantage prononcée que par le passé. Ces appuis renouvelés et renforcés auraient également pour effet, selon eux, de favoriser l'efficacité de leurs interventions. Que le suicide devienne une véritable priorité pour la société et le gouvernement et que cela se traduise par encore plus de gestes concrets est un message que nous avons eu l'occasion d'entendre souvent.

Par ailleurs, ce n'est pas tant la qualité du soutien du Ministère et des régies régionales qui a fait l'objet de l'attention de nos interlocuteurs, ceux-ci considérant ce soutien comme convenable, que son intensité, qui leur semble insatisfaisante, notamment quant au personnel affecté à la gestion du dossier. En effet, le porteur de dossier régional, en plus de ne pas toujours être à temps plein, doit être actif sur tous les fronts à la fois, là où il y a un travail de planification, de gestion, de coordination, de mobilisation, de suivi et d'évaluation susceptible d'occuper plus d'une personne sur une base régulière. Un constat similaire a été dressé relativement au peu de ressources consacrées au dossier au sein même du Ministère.

Pour certains, les responsabilités décrites dans la Stratégie d'action sont adéquates et suffisantes, alors que d'autres auraient aimé plus de précision, surtout au niveau opérationnel ; pour ceux-ci, de plus, il y a un écart entre les rôles décrits dans la Stratégie d'action et leur concrétisation dans la réalité. Ils verraient en outre d'un bon œil que le Ministère mise sur l'intersectoriel davantage qu'il ne l'a fait à ce jour, notamment en sollicitant davantage la contribution des autres ministères, des ordres professionnels et des associations scolaires.

Des modalités de coordination diversifiées... et quelques difficultés

En matière de coordination, les régions plus petites quant au nombre d'interlocuteurs semblent travailler plus facilement en réseau, comme c'est le cas en Outaouais, dans la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, dans le Bas-Saint-Laurent et au Saguenay–Lac-Saint-Jean. Les grandes régions, elles, opèrent de deux façons : soit elles concentrent leurs activités sur quelques territoires d'intervention, comme à Montréal ; soit elles les étendent à l'ensemble de leur territoire, mais avec une intensité et une diversité moindres, comme en Montérégie. Plusieurs régies régionales ont mis en place des comités locaux ou encore des tables de concertation par MRC afin d'assurer l'implantation de la Stratégie d'action sur leur territoire. Nous avons d'ailleurs rencontré plusieurs membres de ces comités au cours de notre consultation et nous avons été à même de juger de leur dynamisme et de leur engagement, souvent sur une base de volontariat.

Au moment de notre consultation, une dizaine de régies régionales avaient élaboré un plan d'action ou une stratégie régionale pour la prévention du suicide. Habituellement, ces plans s'étendent sur quelques années et comportent les éléments suivants : le contexte de la démarche, le cadre conceptuel relatif au suicide, un portrait statistique, un état de situation des services existants, une programmation d'activités, le partage des responsabilités et les modalités d'évaluation. Règle générale, ces plans ont été conçus en collaboration avec les partenaires régionaux au sein de comités régionaux de concertation, ou encore à l'occasion de consultations menées sur le sujet. De plus, la majorité des régies régionales ont complété un état de situation de la problématique du suicide sur leur territoire. Quelques-unes ont un plan d'action intégré qui s'applique à la fois au suicide et à la crise, ou encore au suicide et à la santé mentale. Règle générale, nous avons pu constater également l'effet positif de l'engagement des régies régionales sur les plans de la mobilisation et du soutien, ainsi que le leadership d'expertise des centres de prévention du suicide dans plusieurs régions.

Dans le secteur du suicide, le partenariat ne semble pas avoir souffert de contradictions aussi vives que celles qu'a connues le secteur de la santé mentale par le passé. Mais il y a place à amélioration : certaines régies régionales songent même à inclure une clause qui forcerait à respecter ce partenariat dans le financement de leurs projets. En plusieurs endroits, il est facteur de ressourcement continu et de prise en charge véritable de la problématique du suicide par le milieu, alors qu'ailleurs il est déficient. De plus, nos interlocuteurs estiment qu'en plusieurs endroits également persistent ce qu'il est maintenant convenu d'appeler des « silos de services », soit un manque de coordination entre les secteurs du suicide, de la toxicomanie, de la santé mentale et des urgences hospitalières ; ce propos corrobore le diagnostic posé en 2002 par la coroner Kronström²⁶ sur le manque de continuité et d'arrimage des services dans la région de Québec.

26. A. KRONSTRÖM (2002), *Rapport d'enquête sur les causes et les circonstances du décès de monsieur Hubert Williamson (Dossier 109961) survenu le 15 mars 2001*, Québec, Bureau du Coroner en chef.

Certains de nos interlocuteurs ont également relevé des difficultés de nature organisationnelle : dans quelques régies régionales, notamment, où le partage de la responsabilité du dossier entre la Direction de la santé publique et la Direction de l'organisation des services crée des zones d'ambiguïté. Toujours au sein des régies régionales, l'arrimage au réseau de la santé mentale est vu comme une nécessité pour certains alors qu'il apparaît comme un fardeau pour d'autres. Ailleurs, c'est l'implantation au complet de la Stratégie d'action que la régie régionale délègue aux CPS, sans que ces derniers disposent de l'autorité régionale, ni que la régie elle-même ait développé de vision d'ensemble du dossier. Règle générale cependant, les régies régionales se donnent davantage un rôle d'appui que d'autorité, de mobilisation également, sans se substituer au milieu, tout comme le Ministère. On critique parfois les insuffisances d'un tel leadership ou l'on en réclame un plus formalisé, mais ces réactions sont plutôt rares.

Pour finir, nos interlocuteurs ont également discuté de l'ouverture, somme toute limitée, du réseau de la santé et des services sociaux à l'égard de ses partenaires, un problème qui persiste malgré toute la bonne volonté des acteurs en place. En toile de fond demeure la nécessaire responsabilité clinique et administrative (l'obligation de rendre compte) qui, dans bien des cas, souffre d'imprécision, que ce soit au sein de la régie régionale ou des établissements du réseau.

10.3.2 Sur les investissements financiers

Des réalisations et des suggestions intéressantes par rapport au financement

Depuis 1998, les régies régionales, en accord avec le Ministère, ont procédé à l'allocation des ressources financières sur leur territoire en mettant l'accent sur les services offerts par les centres de prévention du suicide et sur l'accessibilité à la ligne téléphonique. Quelques régies régionales ont également réservé des budgets pour des projets et interventions particuliers : la formation des intervenants, la formation de sentinelles au sein de la communauté, la concertation entre les partenaires, les déplacements pour l'intervention dans le milieu et, plus rarement, la promotion et la prévention.

Nos interlocuteurs s'attendent à ce que le Ministère procède au financement complet de la gamme de services prévue à la Stratégie d'action en lui consacrant des budgets protégés, et respectueux de l'autonomie des régions par rapport aux moyens à mettre en place afin de concrétiser la Stratégie d'action. Règle générale, ils ont apprécié les consultations budgétaires effectuées par le Ministère, même si ses allocations étaient jugées trop restrictives compte tenu des besoins de certaines régions. Pour certains, le mode de détermination des critères d'allocation budgétaire, explicité plus haut, paraît manquer de limpidité, malgré la diffusion des principes de financement effectuée par le Ministère. D'après ces critiques, la priorisation des interventions se serait faite davantage en fonction des décisions gouvernementales de financement, qu'à partir d'une planification tenant compte des besoins détectés sur le terrain. Pour contrer cette impression, des critères supplémentaires d'allocation ont été proposés par nos interlocuteurs, comme la population à desservir, les services existants, les particularités régionales, le partenariat.

Nos interlocuteurs estiment essentiel qu'outre la gamme de services, le Ministère finance plus adéquatement et de manière récurrente les volets suivants : la promotion et la prévention ; la formation ; la recherche et l'évaluation ; la mise en réseau des intervenants ; les projets novateurs du milieu ; les services du réseau, notamment ceux des CLSC et la pédopsychiatrie ; les interventions auprès des jeunes et des clientèles à risque ; la mise en place de projets de sentinelles ; les frais de déplacement, souvent plus élevés que les frais de l'intervention elle-même, des régions en périphérie des grands centres ; l'intervention par les regroupements de la communauté ; la présence, dans la communauté, d'un intervenant pivot, d'un gestionnaire de cas ou d'un coordonnateur clinique ; l'encadrement clinique des bénévoles par du personnel professionnel ; la mise à jour des protocoles d'intervention ; la coordination et l'évaluation des services.

Certaines difficultés

Ici et là, des difficultés relatives au financement de la Stratégie d'action nous ont été mentionnées : l'iniquité envers les régions voisines des grands centres ; le danger d'un nivellement qui pénaliserait les régions plus dynamiques ; le peu de respect des dynamiques régionales ; des tensions entre les organismes à cause de la rareté des ressources.

Nos interlocuteurs estiment en outre important que les régions régionales évitent de rendre disponibles des services à la personne suicidaire, pour ensuite y mettre fin à cause de considérations d'ordre budgétaire. Certains d'entre eux nous ont rappelé avec humour : « Ce n'est pas une tarte qu'on a à se partager... mais un muffin ! » Dans un tel contexte, il est difficile d'associer les partenaires à la démarche d'allocation budgétaire. À cause de leur manque de ressources, des organismes doivent parfois s'astreindre à des choix déchirants ; quelques-uns essaient de s'autofinancer, et réussissent en bonne partie, comme JEVl en Estrie, alors que d'autres ont recours à Centraide et aux établissements du réseau qui peuvent à l'occasion leur fournir des locaux.

Toujours par rapport au financement de la Stratégie d'action, la mise à contribution d'autres ministères ou organismes, comme la Sécurité publique, le Revenu, l'Éducation, Loto-Québec, a également fait surface. Quelques personnes ont enfin souligné que « le suicide, ça ne gagne pas de concours de popularité » pour expliquer leurs difficultés de financement.

10.4 EN RÉSUMÉ

Nous avons pu constater une certaine disparité entre les régions en ce qui concerne l'organisation des services. Cette disparité, que le financement du Ministère tend cependant à réduire, est probablement due à l'historique de la région elle-même et à la particularité des besoins régionaux.

En matière de responsabilités, nos interlocuteurs nous ont rappelé avec insistance la nécessité que le Ministère assure un leadership fort face au suicide, et ce, en partenariat avec les autres ministères et organismes du gouvernement, afin d'en arriver à une position sociale renouvelée contre le suicide. Malgré certaines difficultés d'arrimage,

nous avons senti chez nos interlocuteurs, tant ceux du réseau que leurs partenaires, une volonté véritable d'engagement et de responsabilisation à l'égard du suicide.

Par rapport au financement, nos interlocuteurs attendent du Ministère qu'il procède au financement complet de la gamme de services comprise dans la Stratégie d'action, en mettant l'accent sur les jeunes, les groupes à risque ainsi que la promotion et la prévention. L'allocation budgétaire pour les fonctions de planification et d'évaluation, de concertation et de soutien à la mise en réseau, mériterait également d'être prise en considération de manière plus adéquate.

TROISIÈME PARTIE

LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS DE LA CONSULTATION AUPRÈS DES INSTANCES NATIONALES

En plus de notre tournée de consultation régionale, nous avons rencontré les représentants de différentes instances ayant des responsabilités nationales. Nous reprendrons ici les principaux constats que nous ont livrés nos interlocuteurs au cours de ces rencontres.

Comme dans toute démarche évaluative de cette nature, les résultats présentés ici sont le reflet à la fois des opinions personnelles des responsables rencontrés et des orientations de l'organisation à laquelle ils appartiennent. D'autres personnes, à d'autres moments, auraient pu nous conduire sur des pistes quelque peu différentes. De plus, nous ne prétendons pas avoir inclus tous les regroupements qui auraient estimé pouvoir faire des considérations pertinentes sur le suicide. Cependant, la somme des témoignages reçus nous permet de tracer un premier profil général de réponses suffisamment représentatif par rapport à nos besoins en information.

Une autre mise en garde s'impose néanmoins. Notre analyse fait surtout ressortir les points de vue propres aux instances nationales que nous avons consultées. Ces dernières ont émis à l'occasion des commentaires généraux qui, dans l'ensemble, rejoignent ceux rapportés au cours de nos consultations régionales.

Nous avons classé les résultats de nos entrevues de groupe selon cinq grandes catégories :

- les associations professionnelles, qui comprennent les représentants du secteur psychosocial et ceux du secteur de la santé ;
- les associations du milieu ;
- les associations du secteur de la recherche ;
- les associations d'établissements ;
- coroners, santé publique, éducation et jeunesse.

Nous avons fait le choix de présenter les résultats de notre consultation nationale en fonction de chacune de ces cinq grandes catégories d'analyse afin de mieux les contraster. Précisons encore qu'en raison de leur ordre du jour certains acteurs, comme la Sûreté du Québec, l'Association des psychiatres et des regroupements d'organismes communautaires, n'ont pu être rencontrés au cours de cette consultation nationale.

1. LES ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

1.1 LES ASSOCIATIONS DU SECTEUR PSYCHOSOCIAL

Sous cette rubrique, nous avons classé nos rencontres avec les répondants de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux ainsi qu'avec ceux de l'Ordre professionnel des psychologues.

