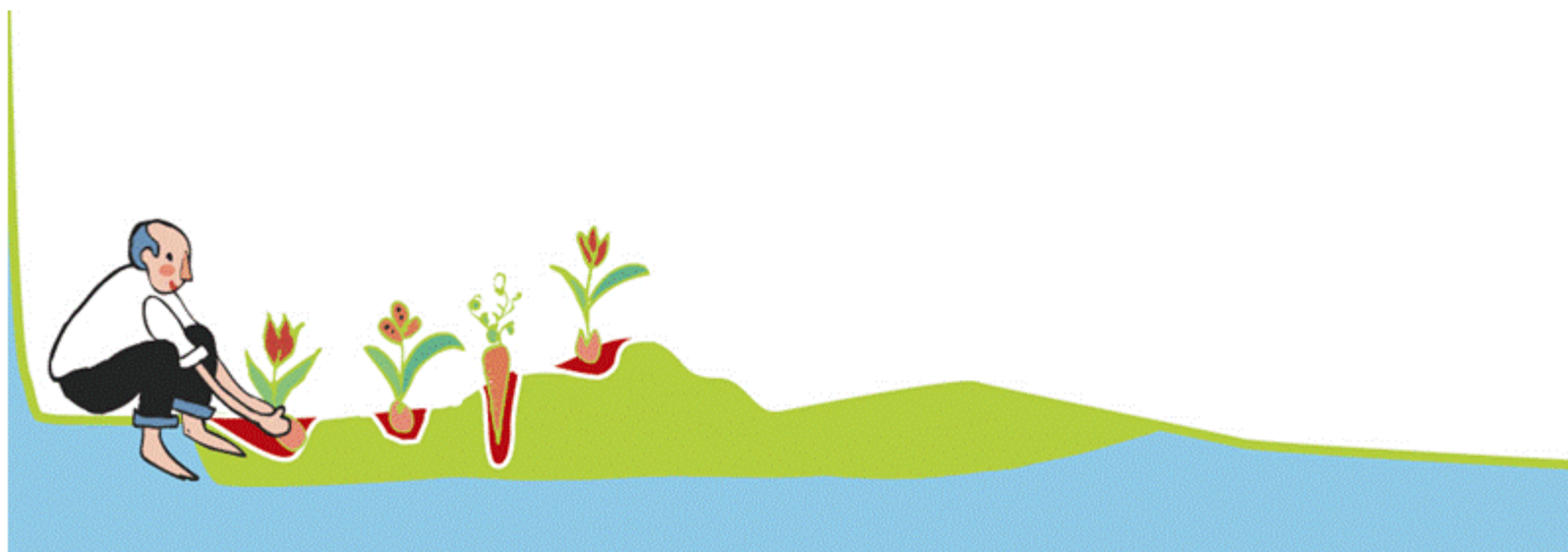


# ANALYSE GLOBALE PORTANT SUR LE PHÉNOMÈNE DU SUICIDE ET SCHÉMATISATION

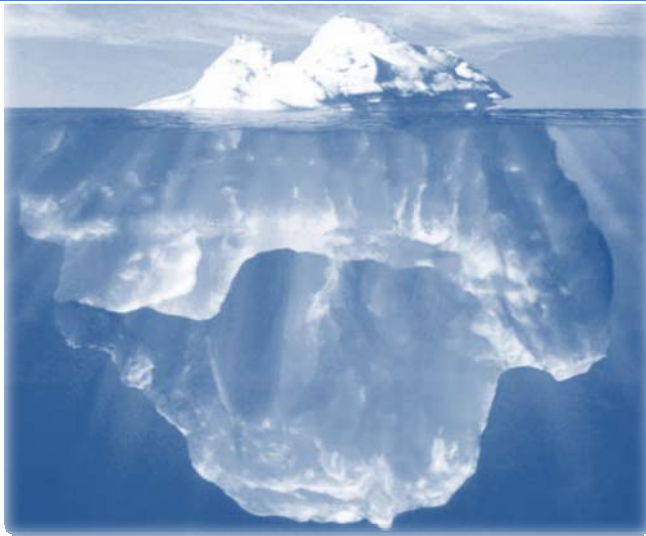
RAPPORT DE RECHERCHE

Marilou Collins-Poulette



2009

Analyse globale portant sur le phénomène  
du suicide et schématisation



Rédigé par Marilou Collins-Poulette

Faculté d'administration

Université de Sherbrooke

## **Rédaction**

Marilou Collins-Poulette, Direction de la coordination et des affaires académiques

## **Révision linguistique**

Nancy Hamel, Direction de la coordination et des affaires académiques

## **Mise en pages**

Marie-Ève Latulippe, Direction de la coordination et des affaires académiques

Centre de santé et de services sociaux –  
Institut universitaire de gériatrie  
de Sherbrooke



UNIVERSITÉ DE  
SHERBROOKE

*Le CSSS-IUGS est un centre affilié universitaire (CAU) du secteur social et un institut universitaire de gériatrie (secteur santé)*

Vous pouvez obtenir ce document à l'adresse suivante :

### **Guichet de la DCAA**

Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke  
Direction de la coordination et des affaires académiques  
500, rue Murray, bureau 100  
Sherbrooke (Québec) J1G 2K6  
819 562-9121, poste 47200  
sgrimard.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca

ISBN-13 : 978-2-922997-95-8 (Version PDF)

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec 2009

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives du Canada 2009

© 2008 Marilou Collins-Poulette, Direction de la coordination et des affaires académiques, CSSS-IUGS  
Il est illégal de reproduire une partie quelconque de ce document sans l'autorisation de l'auteur. La reproduction de cette publication, par quelque procédé que ce soit, sera considérée comme une violation du droit d'auteur.