L'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec

Nos interlocuteurs de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux estiment que la ligne 1 866 APPELLE est rassurante pour les personnes en difficulté car elles savent qu'elles s'adressent au bon endroit en y faisant appel. De plus, selon eux, les intervenants sont mieux formés et davantage confiants en leurs capacités qu'il y a quelques années, même si la formation doit être standardisée un peu plus afin d'éviter un possible nivellement par le bas. Ils sont également en faveur d'une plus grande sollicitation de l'Ordre par le Ministère afin d'améliorer la formation de base et la formation continue des intervenants. Le soutien clinique des intervenants leur semble également essentiel, puisqu'il pallie certains problèmes d'accès à une expertise plus spécialisée, comme le fait par exemple la ligne Psy-Aide, dont le service est assuré par un pédopsychiatre de Rimouski.

Selon eux, les intervenants des CLSC et du réseau hospitalier devraient évaluer la possibilité de suicide de façon systématique, comme ils le font pour la toxicomanie et la violence. Par ailleurs, ils estiment que des changements trop fréquents dans l'ordre des priorités des CLSC puissent finir par nuire à la prise en charge de la problématique. Nos interlocuteurs sont également très préoccupés par la rupture de services lorsqu'un jeune atteint l'âge de 18 ans, et qu'il est à cheval entre les services de pédopsychiatrie et de santé mentale. Ils estiment essentiel, enfin, qu'une éventuelle campagne d'information pour contrer le suicide porte sur le développement d'une conscience collective par rapport à la souffrance de l'être humain.

L'Ordre des psychologues du Québec

Les représentants de l'Ordre des psychologues nous ont fait part de difficultés bien concrètes qu'éprouvent certains de leurs membres dans le cadre de leur pratique professionnelle : faible arrimage entre les problématiques du suicide, de la santé mentale et de la santé publique ; déresponsabilisation professionnelle et utilisation inappropriée de leurs compétences, en milieu scolaire et dans certains centres jeunesse ; problème d'accès à l'expertise psychiatrique ; nombre élevé de poursuites professionnelles injustifiées ; système à deux vitesses où la psychothérapie n'est pas prise en charge par l'État. Nos interlocuteurs ont également souligné que, malgré qu'il se fasse beaucoup d'évaluation de cas un peu partout, les services de suivi et de traitement demeurent peu disponibles. De plus, notent-ils, la prolifération de projets d'intervention temporaires et compartimentés donne aux personnes qui souffrent des allures «d'êtres

humains en tranches». Ils estiment également que l'intervention auprès des hommes et des jeunes garçons mériterait d'être améliorée dans sa nature même, d'être mieux centrée sur leurs préoccupations particulières.

Il leur apparaît important, aussi, de traiter les cas lourds pour désengorger les centres de crise, et d'agir davantage auprès des familles, ce qui demeure une approche prometteuse, notamment avec l'arrivée des groupes de médecine familiale. Tout comme il leur semble essentiel de compléter la gamme de services afin d'éviter des ruptures de prise en charge. À leurs yeux, le suicide n'est pas une option, si l'on considère entre autre que les changements sociaux impriment leurs marques sur les individus. Ils estiment également que la recherche est encore trop éloignée des préoccupations des intervenants. Nos interlocuteurs nous rappellent enfin à nos solitudes ministérielles : santé et services sociaux, sécurité publique, justice et éducation ont encore beaucoup à faire afin d'en arriver à de véritables actions intersectorielles.

1.2 LES ASSOCIATIONS DU SECTEUR DE LA SANTÉ

La présente section fait état des résultats de notre consultation auprès du sous-comité du Comité scientifique sur la position clinique des pédopsychiatres, ainsi qu'auprès des représentants de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Le sous-comité du Comité scientifique sur la position clinique des pédopsychiatres

La position clinique des pédopsychiatres du Québec porte sur la prévention, l'évaluation et l'intervention auprès des enfants et des adolescents ayant des comportements suicidaires ; elle a été publiée dans le numéro de mai 2002 de la revue *Le médecin du Québec*. Cette position découle d'une volonté de mieux définir le rôle médical dans le domaine, sans cependant sous-estimer celui qui revient à la société d'offrir des conditions de vie et un environnement psychosocial de qualité et de rendre accessibles les ressources appropriées et nécessaires à la prévention du suicide chez les jeunes. Elle aborde donc la prévention du suicide, l'évaluation et l'intervention, ainsi que la recherche.

Nos interlocuteurs ont rappelé la nécessité que le Ministère prenne mieux en considération la contribution des pédopsychiatres dans le traitement des jeunes suicidaires, et qu'il clarifie ses priorités à leur égard dans ses actions futures. Ils rappellent également que plusieurs pédopsychiatres s'investissent déjà beaucoup dans le soutien clinique aux intervenants. Mais ce n'est pas le cas dans l'ensemble du Québec, puisque certaines régions accusent une pénurie d'effectifs en pédopsychiatrie.

D'après nos interlocuteurs, l'arrimage entre le monde médical et le monde psychosocial constitue un enjeu majeur pour la mise en œuvre adéquate de la Stratégie d'action. Ils considèrent ainsi qu'en CLSC, il serait préférable de mettre en place des cliniques jeunesse générales qui orientent ensuite vers les services de seconde ligne. Le manque de continuité de services, qui se produit occasionnellement entre la phase d'utilisation de la ligne téléphonique et celle du traitement spécialisé, est également au cœur de leurs préoccupations.

Nos interlocuteurs soulignent en outre l'intérêt élevé des médecins à l'égard de la formation ; ainsi, au moment de notre consultation, 75 groupes de médecins avaient participé aux ateliers sur la reconnaissance de la dépression à l'adolescence dans le cadre de la formation intitulée « Le médecin et l'ado qui déprime ». Selon eux, le Ministère devrait soutenir davantage les autres volets de cette formation dans le futur. En ce qui concerne la détection des personnes à risque, nos interlocuteurs se disent très vigilants face aux jeunes qui se placent physiquement en retrait de manière habituelle ou encore qui ont des troubles psychiatriques cachés par des troubles de comportement, de même qu'à l'égard des familles des jeunes affichant des cas de personnes suicidées ayant été diagnostiquées maniaco-dépressives.

Ils estiment également qu'il faudrait éviter de surcharger inutilement les jeunes en voulant leur faire jouer, comme sentinelles, un trop grand rôle auprès de leurs pairs ; à cet égard, l'implantation de guides de sensibilisation auprès du personnel en milieu scolaire leur semble préférable. Il est enfin indispensable pour nos interlocuteurs que le Ministère départage les différents niveaux d'intervention et de responsabilité, sans être à la merci de certains groupes de pression qui prendraient trop de place, comme ce leur semble le cas à l'intérieur du Programme national de santé publique où, compte tenu des intérêts de ces groupes, le suicide apparaîtrait davantage accessoire par rapport à d'autres problématiques et serait par conséquent moins bien considéré.

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Les représentants de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec estiment nécessaire d'optimiser l'utilisation du service Info-Santé où des infirmières sont aptes à intervenir et peuvent assurer une continuité de services parce qu'une même personne, plusieurs jours de suite, voit à l'application uniforme des protocoles. Dans la même perspective, il serait nécessaire d'avoir une personne (ex. : infirmière du milieu ou de liaison, gestionnaire de cas) qui, comme au CLSC Métro, à Montréal, assure le lien entre les ressources afin d'en accélérer l'accès, et par conséquent d'assurer le suivi et la continuité des services.

Selon eux, il faut en outre privilégier l'approche et le travail en interdisciplinarité, et éviter le travail en vase clos, l'appropriation des clientèles, les barrières de structures et les guerres disciplinaires. Ils sont favorables au développement d'un réseau intégré de soins et de services en santé mentale qui inclut le volet suicide, et estiment important de distinguer l'intervention d'aide que peut apporter toute personne ou tout intervenant, de l'intervention clinique complète (évaluation détaillée, prise en charge, suivi, orientation et relance). Nos interlocuteurs rappellent de plus que par leur formation, par leur travail en dépistage et en surveillance, en promotion et en prévention dans les milieux de première ligne (Info-Santé, services courants, urgences hospitalières, groupes de médecine familiale) comme auprès de clientèles ciblées (scolaire, personnes âgées, personnes marginalisées, personnes aux prises avec des problèmes multiples), les infirmières ont une pratique professionnelle étendue et variée qui peut contribuer à la lutte contre le suicide.

Par ailleurs, nos interlocuteurs déplorent les diminutions de personnel infirmier en milieu scolaire alors que, afin d'éviter de coûteuses prises en charge, quelqu'un doit être sur

place pour écouter les malaises, pour conseiller les jeunes. À l'instar des représentants de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux, ils estiment qu'en plusieurs endroits, les besoins des jeunes adultes ne sont pas suffisamment reconnus et que les services diminuent au moment de l'entrée dans l'âge adulte. Nos interlocuteurs soulignent en outre l'importance de travailler avec les familles et les proches ; de soutenir les ressources d'aide non professionnelles ; d'agir en amont ; de disposer de lieux d'accueil pour désamorcer les situations difficiles sans forcément recourir à une thérapie.

En matière de soutien clinique, ils suggèrent des formules de mentorat, comme le fait le Centre québécois de prévention du sida. De plus, la formation devrait être diffusée sur une base multiétablissements et multiprofessions pour diminuer les barrières et favoriser la coordination. À cet égard, nos interlocuteurs soulignent que les régies régionales devraient améliorer le partenariat, notamment avec les commissions infirmières régionales. Enfin, ils estiment important de mentionner que la recherche peut nous apprendre comment, concrètement, se déroulent les processus suicidaires, entre autres grâce aux histoires de vie des jeunes et au moyen d'une approche qualitative, encore largement sous-utilisée en recherche.

2. LES ASSOCIATIONS DU MILIEU

L'Association québécoise de prévention du suicide²⁷

Pour nos interlocuteurs de l'AQPS, le gouvernement, le Ministère et les régies régionales doivent réaffirmer que l'action dédiée à la lutte contre le suicide est une priorité. Ils demandent à ces instances un positionnement fort, clair et convaincant à cet égard.

Les premiers objectifs de la Stratégie d'action, et plus précisément ceux se rapportant à la gamme de services, à la formation et au soutien clinique, demeurent les plus importants pour les représentants de l'Association, qui estiment que ces objectifs doivent être consolidés avant d'en entreprendre de nouveaux. Cela d'autant qu'une campagne de publicité menée sans les services adéquats pour la soutenir risquerait selon eux de conduire à de sérieux ratés. Dans cette perspective, ils déplorent le peu de financement octroyé à la réalisation des différentes interventions prévues à la Stratégie d'action, laquelle dépend encore beaucoup, ici et là, d'initiatives personnelles peu reconnues. Nos interlocuteurs rappellent également qu'étaient réalisées des interventions diverses avant la mise en place de la Stratégie d'action ; celle-ci a cependant accéléré et appuyé le mouvement initial, reconnaissent-ils.

27. Au moment de notre consultation, l'Association portait le nom d'Association québécoise de suicidologie.

Le programme de formation accrédité de l'Association, dont nous avons fait état dans la section 4 de la précédente partie de ce rapport, compte parmi les plus belles réalisations de l'organisme qui entend du reste l'offrir graduellement à l'ensemble de ses membres. Cet objectif de formation s'inscrit par ailleurs dans une des préoccupations de l'Association, qui est le développement d'un langage et d'outils partagés par l'ensemble de ses membres, notamment en ce qui a trait à l'évaluation du risque potentiel que présente la personne suicidaire pour elle-même.

Quant aux clientèles à risque, nos interlocuteurs mentionnent entre autres les autochtones, les personnes en milieu carcéral, les jeunes placés dans les centres jeunesse, les personnes aux prises avec des problèmes multiples (suicide, toxicomanie, alcoolisme, santé mentale), les jeunes homosexuels soumis à la réprobation sociale, voire les hommes et toutes les formes de dépendance qui peuvent les affecter : jeu, alcool, drogues, sexe, travail et performance, dépendance affective, violence et pouvoir. Nos interlocuteurs estiment important, non seulement de nommer ces clientèles, mais aussi de dire comment agir avec elles, comment les aborder, les aider et les traiter au besoin. Le suivi après une tentative fait également partie de leurs préoccupations, et leur semblait très faible au moment de notre rencontre.

La question de la banalisation et de la dramatisation de l'acte suicidaire est au cœur des enjeux qui à l'heure actuelle orientent ou influencent l'intervention contre le suicide, selon nos interlocuteurs. Il faut éviter le sensationnalisme, certes ; mais quand et comment agit-on, avec quels moyens, et en visant quelle portée ? Dans un contexte de rareté de services, une campagne d'information peut s'avérer un outil à double tranchant, insistent-ils. Des actions moins coûteuses peuvent également être entreprises, comme des rencontres de sensibilisation avec le Conseil de presse et les auteurs de téléromans, ou encore la mise en place d'une instance nationale de vigilance dédiée au traitement de l'information.

En tout état de cause pour nos interlocuteurs de l'AQPS, une réflexion sur l'éthique, les valeurs et le sens de la vie doit absolument précéder l'élaboration d'une campagne nationale d'information, et ce, afin de faire en sorte qu'elle soit adaptée aux fins visées. Par exemple, mettra-t-on en avant l'action contre le suicide ou bien la promotion de la joie de vivre ? Et comment abordera-t-on la souffrance personnelle, la maladie mentale, comme la dépression, le choix ou l'absence de choix par rapport à la décision de se suicider ? Et puis, comment passer du discours à l'action ? Malheureusement, ces questions de fond, déterminantes quant à l'orientation de l'intervention, sont trop peu considérées, là encore par manque de temps et de ressources, auquel s'ajoute toutefois un certain manque de préoccupation. D'après nos interlocuteurs, des balises nationales concrètes devraient donc encadrer ce sujet. Il en est de même pour la promotion et la prévention, l'intersectoriel et la réduction de l'accès aux moyens.

Les fonctions reliées à la connaissance et à la surveillance de l'état de santé, la recherche et l'évaluation, la fixation de critères opérationnels de réussite sont également des incontournables aux yeux des représentants de l'AQPS que nous avons rencontrés. Mais selon eux, ce n'est pas tout d'intensifier les efforts en recherche ; encore les milieux d'intervention doivent-ils avoir les moyens financiers pour continuer leur partenariat avec les milieux de la recherche, sans pénaliser leur programmation

régulière, faute de quoi ils ne pourront continuer à s'y engager facilement. Nos interlocuteurs soulignent également que par souci d'équité, ce sont l'ensemble des pratiques qui doivent être évaluées, et pas seulement celles du milieu communautaire.

Dans une autre perspective, nos interlocuteurs estiment qu'il y aurait lieu de mettre en place une équipe nationale d'expertise afin de soutenir le Ministère dans la prise en charge de son leadership. Selon eux, un comité interministériel devrait également voir à l'harmonisation des interventions entre les ministères. Ils estiment en somme nécessaire que s'affiche une volonté gouvernementale forte quant à la priorisation de la problématique du suicide, volonté qui viendrait du coup renforcer les différents milieux dans leurs interventions visant à contrer le phénomène. Enfin, soulignons que la prise en compte des composantes à la fois sociale, politique et administrative qui constituent l'environnement de leur action face au suicide est essentielle pour les représentants de l'Association.

L'Association des centres d'écoute téléphonique du Québec

Cette association s'inscrit, précisent nos interlocuteurs, dans une optique de soutien à la personne en difficulté et non de changement ; c'est donc dans cette perspective que doit être appréciée sa contribution à la problématique du suicide. Les principes de base des centres d'écoute téléphonique sont : l'anonymat, la confidentialité, une approche généraliste, l'écoute active et le bénévolat.

Les centres d'écoute offrent du soutien émotif à tout appelant, mais plus particulièrement aux personnes inscrites dans une dynamique de récurrence, et qu'il est convenu de désigner comme des « rappelants » : c'est-à-dire celles qui utilisent fréquemment les différentes lignes téléphoniques disponibles, souvent par trop grande solitude, et qui finissent malheureusement par encombrer ces lignes, parfois aux dépens de cas tout aussi graves et dont le degré d'urgence est plus élevé. Ces personnes peuvent aussi épuiser les intervenants des autres lignes téléphoniques en les accaparant trop fréquemment ; les deux, le rappelant et l'intervenant, sont alors dans une dynamique négative. Par ailleurs, en agissant en amont, les centres d'écoute espèrent éviter la détérioration des personnes en détresse et « stopper l'hémorragie » vers la crise de gens qui, autrement, grugeraient l'énergie des intervenants et encombreraient les urgences.

Au moment de notre consultation, seulement quelques régies régionales, comme celles de l'Estrie et de la Chaudière-Appalaches, avaient reconnu les centres d'écoute dans leur gamme de services, et ce, principalement par rapport aux clientèles dites « rappelantes ». De plus, certains partenaires du réseau sont réticents à reconnaître les centres d'écoute. L'Association est en manque chronique de financement. Elle entreprenait cependant des démarches, au moment de notre rencontre, afin de se faire mieux connaître, notamment auprès des régies régionales et du réseau de la santé et des services sociaux.

3. LES ASSOCIATIONS DU SECTEUR DE LA RECHERCHE

Nous n'avons pas, là encore, la prétention de rapporter de façon exhaustive les réalisations et les attentes de ce milieu. Nous invitons le lecteur à contacter les différents milieux de recherche du Québec afin d'avoir une meilleure vision de leur apport. Cependant, nos rencontres nous ont permis de dresser un certain portrait de la situation.

Le Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE)

Selon nos interlocuteurs du CRISE, qui est un centre de recherche de l'Université du Québec à Montréal, la Stratégie d'action a augmenté la concertation entre les partenaires. En modifier la structure de fond en comble leur semble pour l'heure prématuré, puisqu'elle n'a pas encore bénéficié de toutes les conditions nécessaires à sa réussite. De plus, il leur apparaît difficile présentement de cerner les effets de la Stratégie d'action sur le suicide. Pour mesurer de tels effets, l'avenue la plus prometteuse serait, estiment-ils, de centrer l'action sur le suivi de crise et auprès des personnes ayant fait une tentative sérieuse de suicide. Cependant, ils se désolent du peu de financement du Ministère à cet égard.

Par rapport à l'organisation des services, nos interlocuteurs soulignent les problèmes d'arrimage de l'ensemble des services avec les services psychiatriques, problèmes qui seraient encore plus sérieux en région. De plus, en bien des endroits, les besoins en services psychologiques demeurent mal compris, par rapport aux services médicaux, et sont du reste encore mal reconnus et sous-financés. Et souvent, étant donné l'inexistence de services adéquats en institution, la personne suicidaire sera retournée dans son milieu, sans soutien adéquat là non plus. Nos interlocuteurs ont aussi insisté assez fortement sur le manque de délicatesse et d'accueil que manifesterait le milieu hospitalier envers la personne suicidaire, sur la désorganisation des services de santé, sur le peu de responsabilité de ces services quant aux résultats, ainsi que sur le manque de suivi quant à leurs interventions.

En matière de formation, selon eux, certains omnipraticiens seraient mieux outillés que les psychiatres face au suicide, alors que les pédopsychiatres leur semblent davantage mobilisés et engagés par rapport à la problématique. Nos interlocuteurs soulignent par ailleurs qu'une éventuelle campagne d'information de même que les activités de promotion et de prévention doivent impérativement être réalisées avec un dosage et une intensité appropriés, et accompagnées de nombreuses mesures à long terme bien planifiées.

En matière de recherche et d'évaluation, la diffusion de l'information et le transfert des connaissances sont indispensables aux yeux de nos interlocuteurs. À cet égard, il y aurait lieu de rencontrer plus souvent les partenaires des régions régionales, les intervenants et les décideurs afin de vulgariser les résultats de la recherche, et de soutenir les régions qui ne sont pas spécialisées dans la recherche sur le suicide.

Nos interlocuteurs insistent également pour que le gouvernement fasse du suicide une priorité nationale, tout en respectant la capacité d'intervention des communautés. Il leur apparaît essentiel que le gouvernement se dote d'une instance nationale d'implantation et de suivi de la mise en place de la Stratégie d'action afin que les décisions collent davantage aux besoins observables. Dans cette perspective, il y a nécessité d'un meilleur arrimage entre le chercheur, le praticien et le décideur, et une nécessité d'autonomie et de permanence pour cette instance nationale.

Nos interlocuteurs rappellent enfin que le Ministère devrait être un peu plus vigilant quant à la réalisation des objectifs de la Stratégie d'action qui sont sous sa responsabilité, plus particulièrement en ce qui a trait à la banalisation et à la dramatisation du phénomène du suicide. Il devrait également, selon eux : rétablir ses priorités ; créer une instance nationale obligée de rendre compte ; accorder aux milieux d'intervention des ressources adéquates ; créer des conditions facilitant la formation des chercheurs.

L'équipe de recherche du Centre de recherche Fernand Seguin

Les interlocuteurs de ce centre de recherche rattaché au Centre hospitalier Louis-Hyppolite Lafontaine de Montréal soulignent d'abord que si la ligne 1 866 APPELLE risque de faire augmenter la demande, elle devrait également permettre d'uniformiser la qualité de la réponse téléphonique. En ce qui concerne l'intervention, ils estiment que l'arrimage des services, plutôt que le travail en vase clos entre spécialistes, doit être privilégié ; dans le même ordre d'idées, il convient selon eux de mieux arrimer les services aux familles. En matière de postvention, les travaux menés par Monique Seguin, de l'Université du Québec à Hull, leur paraissent prometteurs, et il serait nécessaire d'en tenir compte dans l'organisation des services.

La formation des médecins leur semble poser quelque difficulté, dans la mesure où ceux-ci font probablement face au suicide d'un de leurs patients seulement une fois aux cinq ans. Dans ce contexte, il serait peut-être plus intéressant pour les médecins de recevoir une formation sur les symptômes dépressifs et les ressources d'intervention pouvant les soutenir. Nos interlocuteurs considèrent qu'il reste cependant beaucoup de travail à faire afin de les rejoindre.

En ce qui concerne les groupes à risque, tous les suicidés n'ont pas forcément un problème appartenant à la triade toxicomanie, troubles de la personnalité, dépression ; la spirale de l'endettement, de la violence et de la solitude doit aussi être considérée, selon nos interlocuteurs. En somme, des critères précis de risque doivent être définis. La promotion et la prévention leur semblent avoir un potentiel limité de réussite alors que, comme le démontrent des études norvégiennes, les antidépresseurs diminuent les taux de suicide ; il y aurait donc lieu de traiter davantage les personnes dépressives.

Par rapport à la banalisation et à la dramatisation, les travaux de nos interlocuteurs font état des répercussions directes et de l'effet d'entraînement des suicides de vedettes qui ont été fortement médiatisés, comme ceux de Gaétan Girouard, Dédé Fortin, Pauline Julien et Hubert Aquin. Dans cette perspective, selon eux, se pose la question entre ce qui est socialement acceptable au Québec et ce qui relève de l'interdit.

En outre, nos interlocuteurs estiment que les ressources humaines et financières qui sont consacrées à la recherche et à l'évaluation demeurent insuffisantes. Par ailleurs, ils considèrent que tous les projets d'intervention devraient comporter un volet évaluation, et il y aurait par ailleurs lieu d'augmenter graduellement la qualité de celle-ci. Le transfert des connaissances mériterait également d'être amélioré. Enfin, ils nous soulignent que le Ministère devrait davantage hiérarchiser ses besoins au moment du financement de ses projets et assumer une plus grande présence auprès des régies régionales.

4. LES ASSOCIATIONS D'ÉTABLISSEMENTS

L'Association des CLSC et des CHSLD du Québec

Selon nos interlocuteurs, la contribution demandée aux CLSC par rapport à la problématique du suicide est variable d'une région à l'autre. Quelques-uns se voient confier le rôle de maître d'œuvre mais dans l'ensemble, la contribution est plus limitée. En outre, les priorités et les mesures ne sont pas identiques d'un CLSC à l'autre.

Ainsi l'intervention de crise, avec accès téléphonique et, au besoin, l'intervention face à face, a été mise en place dans des régions comme la Chaudière-Appalaches, le Saguenay Lac-Saint-Jean et l'Estrie alors qu'ailleurs, comme dans l'Outaouais, les organismes communautaires sont davantage présents à ce niveau. On retrouve aussi l'intervention conjointe avec les CLSC, comme dans la région de Laval. Quelques CLSC font également une certaine coordination intersectorielle avec les policiers, les centres hospitaliers, les ambulanciers et les organismes communautaires. Dans un domaine connexe, la santé mentale, certains CLSC ont également mandaté leur équipe en santé mentale pour effectuer la prise en charge et le suivi des personnes suicidaires et de leur entourage.

Les représentants de l'Association étaient également en mesure, au moment de notre rencontre, d'énumérer de manière générale les « bons coups » réalisés par le milieu d'intervention, dans son ensemble, depuis la mise en place de la Stratégie d'action en 1998 : les efforts consacrés à la formation des intervenants en plusieurs endroits ; la création de programmes de sentinelles pour les hommes et les jeunes, en milieu de travail et en milieu scolaire ; l'éducation et la sensibilisation des communautés en certains endroits ; l'élaboration d'outils cliniques et de protocoles d'entente. Ils soulignent également des gains : l'intervention téléphonique 24/7 et la ligne 1 866 APPELLE ; des équipes d'intervention sur le terrain (mais en quelques endroits seulement) ; une meilleure collaboration entre les établissements et les organismes communautaires, même si elle n'est pas toujours facile ; la mise à jour de l'expertise des intervenants. Voilà autant de facteurs positifs qui leur donnent le sentiment général que la situation a progressé depuis 1998.

Certaines difficultés semblent vouloir persister néanmoins, affirment nos interlocuteurs. Ainsi : les budgets consacrés à la problématique du suicide qui demeurent limités ; l'inexistence d'infrastructure nationale de services psychosociaux 24/7 ; la difficile continuité des services avec les centres hospitaliers ; le manque de confidentialité en

certains endroits ; le manque de pédopsychiatres ; une approche d'ensemble encore très curative ; en plusieurs endroits, une sensibilisation déficiente des intervenants du réseau par rapport au suicide ; des projets pilotes lancés sans budget récurrent, comme c'est parfois le cas pour les sentinelles et le suivi intensif ; la difficulté d'accéder aux entreprises et de les sensibiliser au suicide ; les personnes âgées qui, dans l'ensemble, seraient encore peu rejointes par les intervenants ; un leadership qui repose presque exclusivement sur l'engagement personnel ; une gamme de services incomplète en ce qui concerne l'hébergement des personnes à risque.

En contrepartie, nos interlocuteurs nous ont fait différentes suggestions intéressantes pour pallier ces difficultés : développer un plus grand leadership national par rapport au suicide ; établir une stratégie de communication accompagnée d'une campagne de sensibilisation afin de modifier les perceptions ; mettre en place des actions intrasectorielles (toxicomanie-violence-suicide) et intersectorielles (au niveau des ministères) ; former une équipe d'experts pour valider et soutenir l'action régionale et locale, ainsi que pour éviter les chevauchements d'outils ; un meilleur financement ; l'ajout de pédopsychiatres ; le développement d'une infrastructure 24/7 pour les services psychosociaux, comme au Saguenay–Lac-Saint-Jean, en Estrie et dans la Chaudière-Appalaches ; la diffusion de données fiables et à jour pour mieux guider l'action.

L'Association des centres jeunesse du Québec

Nos rencontres avec les représentants des centres jeunesse et le responsable du dossier à l'Association ont porté principalement sur leurs perceptions relatives à la mise en place du protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire dans les centres jeunesse. Ce protocole comporte trois niveaux d'intervention : celui de l'intervenant du centre jeunesse qui travaille auprès des jeunes ; celui du professionnel qui fait partie de l'équipe de soutien multidisciplinaire ; celui du professionnel d'un service de psychiatrie ou de pédopsychiatrie qui collabore à l'implantation du protocole. Ce protocole est le fruit d'un partenariat, appuyé par le Ministère, entre l'Association des centres jeunesse du Québec, l'Association des hôpitaux du Québec, le Collège des médecins du Québec et l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec.

Au moment de notre consultation, le protocole n'était appliqué intégralement que dans quelques régions, comme l'Outaouais et l'Estrie. La majorité des responsables de sa mise en place travaillaient à la formation des intervenants de première ligne et de réadaptation, malgré les maigres ressources budgétaires dont ils disposaient à cette fin, ce qui, précisaient nos interlocuteurs, ralentissait le rythme d'implantation du protocole. Certains de ces responsables assuraient également la formation des familles d'accueil en prévention du suicide. Selon la grande majorité de nos interlocuteurs, le recrutement de médecins faisait défaut au deuxième niveau d'intervention du protocole, mais ils soulignaient les efforts que certains pédopsychiatres consacraient à la concrétisation du troisième niveau d'intervention, malgré leurs faibles ressources. Bien que le Ministère ait soutenu adéquatement l'élaboration du protocole, nos interlocuteurs déplorent le peu d'appui de sa part et des régies régionales pour la phase d'implantation, tant en ce qui concerne son financement que le recrutement des médecins et l'établissement de mécanismes de liaison avec les médecins spécialistes.

Les centres jeunesse se sont aussi dotés récemment d'un « Guide de pratique en situation de problématique suicidaire et de santé mentale », inspiré de celui qu'avait déjà conçu le Centre jeunesse de Québec.

La Fédération des cégeps du Québec

Préoccupés par la santé et le bien-être des étudiants, nos interlocuteurs de la Fédération des cégeps ont à cœur de mettre en place des initiatives de prévention dans les établissements afin de rendre les milieux de formation chaleureux et aidants. Afin, en somme, de véhiculer auprès des jeunes le message suivant : « Tu es important pour nous, non seulement sur le plan scolaire, mais également en tant que personne, qu'être humain. »

Cette préoccupation est primordiale aux yeux de nos interlocuteurs puisque les étudiants de leur milieu d'enseignement sont dans une phase de transition critique, la fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte, propice en remise en questions de toutes sortes. Ces jeunes sont également sollicités de toutes parts, tout en vivant différents changements et situations susceptibles de les plonger dans une détresse d'autant plus grande qu'ils étaient inconnus d'eux auparavant : difficultés scolaires, attrait envers le monde de la consommation, obligations reliées au travail, endettement, éloignement d'avec la famille, ruptures amoureuses, crises identitaires, abus de drogues et d'alcool, maladies contagieuses.

Malgré de petits budgets non récurrents fournis principalement par le ministère de l'Éducation et les Fonds jeunesse du Québec, plusieurs cégeps ont mis en place différentes initiatives de prévention, comme en font foi les bilans des projets en prévention du suicide réalisés par la Commission des affaires étudiantes de la Fédération des cégeps. Les travailleurs de corridors en sont un exemple : ils augmentent la capacité de réponse et de prise en charge, tout en contribuant à créer un filet de sécurité et de confiance. Ces initiatives ne sont pas coûteuses, mais prometteuses pour le milieu en matière de prise en charge puisque, pour reprendre les mots mêmes de nos interlocuteurs, « ça prend du monde pour s'occuper du monde ». Selon eux toutefois, ce souci de prévention n'est pas toujours considéré à sa juste mesure, ni financé adéquatement. Dans cette perspective, ils déplorent le désengagement de plusieurs CLSC à l'égard du milieu collégial, ce qui par ailleurs fragilise le réseau. En somme, les intervenants engagés dans la prévention au collégial le font surtout par initiative personnelle.

Convictions profondes et volonté ferme d'engagement, avons-nous donc pu noter chez nos interlocuteurs, qui se concrétisent à l'occasion des rencontres de leurs tables régionales de concertation. Et, aussi, collaboration dynamique avec les CPS, particulièrement à Québec, où cette collaboration donne un sentiment d'utilité aux intervenants des cégeps et leur montre qu'il est possible d'agir pour contrer le suicide dans leur milieu. Ainsi ils peuvent affirmer collectivement, comme le soulignent nos interlocuteurs : « Nous, nos jeunes, on ne veut plus les perdre ! »

En janvier 2003 s'est tenu, sous le thème « Briser l'isolement », le premier colloque des intervenants des cégeps en prévention du suicide. Organisé par la Commission des affaires étudiantes de la Fédération des cégeps, ce colloque avait pour but de servir d'accélérateur au partenariat, d'étendre les initiatives les plus prometteuses, d'examiner la possibilité de se doter d'un plan d'action commun face au suicide. L'objectif poursuivi par ce colloque était d'en arriver à jeter les bases d'une intervention collective et de se donner les moyens de se mobiliser autour d'une position nationale forte contre le suicide.

5. CORONER, SANTÉ PUBLIQUE, ÉDUCATION ET JEUNESSE

Dans le cadre de notre démarche, nous avons aussi rencontré des représentants de différents autres secteurs d'intervention touchés par la problématique du suicide, soit, plus précisément, ceux auxquels fait allusion le titre de cette section : le Conseil permanent de la jeunesse, le ministère de l'Éducation, le Bureau du coroner du Québec, l'Institut national de santé publique du Québec. Cependant, les résultats de ces rencontres doivent être considérés comme préliminaires. Le lecteur intéressé à en savoir davantage aurait intérêt à prendre contact avec les responsables du dossier du suicide au sein de ces organisations.

Le Bureau du coroner du Québec

Notre rencontre avec le Bureau du coroner a surtout porté sur les tendances relatives aux taux de suicide. Nous pouvons ainsi constater que la tendance globale, hormis le sommet atteint en 1999, semble à la hausse, particulièrement chez les filles, même si l'écart avec les garçons est encore très élevé, soit quatre filles contre un garçon. Les hommes entre 20 et 55 ans doivent continuer de retenir notre attention. Le vieillissement de la population entraînera quant à lui une hausse importante du taux de suicide chez les personnes âgées dans les prochaines décennies ; à cet égard, l'effet de cohorte postulé par certains observateurs est bien réel. Dans un autre ordre d'idées, il faudrait revoir les conditions d'implantation du protocole de postvention du Bureau du coroner, puisque les coroners ne semblent pas transmettre aux familles endeuillées par suicide l'information sur les ressources de soutien disponibles dans leur milieu.

Nos interlocuteurs rappellent par ailleurs les récents travaux d'enquête de la coroner Kronström sur la continuité de services à Québec, du coroner Dionne sur le pont Jacques-Cartier à Montréal, et du D' Gagné sur le phénomène de contagion. Les rapports des coroners sont accessibles au public, que ce soit pour des décès provoqués par un suicide, ou par toute autre cause qui demande une enquête de leur part.

L'Institut national de santé publique du Québec

En ce qui concerne le suicide, l'Institut a mis en place quatre volets de travail, soit : l'élaboration d'un avis sur les programmes de prévention ; la médiatisation des suicides ; la promotion en santé mentale ; la formation des médecins. Ses actions futures tiendront

compte également des nouvelles orientations contenues dans le Programme national de santé publique.

Les dimensions sociale et culturelle du problème semblent avoir été négligées, estiment nos interlocuteurs. Il y aurait lieu, selon eux, de responsabiliser davantage la société dans son ensemble. Le milieu hospitalier leur semble également avoir été très peu rejoint par les activités de formation. Il faudrait tirer des suites de certains projets d'intervention et d'évaluation financés par le Ministère, plus particulièrement ceux qui se rapportent à la consultation auprès des médecins omnipraticiens et à l'action concertée en centre jeunesse.

Pour nos interlocuteurs, il y aurait aussi lieu : de donner des balises relativement aux activités de sensibilisation auprès des jeunes en milieu scolaire ; d'accroître le nombre d'interventions auprès des adultes en milieu de travail ; de poursuivre les actions s'appliquant aux armes à feu ; d'améliorer le contrôle de l'accessibilité des médicaments.

Le ministère de l'Éducation

Au moment de notre consultation, le ministère de l'Éducation procédait à une réforme privilégiant l'autonomie de l'école et la décentralisation des ressources des commissions scolaires vers les milieux d'enseignement. La priorité était alors la réponse adaptée aux besoins des milieux, ce qui entraînera une modification de la gestion des services complémentaires (services auxquels la problématique du suicide est susceptible d'être rattachée), en fonction des besoins de chaque milieu.

Ce faisant, l'accent, quant aux ressources extérieures à l'école, sera dorénavant mis sur le soutien aux professionnels, qui seront davantage intégrés et engagés dans la diffusion des programmes, selon les priorités du milieu, plutôt que d'y insérer des activités supplémentaires. En somme, selon nos interlocuteurs, il s'agira de fournir un apport d'expertise à l'école, ce qui n'exclut pas les interventions directes, mais dans un cadre global élaboré par l'école.

À cet effet, une entente de complémentarité des services a été conclue en 2003 entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation. Elle a été rendue publique dans le document intitulé *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes*²⁸. Nous pouvons y lire que cette entente porte sur toutes les dimensions de l'intervention touchant le développement des jeunes, soit la promotion de la santé et du bien-être, l'éducation, la prévention ainsi que les services d'adaptation et de réadaptation. Les jeunes sont au centre des valeurs et des actions qui y sont proposées.

Toujours selon l'Entente, tout doit être mis en œuvre pour réunir les conditions propices à l'épanouissement des jeunes. L'Entente vise donc à conduire à une vision commune

28. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003), *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes. Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*, Québec, ministère de l'Éducation et ministère de la Santé et des Services sociaux.

et globale des besoins des jeunes et de leur famille, ainsi qu'à préciser les responsabilités particulières et communes des partenaires, et ce, dans une perspective de continuité et de coordination des interventions. Les partenaires des deux réseaux devront donc mettre en œuvre ensemble les moyens nécessaires pour que tous les jeunes sans exception aient accès, au moment requis, aux services dont ils ont besoin. La mobilisation de tous est également souhaitée afin de partager une même vision et de s'épauler dans l'action.

Une stratégie soutient la mise en œuvre de cette entente, afin : d'aider les réseaux à se l'approprier et à l'implanter ; de lever les obstacles à la collaboration et à la concertation ; d'assurer le suivi de son application et d'en évaluer les résultats. À cet égard, et comme le prévoient les modalités mêmes de concertation de l'Entente sur le plan national, nous croyons qu'il serait intéressant de procéder à l'évaluation de l'implantation de celle-ci, d'ici quelques années, afin d'en mesurer le degré de réalisation et de voir aux améliorations nécessaires à la poursuite de sa mise en œuvre.

Le Conseil permanent de la jeunesse

Nos interlocuteurs font un rappel de l'avis du Conseil paru en 1997, et intitulé *Le suicide chez les jeunes : S.O.S. Jeunes en détresse !*²⁹. Cet avis, après une évocation de l'ampleur du problème, des facteurs de risque associés au suicide et de certains constats de la recherche scientifique, contenait des recommandations que nous reprendrons en détail, étant donné leur caractère toujours actuel, selon nos interlocuteurs.

Premièrement, la prévention du suicide passe par l'amélioration des conditions de vie des jeunes dans notre société. Deuxièmement, elle doit faire l'objet d'un plan d'action gouvernemental énergique. Troisièmement, elle exige une plus grande collaboration et une meilleure concertation des partenaires sur le terrain. Quatrièmement, elle demande une plus grande sensibilisation et une meilleure formation des médecins et des intervenants sociaux engagés auprès des jeunes. Cinquièmement, à l'école, dès le primaire, la prévention du suicide doit s'inscrire dans une démarche globale et intégrée de la promotion et de la prévention. Sixièmement, la prévention du suicide requiert une recherche accrue et une plus grande diffusion des connaissances. Septièmement, elle nécessite des mesures visant à réduire l'accès et la dangerosité de certains instruments utilisés par les jeunes. Comme on peut le constater à la lecture de la Stratégie québécoise d'action face au suicide, ses auteurs, au moment de la définition des objectifs, ont été fortement inspirés par ces différentes propositions.

Quant à l'implantation de la Stratégie d'action comme telle, nos interlocuteurs estiment que le gouvernement devrait la prendre plus au sérieux. Il y a selon eux nécessité d'élaborer un plan d'action concret, doté des moyens que requiert sa concrétisation, sinon on crée des attentes inutiles qui finissent par engendrer un sentiment d'impuissance. Il faudrait également s'assurer que la première ligne de services soit complète, en plus de combler le manque de services spécialisés en santé mentale. Des arrimages interministériels plus efficaces devraient également être mis en place. Ils

29. CONSEIL PERMANENT DE LA JEUNESSE (1997), *Le suicide chez les jeunes : S.O.S. jeunes en détresse !*, Québec, Conseil permanent de la jeunesse.

estiment en outre que le gouvernement devrait avoir une vision plus large envers les jeunes et les familles.

En ce qui concerne les clientèles, l'accent devrait être mis, selon nos interlocuteurs, sur les jeunes à risque avant qu'ils soient en crise : le marginal, le décrocheur, le jeune autochtone, le jeune gai opprimé par son milieu, le jeune de la génération « game over ». Mais sans oublier, non plus, les hommes qui ont de la difficulté à demander de l'aide, les personnes qui ont des troubles mentaux, les personnes qui ont déjà fait une tentative de suicide, et les jeunes qui ont de lourds antécédents familiaux ou qui éprouvent de sérieuses difficultés familiales.

Nos interlocuteurs ont également rappelé l'importance de la concertation, sans laquelle les protocoles d'entente sont autant de coups d'épée dans l'eau. Ils sont aussi en faveur d'un accroissement des organismes communautaires et souhaitent l'amélioration de la formation des médecins pour le dépistage des troubles de santé mentale. L'utilisation des groupes de médecine familiale à cet égard leur semble une avenue intéressante. Il y aurait lieu, de même, de voir au perfectionnement du personnel professionnel quant aux symptômes dépressifs et aux conduites suicidaires. En outre selon eux, davantage de mesures s'imposent afin de favoriser l'intégration des jeunes à risque à leurs différents milieux, soit l'école, la communauté, la famille, le marché du travail, et ce, dans le but de leur éviter l'institutionnalisation, ou pire, d'élire domicile dans la rue. Enfin, ils estiment important de contrer la honte à consulter par des actions susceptibles d'augmenter les attitudes tolérantes à l'égard de ces jeunes.

En matière de recherche et d'évaluation, nos interlocuteurs souhaitent une meilleure diffusion de l'information, une plus grande intégration des différentes approches, et des moyens pour évaluer. Ils rappellent également, en rafale, l'importance de sensibiliser le public, la nécessité qu'une éventuelle campagne d'information donne des modèles positifs aux jeunes, l'importance de continuer à agir pour contrer les moyens utilisés pour se suicider. « Une action sans vision ne fait que passer, alors qu'une vision sans action demeure un rêve et que d'une vision combinée à l'action commence la solution ! » concluent avec force les représentants du Conseil.

6. EN RÉSUMÉ

Certains de nos interlocuteurs s'attendent à ce que le Ministère sollicite davantage leur participation à la mise en œuvre de la Stratégie d'action sous certains de ses volets, particulièrement la formation et l'intervention. Pour plusieurs, il demeure important que le Ministère puisse compléter l'implantation de la gamme de services de la Stratégie d'action à la grandeur de la province, donc qu'il augmente en conséquence les ressources financières consenties pour contrer le suicide. Aussi estiment-ils essentiel que l'action contre le suicide devienne une priorité pour le gouvernement et l'ensemble de la société.

Certaines observations de nos interlocuteurs doivent être rappelées ici, soit : la rupture de services observable lorsque l'adolescent passe à l'âge adulte ; la nécessaire

formation des intervenants ; la difficulté de recrutement des médecins au moment de l'application des protocoles d'intervention ; la tendance au travail en vase clos et son corollaire, la difficulté à établir des arrimages efficaces entre les intervenants ; le manque de soutien financier accordé aux milieux d'intervention appelés à participer à des projets de recherche. Il s'agit là d'un survol. Pour plus de détails, nous invitons le lecteur à jeter un coup d'œil sur la section de notre rapport qui concerne l'association de son intérêt.

SYNTHÈSE GÉNÉRALE

L'accessibilité téléphonique

Depuis les allocations budgétaires effectuées par le Ministère en 2001, la disponibilité du service téléphonique est maintenant assurée 24 heures par jour, 7 jours par semaine, et ce, à la grandeur du territoire québécois, avec une amélioration de la qualité et de l'accessibilité du service, même si subsistent certaines inégalités en ce qui concerne la nature de la réponse. Quant à l'implantation de la ligne 1 866 APPELLE, malgré certaines résistances initiales et bien que des améliorations doivent encore être apportées dans certaines régions, elle semble avoir été effectuée adéquatement.

L'intervention

L'intervention d'urgence dans le milieu et le suivi de celle-ci connaissent de multiples difficultés, selon ce qui ressort du témoignage assez unanime de nos interlocuteurs. Ainsi, en ce qui concerne l'intervention dans le milieu, nous pouvons constater, entre autres, le peu de disponibilité de l'intervention, celle-ci n'étant offerte que dans quelques endroits seulement au sein du réseau de la santé et des services sociaux et sans être reliée aux lignes d'intervention des centres de prévention du suicide ; le faible arrimage des partenaires ; la suppléance obligée des corps policiers en milieu rural et en région périphérique.

Par rapport au suivi de l'intervention, soulignons la faible disponibilité des services psychosociaux, psychologiques et médicaux, la difficulté d'accès aux ressources en pédopsychiatrie et en psychiatrie, ainsi que le peu d'arrimage entre les urgences et les autres services, et ce, de manière généralisée. En outre la disponibilité, la qualité et la capacité des ressources d'hébergement, pour les personnes en crise suicidaire, sont très limitées, sinon inexistantes, dans plusieurs régions.

Les services de postvention

Les résultats de notre démarche de consultation montrent que les centres de prévention du suicide sont les principaux prestataires d'activités de postvention au Québec. Si quelques équipes post-traumatiques en CLSC y sont engagées, l'arrimage des intervenants demeure faible. L'intervention post-traumatique est donc disponible, mais son accessibilité est variable, et ce, même à l'intérieur des régions.

Les milieux scolaires sont ceux qui possèdent le plus grand nombre de protocoles formalisés de postvention, comparativement aux milieux de travail et aux milieux carcéraux. Cependant, les services de postvention ne sont bien organisés que dans une minorité d'écoles seulement, car la mise en œuvre des protocoles exige des ressources humaines et financières considérables. Les centres jeunesse se sont quant à eux dotés d'un protocole d'intervention et le milieu carcéral, de procédures de prévention. Soulignons enfin que plusieurs de nos interlocuteurs s'interrogent sur les orientations futures à donner à la postvention.

Quant aux services aux personnes endeuillées, certains d'entre eux sont disponibles dans toutes les régions. L'accessibilité et la nature des services y sont toutefois très variables : les personnes endeuillées auront en effet accès, selon les régions, à un suivi individuel et familial, à des groupes de soutien, à des groupes d'entraide, ou encore à des groupes de soutien de deuil non exclusif au décès par suicide. Nous avons été à même de constater des difficultés liées à l'étendue du territoire, à la confidentialité dans les petits milieux, au nombre de cas, trop peu élevé pour permettre la formation d'un groupe. Quelques régions ont cependant su bien gérer ces difficultés. Le besoin de développer l'expertise et les ressources à l'égard des enfants endeuillés se fait par ailleurs de plus en plus pressant.

L'amélioration des compétences professionnelles

Au moins une dizaine de régions ont déployé des efforts notables en matière de formation, plusieurs régions régionales ayant réservé des budgets récurrents et prévu des plans de formation annuels. De plus, de nouveaux besoins en formation émergent en différents endroits : sur le suivi clinique, sur les personnes aux prises avec des problèmes multiples, sur des clientèles particulières, etc. Quelques régions seulement ont implanté des outils et des équipes de formateurs. Les régions périphériques connaissent des difficultés particulières : coûts du remplacement du personnel, distance, disponibilité de l'expertise.

En ce qui concerne la formation des intervenants de première ligne, l'Association québécoise de suicidologie rend disponible la formation à l'intervention de crise auprès des personnes suicidaires, accréditée par l'organisme d'accréditation SOFEDUC. À cet égard, l'établissement de standards de formation et une certaine uniformisation pourront faciliter la collaboration clinique.

En ce qui concerne la formation des médecins, plus de la moitié des régions ont réalisé des activités, avec des résultats très inégaux à cause de difficultés reliées à la participation des médecins et au soutien à l'organisation des formations. La participation des médecins semble plus élevée en périphérie. Ce succès serait dû à un leadership médical et à l'utilisation des structures et mécanismes existants : département régional de médecine générale, responsables de la formation en milieu hospitalier.

Le soutien clinique aux intervenants est disponible dans plusieurs régions, mais principalement par l'entremise de la ligne d'intervention des centres de prévention du suicide. Seules quelques régions possèdent des équipes dédiées au soutien clinique ou des groupes de soutien locaux ; de même, quelques CLSC seulement sont dotés de ressources de supervision clinique. Le protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire dans les centres jeunesse prévoit quant à lui la mise en place d'équipes de soutien, mais l'expertise spécialisée en santé mentale, de même que l'expertise médicale en général, sont peu accessibles.

L'intervention auprès des groupes à risque

En ce qui concerne les groupes à risque, les régions ont généralement axé leurs interventions sur les hommes ; plusieurs ont ciblé les milieux de travail et tenté de créer

des liens avec les syndicats et les programmes d'aide aux employés. De nombreux projets de sentinelles, aussi, rejoignent l'entourage immédiat des hommes. Quelques groupes de travail régionaux ont été mis en place et quelques projets axés sur la demande d'aide ont été implantés. Il convient ici de souligner que la formation « Intervenir auprès des clientèles masculines » de l'AIDRAH (Action intersectorielle pour le développement de la recherche et de l'aide aux hommes) est maintenant disponible.

Certains projets d'intervention et d'autres activités ponctuelles visent les jeunes, parfois en liaison avec les centres jeunesse, mais il reste beaucoup à faire à leur égard, particulièrement en ce qui concerne les jeunes de la rue. Nous avons en outre pu constater le peu de mesures spécialement dédiées aux personnes ayant fait des tentatives de suicide. De plus, à l'exception de quelques régions, les liens sont encore peu développés entre le réseau de la santé et des services sociaux et les milieux de détention. D'autres clientèles s'avèrent de plus en plus préoccupantes : les personnes aux prises avec des problèmes multiples, les joueurs pathologiques, les jeunes gais et lesbiennes, les personnes âgées. Nous constatons également que plusieurs groupes de population constituent autant de préoccupations régionales émergentes : les autochtones, les militaires, les populations isolées.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a financé dix-sept projets d'intervention et d'évaluation auprès des groupes les plus à risque. Dix d'entre eux se rapportent aux hommes en général ou aux hommes en difficulté : incarcérés, toxicomanes, itinérants ou suicidaires. Parmi les autres projets, certains s'adressent plus particulièrement aux jeunes à risque et concernent les personnes contrevenantes, toxicomanes ou ayant eu besoin d'une intervention à la suite d'une tentative de suicide. Le Ministère a également financé deux projets de recherche sur les jeunes qui reçoivent les services des centres jeunesse. Les rapports issus de ces différents projets sont présentés de manière plus détaillée en annexe.

Les interventions en promotion et en prévention auprès des jeunes

Dans l'ensemble, les interventions de sensibilisation auprès des jeunes demeurent limitées, quoique intéressantes. En fait, la sensibilisation et la formation ont davantage visé, jusqu'à maintenant, les adultes travaillant en milieu scolaire.

Dans un contexte de questionnement général sur les orientations à privilégier en promotion et en prévention auprès des jeunes, les tendances actuelles sont à l'élaboration de programmes de développement des compétences personnelles et sociales, de programmes-cadres globaux, de projets d'action concertée, avec une préoccupation pour l'intervention au primaire. Le peu de liens entre les acteurs engagés dans des activités de prévention doit malheureusement être souligné, qu'il s'agisse des intervenants de la santé publique, des CLSC ou encore des organismes communautaires.

Par ailleurs, presque tous les cégeps, soutenus par la Fédération des cégeps, le ministère de l'Éducation et le Fonds jeunesse du Québec, ont élaboré des projets en prévention. Enfin l'Association québécoise de prévention du suicide vient de lancer son

programme « Agir ensemble pour prévenir le suicide chez les jeunes », qui vise les jeunes, leurs parents et leurs proches dans une optique de prévention.

La réduction de l'accès aux moyens et des risques qui leur sont associés

Peu de régions ont réalisé des interventions systématisées dans ce domaine, à l'exception de quelques-unes qui ont été très actives relativement aux armes à feu. Elles ont mené des activités de sensibilisation auprès des professionnels et des intervenants du réseau, qui ont surtout consisté en l'élaboration de guides de conduite et en des sessions de formation. Une affiche sur l'entreposage sécuritaire des armes à feu vient juste d'être produite par le Centre de prévention du suicide du Saguenay-Lac-Saint-Jean, en collaboration avec le Ministère.

Ces régions ont également mis en place des interventions auprès des personnes à risque et des proches d'un suicidé : mise à contribution des proches et des médecins traitants avec la collaboration de la Sûreté du Québec, désistement des armes à la suite d'un suicide. Dans le Bas-Saint-Laurent, des actions de sensibilisation ont également été menées auprès du public par l'entremise d'affiches, de dépliants, de capsules télévisées et autres moyens. En outre, en certains endroits, un partenariat a pris forme avec les milieux de chasse et de pêche.

Les régions régionales, règle générale, ont une bonne connaissance des lieux à risque existants sur leurs territoires. En revanche leur emprise sur ces lieux, en matière de prévention, demeure faible. L'intervention concernant les médicaments semble pour l'instant limitée aux initiatives et conseils des directions de santé publique auprès des intervenants en services à domicile. La récupération et la destruction des médicaments périmés font également partie de leurs actions. Enfin, l'Institut national de santé publique du Québec a entrepris des démarches auprès des autorités fédérales en matière de santé, afin de diminuer les risques associés au monoxyde de carbone émis par les véhicules automobiles.

La banalisation et la dramatisation du suicide

Nos interlocuteurs font largement consensus sur la nécessité d'agir plus vigoureusement en ce qui concerne la banalisation et la dramatisation du suicide. Ils expriment de plus une attente générale quant à une action à caractère national et à une sensibilisation très large de la population, qu'ils estiment nécessaires. En attendant cette action nationale, les intervenants de quelques régions réalisent des activités de promotion souvent axées sur des clientèles précises, comme les hommes et les jeunes.

Persiste cependant, tout comme en 1998, une difficulté à définir la nature et les effets du phénomène de banalisation du suicide. De fait la banalisation du suicide, et sa dramatisation entraînent chez nos interlocuteurs un vaste questionnement ayant trait aux valeurs à promouvoir, au cadre éthique, à « l'option suicide » qui a été l'objet d'un colloque parrainé en février 2002 par le Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie, ainsi qu'aux notions de libre choix et de responsabilité.

En ce qui concerne les médias et le suicide, plusieurs régions ont réalisé des actions ponctuelles d'information et de sensibilisation auprès des médias régionaux. Règle générale, ces derniers collaborent bien avec les intervenants et essaient de donner un traitement plus approprié à l'information qu'ils diffusent, même si sont encore constatés ça et là certains ratés. Selon l'impression assez générale, la couverture des événements suicidaires s'est améliorée dans les médias régionaux. Certains journalistes deviennent même des porte-parole efficaces dans leur milieu en vue de contrer le suicide. Les principales difficultés soulevées concernent le traitement du suicide dans les médias nationaux et sa représentation dans les fictions télévisées. À cet égard, certains de nos interlocuteurs voient la nécessité de mettre en place une instance nationale de vigilance.

C'est aussi au cours des échanges sur la banalisation et la dramatisation qu'aura émergée du témoignage de nos interlocuteurs la nécessité, pour eux, d'être appuyés par un message social et gouvernemental clair en faveur de la prévention du suicide. Sans un tel positionnement, la plupart voient mal comment ils pourraient aller beaucoup plus loin en matière d'intervention préventive.

L'intensification et la diversification de la recherche, la réalisation des évaluations

En ce qui concerne le suivi du déroulement de l'intervention, différentes préoccupations ont fait surface au cours de notre consultation. Il en ressort que nos interlocuteurs estiment de première importance de mieux connaître les profils des clientèles, afin de mieux planifier les interventions, et de réduire les délais de publication des données de décès, délais qui se mesurent en nombreux mois, voire en quelques années. De même, plusieurs personnes soulignent la nécessité de corriger la sous-déclaration des taux d'hospitalisation en ce qui concerne les tentatives de suicide, ainsi que la compilation des données provenant des urgences hospitalières. Elles rappellent également que les systèmes d'information en place sont incomplets et parcellaires.

Les chercheurs dans le secteur du suicide, contrairement à d'autres domaines, ont comme préoccupation importante de faire l'arrimage avec les milieux d'intervention. Cependant, malgré les progrès évidents des dernières années relativement au nombre et à la qualité des recherches sur le suicide, ce secteur demeure insuffisamment développé ; la recherche en région est quasi inexistante et l'appropriation des résultats de recherche reste difficile pour les intervenants. Certains de nos interlocuteurs souhaitent également une meilleure coordination des efforts de recherche entre les décideurs, les gestionnaires, les intervenants et les chercheurs.

L'implantation de la Stratégie d'action étant récente, les régies régionales peuvent difficilement évaluer, pour l'heure, des plans d'action qui viennent tout juste d'être conçus et dont la mise en œuvre ne fait que débiter. Ici et là émergent cependant des initiatives régionales intéressantes : cadre d'évaluation, ou encore proposition et protocole d'évaluation. Dans ce domaine aussi il nous a été souligné par nos interlocuteurs la nécessité de consacrer à l'évaluation des budgets conséquents si on veut la voir se réaliser.

Les responsabilités et le financement

Nous avons pu constater une certaine disparité entre les régions en ce qui concerne l'organisation des services. Cette disparité, que le financement du Ministère contribue cependant à réduire quelque peu, est probablement due à l'historique de la région elle-même et à la particularité des besoins régionaux.

En matière de responsabilités, nos interlocuteurs ont rappelé avec insistance la nécessité que le Ministère, en partenariat avec les autres ministères et organismes gouvernementaux, assure un leadership fort afin que le Québec en arrive à une position sociale renouvelée contre le suicide. Malgré certaines difficultés d'arrimage, nous avons senti chez nos interlocuteurs, tant ceux du réseau que leurs partenaires, une volonté véritable d'engagement et de responsabilisation à l'égard du suicide.

En ce qui concerne le financement, nos interlocuteurs attendent du Ministère qu'il procède au financement complet de la gamme de services comprise dans la Stratégie d'action, en mettant l'accent sur les jeunes, les groupes à risque ainsi que sur la promotion et la prévention. Les fonctions de planification, de concertation et de soutien à la mise en réseau mériteraient également des budgets plus adéquats.

Les instances nationales

Certains de nos interlocuteurs s'attendent à ce que le Ministère sollicite davantage leur participation à l'actualisation de la Stratégie d'action, particulièrement pour ses volets formation et intervention. Plusieurs estiment important que le Ministère complète l'implantation de la gamme de services de la Stratégie d'action à la grandeur de la province, donc qu'il augmente en conséquence les ressources financières consenties à la lutte contre le suicide. Pour eux, l'action contre le suicide doit donc devenir une priorité pour le gouvernement et l'ensemble de la société.

Il importe par ailleurs de rappeler certaines observations formulées par nos interlocuteurs, soit : la rupture de services lorsque le jeune atteint l'âge adulte ; la nécessaire formation des intervenants ; la difficulté de recrutement des médecins pour l'application des protocoles d'intervention ; la tendance au travail en vase clos et son corollaire, le manque d'arrimage des intervenants ; l'insuffisance du soutien financier accordé aux milieux d'intervention appelés à participer à des projets de recherche. Il s'agit là d'un survol. Pour plus de détails, nous invitons le lecteur à jeter un coup d'œil sur la section de notre rapport qui concerne l'association de son intérêt.

DISCUSSION ET PISTES DE RECOMMANDATIONS

Observations sur la démarche d'évaluation

Il ressort de notre expérience que le choix de l'approche utilisée, de type pluraliste, s'est avéré judicieux, puisque le rapprochement des perceptions des différents interlocuteurs que nous avons consultés nous a permis de renforcer notre jugement sur l'implantation de la Stratégie d'action du Ministère.

Cette évaluation, rappelons-le, se faisait dans une perspective d'accompagnement dont l'objectif premier était de procéder à l'amélioration de l'implantation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide. En concomitance à cette démarche, le Ministère procédait à l'élaboration de son projet de plan d'action 2003-2008³⁰. Le groupe de travail mis en place à cette fin par le Ministère a pu prendre connaissance des résultats préliminaires de notre démarche pendant la réalisation de son mandat.

Notre présentation des résultats préliminaires de la démarche d'évaluation lors de la journée du Ministère tenue dans le cadre du dixième colloque de l'Association québécoise de suicidologie³¹, en 2002, nous laisse penser que notre approche est utile, également, en ce qu'elle procure aux intervenants et aux gestionnaires des différentes régions du Québec la possibilité de situer le degré d'avancement de leurs réalisations respectives, et ce, en les comparant au portrait d'ensemble fourni par ces mêmes résultats préliminaires³². Le présent rapport devrait leur permettre, en bout de ligne, de valider leurs interventions et de réajuster leur tir au besoin. Soulignons au passage qu'une présentation similaire a été faite durant le deuxième congrès international de la francophonie en prévention du suicide³³.

Observations sur l'implantation des moyens d'action

Les résultats de nos consultations ont montré, comme nous nous y attendions, des disparités dans l'implantation de la Stratégie d'action, non seulement entre les régions, mais aussi à l'intérieur de ces dernières. Ces disparités semblent correspondre à la variabilité des besoins exprimés au sein des régions. Cependant, certaines mesures du Ministère liées à différents moyens d'action, comme la ligne téléphonique 1 866 APPELLE et le financement des centres de prévention du suicide, ont renforcé l'application de la Stratégie d'action à la grandeur du Québec, notamment en ce qui concerne les interventions de postvention. Il en est de même pour les actions entreprises en matière de formation, d'intervention de crise et d'intervention auprès des

30. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003), *La Stratégie québécoise d'action face au suicide; s'entraider pour la vie. Plan d'action 2003-2008*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, document de consultation.

31. ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE SUICIDOLOGIE (2002), *Créer de l'humanité*, 10e colloque de l'Association québécoise de suicidologie, Hull, Université du Québec à Hull.

32. N. POTVIN (2002), *L'évaluation de l'implantation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide : Quelques résultats préliminaires*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

33. SOCIÉTÉ FRANCOPHONE DE PRÉVENTION DU SUICIDE (2003), *Deuxième congrès international de la francophonie en prévention du suicide. Prévention du suicide et pratiques de réseau*, Liège.

hommes. Il reste toutefois beaucoup à faire en ce qui concerne la prévention et les jeunes, et ce d'autant plus que par rapport à cette dernière clientèle, la Stratégie d'action demeure trop générale.

L'intervention en situation de crise et l'amélioration des compétences des intervenants, par des activités de formation, sont deux des atouts majeurs en ce qui concerne la prise en charge de la problématique du suicide au Québec. En revanche, différentes lacunes dans l'organisation des services, plus précisément sur le chapitre de la continuité, ainsi que le peu d'harmonisation des pratiques des intervenants, nuisent quelque peu à l'optimisation de ces atouts. Dans certains cas, l'imprécision des rôles et l'engagement inégal de certains partenaires ajoutent à ces difficultés de nature organisationnelle.

La Stratégie d'action retenait certains des groupes les plus à risque, en particulier les hommes et les jeunes. Cependant, dans l'intervention sur le terrain, les clientèles visées et les facteurs de risque qui leur sont associés sont demeurés plus ou moins définis : chose que veut corriger le Ministère dans son plan d'action. Nous sommes à même de constater une lacune similaire en ce qui concerne la prévention primaire du suicide ; l'action s'est en fait davantage concentrée sur la prévention secondaire, auprès des clientèles suicidaires. Enfin, en ce qui a trait aux moyens que prend une personne pour tenter de s'enlever la vie, la Loi sur l'entreposage des armes à feu, de juridiction fédérale, a permis d'accroître la visibilité de l'action face au suicide, mais en quelques régions seulement.

Observations d'ordre général

Nous soulignerons ici ce qui nous apparaît comme certains des principaux effets positifs de la mise en place de la Stratégie d'action depuis 1998. Tout d'abord, son grand mérite réside dans le fait que pour la première fois, le problème du suicide est ainsi reconnu formellement dans une politique particulière, cette politique contenant différents moyens d'action concrets à l'égard desquels le financement, par le Ministère, est venu établir un certain ordre de priorité. La Stratégie d'action a en quelque sorte servi de signal pour l'action, de feu vert auprès des différents milieux d'intervention. Elle a également permis la mobilisation et la concertation des partenaires, ce qui constituait son but premier en 1998. De plus, elle a suscité différents efforts d'innovation, notamment dans le cadre du financement des projets d'intervention et d'évaluation relatifs aux clientèles les plus à risque. Ces projets ont conduit à des approches différentes et plus adéquates, tout en ciblant davantage certaines clientèles à risque. La Stratégie d'action a également favorisé l'amélioration de la qualité des services existants, dont l'intervention téléphonique.

C'est toutefois dans les champs d'action où les intervenants étaient déjà le plus engagés avant même la mise en place de la Stratégie d'action, comme ceux de l'intervention téléphonique et de l'intervention de crise suicidaire, que nous avons constaté les plus grands progrès. En somme ces progrès ont été réalisés, dans ce qu'il serait convenu d'appeler une première étape d'implantation, là où les pratiques étaient bien établies et les intervenants, le plus à l'aise. Par contre, la participation des autres partenaires du Ministère accuse des problèmes importants, particulièrement eu égard à la prise en charge, au suivi et au traitement de la personne en difficulté. Le suivi et le traitement de la personne constituent une seconde étape d'implantation de la Stratégie d'action qui demandera un effort accru des différentes catégories d'intervenants professionnels du

milieu ainsi que des établissements du réseau, et plus précisément des CLSC, des centres hospitaliers et des centres de réadaptation. Les centres jeunesse, pour leur part, sont de plus en plus actifs en matière de prévention du suicide.

La multiplicité des initiatives sur le terrain favorise à coup sûr l'innovation. Mais elle peut également accélérer une tendance, déjà présente, à l'éparpillement. En certaines occasions, les intervenants feront un peu de tout, sans que leurs actions atteignent l'intensité suffisante pour être vraiment efficaces. Cet éparpillement entraîne parfois des doublages, ceux-ci se rapportant par exemple aux guides d'intervention, à la formation médicale et à différents projets dans le milieu, comme les sentinelles. Ce constat ne vise pas la remise en question de ces initiatives, mais veut plutôt attirer l'attention sur l'importance de développer une vision commune à leur égard, afin d'en maximiser la portée. Cette vision commune ne déboucherait pas tant sur l'uniformisation des pratiques que sur leur harmonisation.

Par ailleurs les remarques de nos interlocuteurs, considérées de façon globale, nous portent à croire que la Stratégie d'action continue de recevoir leur assentiment. Leur pratique semble en revanche épouser, tacitement du moins, un certain « modèle » où l'intervention de crise suicidaire demeure centrale. Cette coloration, proprement québécoise, paraît liée au développement historique de la prise en charge de la problématique du suicide, laquelle s'est principalement effectuée à partir de l'intervention de crise. Le suivi et le traitement médical des personnes en difficulté, ainsi que l'action sur les conditions sociales susceptibles d'engendrer le désespoir et la détresse devraient être considérés comme deux volets majeurs de ce « modèle » dans le futur, qui serait ainsi plus complet qu'il ne l'est actuellement.

Il faut également souligner que la publication de la Stratégie d'action, qui date de 1998, est somme toute récente ; son implantation devrait donc connaître d'autres améliorations notables au cours des prochaines années, particulièrement grâce à la mise en œuvre du plan d'action 2003-2008³⁴ du Ministère. Le dynamisme des milieux d'intervention et de recherche, et la volonté ministérielle de les soutenir, sont très certainement des atouts de la Stratégie d'action. Ici aussi toutefois, la continuité de l'action demeure limitée, malgré les progrès et les acquis observables.

Pistes de recommandations

Nous traçons ici les grandes lignes des recommandations qui découlent de notre évaluation, lesquelles, rappelons-le, ont déjà été prises en considération dans l'élaboration du projet de plan d'action du Ministère. Ainsi :

- Notre première recommandation suggère au Ministère d'établir clairement des priorités quant aux objectifs à atteindre et aux clientèles à rejoindre. De cette recommandation découle la proposition d'un plan d'action pour les prochaines années.

34 *Ibid.*

- La deuxième recommandation rappelle l'importance d'un suivi adéquat des opérations et des activités en région. Ce suivi devrait être effectué par les régies régionales, sur une base annuelle, au moyen d'un tableau de bord composé d'indicateurs ciblés, et être accompagné de la constitution de portraits des clientèles, afin de mieux planifier l'intervention en région. Des projets de recherche évaluative propres à certaines composantes du nouveau plan d'action, afin d'en démontrer les effets, devraient être financés par le Ministère. Au bout de quelques années, le Ministère devrait également procéder à l'évaluation globale de la mise en œuvre de son plan d'action.
- Notre troisième recommandation rappelle l'importance de mobiliser davantage certains autres acteurs clés du réseau de la santé et des services sociaux, par rapport à la prise en charge du problème du suicide. À cet égard, l'expertise et la participation accrue des médecins et des centres hospitaliers nous semblent essentielles.
- Une quatrième recommandation concerne le développement et le soutien de l'expertise. À cet égard, la nécessité de se doter d'une vision sur le sujet apparaît de première importance puisque c'est cette vision qui influencera les pratiques. Un premier pas pourrait être fait avec l'établissement d'un cadre de référence relatif aux pratiques et aux services qui semblent donner de meilleurs résultats sur le terrain, cadre qui tiendrait compte de l'expérience des intervenants.
- Notre cinquième recommandation porte sur l'organisation des services. La continuité et l'arrimage des services constituent des problèmes névralgiques. Sans vision d'ensemble, il sera difficile d'atteindre l'harmonisation nécessaire à une plus grande efficacité. De celle-ci devrait découler une meilleure intégration en réseau des services.
- La sixième recommandation se rapporte aux lacunes que nous avons pu constater quant à la diffusion, auprès de la population, de l'information sur le suicide. Afin de pallier ces lacunes, il y a nécessité, comme en 1998, de répondre aux questions suivantes : que faut-il faire, et comment faut-il le faire ? Le but recherché est de mieux contrer les attitudes sociales de tolérance, de banalisation, d'indifférence, voire le sentiment d'impuissance.

Bien que nous n'en ayons pas fait une recommandation précise, il nous apparaît important que le Ministère instaure son plan d'action en suivant un processus de planification par niveaux de responsabilités. Ainsi le plan d'action viendrait de nouveau qualifier le problème et établir les mesures à prendre. Les interlocuteurs régionaux du Ministère devraient quant à eux diriger ces orientations de manière plus opérationnelle au niveau local. Il nous semble important que cette cascade d'opérations soit respectée puisque à l'occasion, nos interlocuteurs nous ont signalé des discordances entre les différents niveaux de décision qui finissent par constituer un frein à leur action.

CONCLUSION

L'objectif de cette démarche d'évaluation était d'évaluer le degré d'implantation de la Stratégie d'action du Ministère, tout en dressant un portrait des principales modifications apportées en cours de route. La finalité de la démarche était par conséquent de déterminer les adaptations nécessaires à l'amélioration de l'implantation de la Stratégie d'action. Nous faisons ici un bref retour sur certains des constats généraux de cette démarche.

Le contexte et les orientations

La Stratégie d'action constitue un premier effort tangible des autorités gouvernementales afin de faire face à la problématique du suicide au Québec. Cependant, elle a été implantée dans un contexte où les intervenants et les gestionnaires ont eu à tout faire, ou presque, en même temps : planification, organisation des services, suivi et évaluation. Différents points d'intérêt peuvent néanmoins être relevés en ce qui concerne les orientations de la Stratégie d'action. Ainsi, ces dernières suscitent l'adhésion de nos interlocuteurs. Leurs finalités par rapport à la problématique du suicide semblent toujours pertinentes.

Plusieurs des personnes que nous avons rencontrées demandent toutefois un positionnement gouvernemental et national par rapport à la Stratégie d'action, afin d'en élargir la portée. Elles veulent également que soient précisés les orientations et les objectifs opérationnels de la Stratégie d'action, afin, justement, de la rendre plus opérationnelle. Chose qui, en principe, devrait être concrétisée dans le futur plan d'action 2003-2008 du Ministère.

Le partenariat

La mise en réseau des partenaires constituait un des enjeux majeurs de la Stratégie d'action. À cet égard, nos résultats montrent que certaines expériences régionales ont été tentées par les régies et les intervenants locaux. Mais beaucoup d'efforts doivent encore être déployés afin d'étendre et de consolider ces expériences de partenariat, même si la Stratégie d'action semble avoir atteint son but.

Les centres de prévention du suicide se sont pour leur part avérés des partenaires particulièrement actifs qui suscitent la collaboration de plusieurs acteurs de différents réseaux. Émergent de plus de nouveaux partenariats, par exemple avec les délégués syndicaux, les milieux de travail, les ordres professionnels, la Fédération des cégeps, les centres jeunesse, etc.

L'organisation des services

En ce qui concerne l'organisation des services, nous sommes en mesure de constater une grande diversité régionale, qui ne se traduit pas forcément par une disparité de prestation de ces services. De fait, cette diversité semble correspondre aux besoins exprimés sur le terrain. Cependant, nous avons été à même de constater qu'il y a des

problèmes d'accessibilité de services, localisés dans certaines régions, ainsi que des problèmes de continuité de services, généralisés à la grandeur du Québec.

Différents outils de coordination de services ont été expérimentés en certains endroits. Retenons, au niveau local : fiches d'évaluation de la dangerosité (L.R.Q., c.P-38.001) fiche de transmission des informations, grille d'évaluation de l'urgence, guide d'intervention. Au niveau des régions : ententes de partenariat, plans régionaux d'action et d'organisation de services. Au palier national : protocole de référence élaboré par le Bureau du coroner, protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire conçu par les centres jeunesse, programme de prévention du suicide en milieu de détention du ministère de la Sécurité publique. Les initiatives sont cependant très inégales d'un endroit à l'autre et la mise en réseau demeure encore fragile, surtout au niveau national.

En terminant

Nous aimerions rappeler que les résultats de cette démarche d'évaluation ont servi à guider le Ministère dans la rédaction de son projet de plan d'action 2003-2008, afin d'optimiser la Stratégie québécoise d'action face au suicide. Le présent rapport fournit plusieurs renseignements d'ordre opérationnel qui permettront les ajustements nécessaires aux modalités d'action du Ministère et de ses partenaires.

À la lumière de ces résultats d'évaluation, les défis s'annoncent nombreux : consolider la gamme de services, assurer la promotion et la prévention, développer la mise en réseau, consolider la planification régionale et nationale, réfléchir à nouveau sur la banalisation et la dramatisation pour être plus efficaces dans l'action, soutenir la volonté de changement et de prise en charge des communautés. L'évaluation et la recherche seront également sollicitées afin de mieux cibler les différentes avenues d'intervention d'une part et, d'autre part, de fournir de meilleures connaissances sur le suicide.

Nous aimerions enfin souligner que le souci premier de cette évaluation était de soutenir le processus de mise en œuvre de la Stratégie d'action du Ministère. Il est à espérer que d'autres démarches similaires se répètent. Une telle évaluation ne remet pas en cause la pertinence sociale d'une politique, ce qui n'est d'ailleurs pas son objectif ; elle permet toutefois d'obtenir une masse d'information crédible et suffisante pour conduire à une amélioration significative de la Stratégie d'action du Ministère, à partir de son implantation.

ANNEXE

Projets d'intervention et d'évaluation réalisés dans le cadre de la Stratégie québécoise d'action face au suicide³⁵

Titre et organisme	Clientèle visée	Objectifs principaux	Méthodologie	Principaux résultats
<u>Titre</u> : Évaluation du Programme de prévention du suicide des policiers et des policières du Service de police de la Ville de Montréal : Ensemble pour la vie. <u>Organismes</u> : Programme d'aide aux policiers et policières de la Communauté urbaine de Montréal. Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE). Brian L. Mishara. Région : Montréal.	Policiers et policières du Service de police de la Ville de Montréal.	Prévenir le suicide chez les policiers et les policières. Sensibiliser et informer la communauté policière sur la problématique du suicide. Développer de nouveaux réflexes auprès du personnel afin de favoriser le dépistage précoce du risque suicidaire chez les policiers en difficulté. Innover sur le plan organisationnel afin de mettre en place de nouveaux services liés à la gestion des employés en difficulté. But de l'évaluation du programme : évaluer les quatre volets d'action et proposer des moyens visant l'amélioration du programme.	Quatre volets d'action : Tournée des unités : activité de sensibilisation en milieu policier. Policier-ressource : ligne d'écoute gratuite et confidentielle. Formation des gestionnaires et des représentants syndicaux : améliorer les habiletés. Campagnes de promotion : activités de publicité. Évaluation de l'effet à court terme des quatre volets à l'aide de questionnaires post-formation, de statistiques sur les appels et d'entrevues individuelles.	Programme en général très apprécié. Peu de personnes semblent utiliser le service d'appel. Renforcement des connaissances des gestionnaires. Peu de personnes semblent connaître le programme Ensemble pour la vie. Exemple de suggestion : refaire les activités de formation à tous les 3-4 ans afin de rejoindre de nouveaux membres.
<u>Titre</u> : Les éléments déterminants de la lutte contre le suicide et le développement d'une approche d'intervention du secteur sécuritaire à l'Établissement de détention de Rimouski.	Personnes contrevenantes du milieu carcéral présentant des risques suicidaires très élevés.	Production d'une grille d'évaluation du risque suicidaire en milieu carcéral. Déterminer et tester les principaux facteurs de risque.	Méthode qualitative pour le protocole d'évaluation des opérations : observation, journal de bord, questionnaires. Approche inductive et	Les détenus et prévenus présentent des risques de tentatives suicidaires. Il y a une gravité des tentatives de suicide dans le milieu carcéral.

35. Projets pour lesquels le Ministère a reçu un rapport.

Projets d'intervention et d'évaluation réalisés dans le cadre de la Stratégie québécoise d'action face au suicide³⁵

Titre et organisme	Clientèle visée	Objectifs principaux	Méthodologie	Principaux résultats
			itérative pour la théorisation.	
<u>Organisme</u> : Établissement de détention de Rimouski. France-Sylvie Loisel Séraphin Niamba. Région du Bas-Saint-Laurent.			Utilisation de questionnaires et d'entrevues pour l'évaluation des gestes suicidaires. Analyses de contenus effectuées à partir de comptes rendus intégraux d'entrevues.	
<u>Titre</u> : Formation de sentinelles en milieu de travail. <u>Organismes</u> : Trajectoires Hommes, Centre Ressources Intervention Suicide. Gilles Gagné Marie-Josée D'Amours. Région du Bas-Saint-Laurent.	Tout homme d'âge adulte venant des milieux de travail de Kamouraska, Rivière-du-Loup, Témiscouata, Les Basques.	Développer des habiletés à décoder le besoin d'aide d'une clientèle masculine et à agir auprès d'elle. Utiliser l'approche des pairs aidants.	Recrutement d'entreprises intéressées par la formation. Élaboration du contenu de la formation : Formation d'une durée d'une ou deux journées sur la prévention du suicide et de la violence conjugale Activités d'intégration au projet. Questionnaires sur les retombées de la formation.	Constitution de quatre groupes. Formation de 42 sentinelles. Appréciation positive du projet par les entreprises participantes.

Projets d'intervention et d'évaluation réalisés dans le cadre de la Stratégie québécoise d'action face au suicide³⁵

Titre et organisme	Clientèle visée	Objectifs principaux	Méthodologie	Principaux résultats
<u>Titre</u> : Réseau d'entraide pour hommes du Pontiac. <u>Organismes</u> : CLSC, CHSLD, CH Pontiac. Paul Drouin. Région de l'Outaouais.	Hommes de 20 à 55 ans en milieu rural.	Développer un réseau de sentinelles dans la communauté dans le cadre d'une approche intégrée (violence, suicide, itinérance). Former des personnes au dépistage et à l'intervention auprès des hommes à risque.	Le mandat du consultant se divise en quatre étapes : Recenser les expériences réalisées dans le domaine. Évaluer les expériences recensées afin de déterminer celles qui pourraient s'appliquer à la réalité de la clientèle. Adapter les résultats obtenus à la réalité de la clientèle et bonifier ces résultats. Mettre en place les éléments ainsi recueillis.	Protocole de recherche mis en place. Actualisation du projet.
<u>Titre</u> : Dépistage systématique et prise en charge de personnes incarcérées suicidaires.	Hommes à risque qui sont en détention et qui souffrent de problèmes multiples (toxicomanie, troubles mentaux).	Entreprendre une démarche d'intervention et d'évaluation dans deux établissements de détention. Évaluer la probabilité de suicide. Diagnostic des axes I et II du DSM-IV. Urgence et risque suicidaires. Gravité des événements présumés être des tentatives de suicide. Prise en charge des personnes en difficulté. Étude psychométrique pour s'assurer de la validation de l'échelle d'évaluation du risque suicidaire.	Trois assistants rencontrent les participants et complètent les instruments d'évaluation du projet.	Grandes différences constatées entre les deux établissements. Taux élevés en ce qui concerne les antécédents suicidaires, la gravité de ces antécédents, le risque et l'urgence suicidaires et les troubles mentaux. La majorité des tentatives ont été faites hors des murs des établissements de détention.

Projets d'intervention et d'évaluation réalisés dans le cadre de la Stratégie québécoise d'action face au suicide³⁵

Titre et organisme	Clientèle visée	Objectifs principaux	Méthodologie	Principaux résultats
<u>Organisme</u> : Université du Québec à Trois-Rivières. Marc Daigle. Région de la Mauricie et du Centre-du-Québec.				Le dépistage et la prise en charge ne sont pas toujours bien assurés (ils le sont formellement dans 35 % des cas). L'échelle d'évaluation du risque s'est avérée efficace.
<u>Titre</u> : Évaluation d'un projet pilote de parrainage auprès d'hommes adultes avec des problèmes d'abus ou de dépendance à l'alcool, aux drogues ou autres substances psychotropes et à risque de suicide ou de tentative de suicide sur le territoire du Saguenay. <u>Organisme</u> : Centre de prévention du suicide du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Région du Saguenay–Lac-Saint-Jean.	Hommes alcooliques et toxicomanes.	Objectif général : développer et maintenir des liens significatifs tout au long du traitement. Objectif particulier : améliorer la persévérance des hommes toxicomanes en réadaptation grâce aux aidants naturels formés. Prévenir les risques ou tentatives de suicide par ajout d'une aide naturelle sous forme de parrainage.	Constitution de deux groupes (clinique et contrôle). Évaluation de la gravité des problèmes liés au syndrome d'abus, aux idéations suicidaires, aux états dépressifs, à l'estime de soi, à l'état de santé et au réseau de soutien social. Sélection des parrains. Formation des parrains. Évaluation des participants.	La structuration d'un mécanisme de parrainage a contribué à fournir une aide supplémentaire aux hommes toxicomanes de nature à augmenter le soutien social, qui est reconnu comme un facteur important dans l'assiduité au traitement et la diminution des idéations suicidaires.
<u>Titre</u> : Intervention systémique priorisant le développement d'un contrat de non-suicide entre le patient et son réseau personnel.	Femmes et hommes de 18 ans ou plus s'étant présentés à l'urgence pour un problème suicidaire.	Compiler des données sur la prévalence des cas suicidaires. Vérifier l'effet d'une intervention systémique mettant à contribution le patient et les membres de son réseau personnel.	Étude clinique descriptive. Rencontre du patient avec un assistant. Les patients remplissent trois questionnaires.	Constats : difficulté de recrutement et nombre considérable d'abandons. Prévalences : 33 % ont idées suicidaires. 17 % ont élaboré un plan.

Projets d'intervention et d'évaluation réalisés dans le cadre de la Stratégie québécoise d'action face au suicide³⁵

Titre et organisme	Clientèle visée	Objectifs principaux	Méthodologie	Principaux résultats
<u>Organisme</u> : Centre hospitalier St-Mary. Suzanne Lamarre Nathalie Belda Suzanne Marcotte. Région de Montréal.			Intervention systémique : contrat de non-suicide. Restructuration des contextes relationnels	13 % ont tenté de mettre fin à leurs jours au cours des deux semaines précédentes. Efficacité de l'intervention : Diminution de la dépression et des idées suicidaires. Évaluation positive de la satisfaction à l'égard des services.
<u>Titre</u> : Évaluation de l'implantation du programme de formation de sentinelles. <u>Organisme</u> : Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Chaudière-Appalaches. Édith Saint-Hilaire. Région de la Chaudière-Appalaches.	Hommes de la région de la Chaudière-Appalaches.	Objectifs du projet : Constituer un filet de sécurité sociale pour prévenir le suicide chez les hommes de la région Chaudière-Appalaches. Sensibiliser différents groupes importants pour les hommes de la région. Former des personnes volontaires au rôle de « sentinelle » dans la communauté. Mettre en place différentes formes de soutien pour les sentinelles.	Collecte des données : Quatre questionnaires ont été conçus (deux s'adressent aux responsables de l'implantation du projet, et deux aux sentinelles). Analyse des données : Des analyses descriptives ainsi que certaines analyses statistiques sommaires ont été effectuées.	Les données montrent qu'il est possible d'implanter un programme de formation de sentinelles dans chacune des MRC de la région. Opinions convergentes sur l'appréciation du programme : les commentaires reçus attestent que ce projet est utile et qu'il doit se poursuivre dans la région de la Chaudière-Appalaches. Formation de 441 sentinelles.

Projets d'intervention et d'évaluation réalisés dans le cadre de la Stratégie québécoise d'action face au suicide³⁵

Titre et organisme	Clientèle visée	Objectifs principaux	Méthodologie	Principaux résultats
		Objectifs principaux de l'évaluation du programme : Évaluer l'implantation du programme de formation de sentinelles de façon à déterminer des conditions de succès pour la prévention du suicide auprès des hommes à risque. Décrire les activités réalisées par les sentinelles.		Les limites : le programme n'a pas été implanté comme prévu (séquence sollicitation-sensibilisation-formation) Il a été plus facile de convaincre les milieux à caractère social (organismes communautaires, clubs sociaux, etc.) que les entreprises. Différences importantes dans la mise en œuvre du programme d'une MRC à l'autre.
<u>Titre</u> : Évaluation de l'implantation d'un service de suivi communautaire intensif auprès des personnes ayant fait une tentative de suicide et se présentant dans une salle d'urgence. <u>Organismes</u> : Centre de prévention du suicide de Québec, Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Hôpital de l'Enfant-Jésus, Centre hospitalier de l'Université Laval. Pierre Racine	Personnes ayant fait une tentative de suicide et se présentant dans une salle d'urgence de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus ou du Centre hospitalier de l'Université Laval.	Soutenir la personne dans la phase aiguë de retour à la maison, après un épisode de soins à l'urgence pour une tentative de suicide.	Une phase préparatoire permet de connaître les différents éléments du service tel qu'il a été conçu. Le suivi de l'implantation permet de recueillir des informations sur les caractéristiques de la clientèle rejointe, d'examiner les modalités organisationnelles qui ont été réalisées et de décrire l'intervention faite auprès de l'usager.	Les résultats du projet sont en général positifs. 44 usagers ont reçu le service. Le rôle prévu des intervenants a été respecté, l'approche clinique souhaitée a été appliquée. L'importance de la phase préparatoire à l'implantation qui a facilité la mise en place du service. Des recommandations ont été formulées pour faciliter l'exportation du

Projets d'intervention et d'évaluation réalisés dans le cadre de la Stratégie québécoise d'action face au suicide³⁵

Titre et organisme	Clientèle visée	Objectifs principaux	Méthodologie	Principaux résultats
Lise Cardinal Claude Gagnon. Région de Québec.				service dans d'autres milieux.
<u>Titre</u> : Rapport d'évaluation de la Semaine de prévention du suicide et clientèle hommes. <u>Organismes</u> : Université du Québec à Trois-Rivières, Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie, Centre de recherche de l'Institut Philippe Pinel de Montréal. Marc Daigle Louise Beausoleil Jacques Brisoux Sylvaine Raymond Lucie Charbonneau Julie Desaulniers.	Hommes de 20 à 40 ans.	Évaluer la Semaine de prévention du suicide lancée en 1989 par l'Association québécoise de prévention du suicide. Évaluer le processus de préparation et les retombées des semaines 2000 et 2001 auprès des hommes les plus à risque. En matière de répercussions : évaluer l'exposition à la Semaine, sa visibilité et sa notoriété ; les connaissances, attitudes intentions et comportements ; les effets indésirables de la Semaine.	Groupes de discussion avec des hommes intéressés et des spécialistes. Sondage téléphonique dans tout le Québec. Questionnaires remplis par les promoteurs de la Semaine.	La Semaine amène une amélioration notable des connaissances sur la prévention du suicide. Aucune différence marquée entre les sujets exposés et non exposés quant à leurs attitudes ou quant à leur intention de demander de l'aide. Augmentation des consultations dans les sites Web pertinents. Pas de diminution notable des suicides complétés. Aucun effet indésirable relativement à la détresse psychologique, aux idéations suicidaires ou aux tentatives de suicide. Le facteur financier constitue la principale barrière au succès de cette campagne de sensibilisation.

Recherches concernant les jeunes en centre jeunesse

Titre et organisme	Clientèle visée	Objectifs principaux	Méthodologie	Principaux résultats
<u>Titre</u> : Étude des facteurs de protection en relation avec le risque suicidaire : Comparaison d'une population scolaire avec une population d'adolescent(e)s desservi(e)s en centres jeunesse. Recherche comprenant le rapport complet ainsi qu'un document sur les faits saillants de l'étude. <u>Organisme</u> : Université du Québec à Trois-Rivières. Jocelyne Pronovost Danielle Leclerc Michelle Dumont.	Adolescents et adolescentes du milieu scolaire régulier et des centres jeunesse.	Savoir si ces deux catégories d'adolescents : Se distinguent relativement aux quatre facteurs de protection suivants : estime de soi, styles et stratégies de coping, contrôle de soi et soutien social. S'ils présentent des profils psychopathologiques différents. S'ils se distinguent quant au risque suicidaire. S'ils se distinguent quant aux énoncés relatifs à l'estime de soi. Si la contribution respective des facteurs de protection est différente dans l'explication du risque suicidaire et dans celle de la gravité des symptômes psychopathologiques.	Répartition des participants en deux groupes (centre jeunesse et milieu scolaire régulier). Les participants complètent des questionnaires prenant en considération les variables suivantes : risque suicidaire, profil psychopathologique et facteur de protection.	Les adolescent(e)s des centres jeunesse sont à risque suicidaire élevé. Ils ont des facteurs de protection déficitaires. Ils ont davantage de symptômes psychopathologiques. Les filles sont plus vulnérables que les garçons. Les jeunes non suicidaires ont une estime de soi plus élevée. Les styles de coping varient selon le fait d'être suicidaire ou non. Le style de coping est différent selon le sexe. Il y a une association négative entre soutien social et le risque suicidaire. L'estime de soi et style de coping s'avèrent de meilleurs prédicteurs du risque suicidaire.

Recherches concernant les jeunes en centre jeunesse

Titre et organisme	Clientèle visée	Objectifs principaux	Méthodologie	Principaux résultats
<u>Titre</u> : Concerto Vie. Projet d'intervention concertée auprès des jeunes à risque suicidaire. <u>Organismes</u> : Université du Québec à Trois-Rivières, Centre jeunesse de l'Estrie. Michel Thibault Jeannot Boisclair Jocelyne Pronovost Marielle Saint-Laurent Danielle Leclerc	Les jeunes à risque suicidaire qui reçoivent des services de réadaptation au Centre jeunesse de l'Estrie.	Développer une expertise au Centre jeunesse de l'Estrie en collaboration avec des médecins et des pédopsychiatres pour le dépistage et l'évaluation des jeunes courant un risque de suicide. Offrir aux jeunes et à leurs parents les services sociaux de réadaptation, médicaux, psychologiques et pédopsychiatriques les plus appropriées à leurs besoins au regard de la problématique suicidaire. Assurer à tous les intervenants concernés la formation et la supervision professionnelle requises pour leur permettre de bien jouer leur rôle à l'égard de ces jeunes. Évaluer l'implantation du processus de concertation et ses effets sur les jeunes et les intervenants ; définir les conditions de succès et d'efficacité d'un tel modèle de concertation.	Sur échantillon avec groupe contrôle et groupe expérimental. Instruments de mesure complétés par l'adolescent et les intervenants. Instruments d'évaluation de la concertation. «Kits de dépistage» et rencontres de concertation pour le suivi clinique.	Constats: Une clientèle lourdement affectée par des problèmes de santé mentale. Des instruments et une démarche efficace pour le dépistage des adolescents à risque suicidaire. Diminution du risque suicidaire des adolescents participants. Des rencontres de concertation profitables. Une réussite majeure du projet: la concertation entre les ressources de réadaptation, psychosociales et médicales. La formation et le soutien clinique: des outils indispensables aux intervenants. Il est encore difficile de parler et d'intervenir sur le suicide.