## Table des matières

---

Remerciements	iii
Sommaire exécutif	v
Liste des acronymes	vii
Introduction	1
Chapitre 1 : Contexte et mandat organisationnel	3
1.1. Contexte	5
1.2. Mandat organisationnel	5
Chapitre 2 : Présentation de l'organisation	7
2.1. CSSS-IUGS : structure, mandats, mission et valeurs	9
2.2. DCAA : structure, mandats, mission et valeurs	10
Chapitre 3 : Cadre conceptuel	11
3.1. Modèles théoriques	13
Chapitre 4 : Revue de littérature	17
4.1. Analyse de la problématique du suicide au niveau international	19
4.2. Analyse de la problématique du suicide au Québec	20
4.3. Quelques lacunes en prévention du suicide au Québec	22
4.4. Des pratiques prometteuses en prévention du suicide	23
4.4.1. La prévention primaire	23
4.4.1.1. Le programme Les amis de Zippy	24
4.4.1.2. Le programme de gestion des buts personnels	24
4.4.1.3. Le projet Écoles promotrices de santé	25
4.4.1.4. Le programme Community Connections	25
4.4.2. La prévention secondaire	26
4.4.2.1. Le réseau de sentinelles	27
4.4.2.2. Le suivi étroit	28
4.4.3. La postvention	29
4.4.3.1. Le programme construit autour du jeu « Capitaine moi-même »	29
Chapitre 5 : Méthodologie de recherche	31
5.1. Approche de recherche	33
5.2. Type de recherche	34
5.3. Paradigme de recherche	34
5.4. Modalités de collecte de données	34
5.5. Outils	35
5.6. Biais et limitations	35
Chapitre 6 : Schématisation	37

6.1.	Symboles utilisés dans le schéma	39
6.2.	Schéma optimisé et validé	40
6.3.	Analyse descriptive du schéma	41
6.3.1.	Le centre hospitalier*	42
6.3.2.	Le centre de santé et des services sociaux*	43
6.3.3.	Le centre de prévention du suicide et/ou centre de crise	43
6.3.4.	Le 911 et/ou les services policiers	43
6.3.5.	Les autres organismes ayant reçu une formation complète en prévention du suicide	44
6.3.6.	Les sentinelles	44
Chapitre 7 : Résultats de recherche		45
7.1.	Faits saillants et recommandations	47
7.2.	Conclusion et pistes de recherche	49
Chapitre 8 : Réflexion critique		51
8.1.	Démarche réflexive sur l'essai-intervention	53
Lexique		55
Bibliographie		57
Annexe 1 : L'organigramme du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke		61
Annexe 2 : L'organigramme de la Direction de la coordination des affaires académiques du CSSS-IUGS		65
Annexe 3 : Une carte mondiale qui illustre la répartition des taux de suicide selon les régions		69
Annexe 4 : Un tableau qui illustre la répartition des suicides au Québec par groupe d'âge		73
Annexe 5 : Grille d'entrevues téléphoniques		77
Annexe 6 : Une région sociosanitaire c'est ...		81

## Remerciements

---

Juste quelques mots pour remercier sincèrement des personnes qui, grâce à la pertinence de leurs conseils, à la force de leurs encouragements ainsi que par l'aide qu'elles m'ont apportée ont rendu possibles la conceptualisation ainsi que la rédaction de cet essai de fin de maîtrise.

➤ ***Monsieur Jean-Pierre Bhérier, professeur et superviseur d'intervention à l'Université de Sherbrooke***

Votre expertise de consultation, votre disponibilité professionnelle ainsi que vos précieuses astuces de rédaction ont su me guider tout au long de mon essai-intervention. Merci d'avoir contribué à rendre ce travail meilleur.

➤ ***Madame Caroline Perron, professeure, lectrice et directrice du programme à l'Université de Sherbrooke***

Votre dévouement auprès des étudiants de votre programme est exemplaire et votre professionnalisme vous démarque.

➤ ***Madame Julie Lane, professionnelle de recherche à la DCAA du CSSS-IUGS et superviseure en organisation***

Toujours généreuse de votre temps ainsi que de vos conseils, la rédaction de cet essai n'aurait pu être possible sans vous pour m'orienter à travers la complexité de la recherche documentaire appliquée. La confiance que vous m'avez témoignée m'a permis de pousser plus loin ce travail d'analyse.

➤ ***Madame Raymonde Camirand, professionnelle de recherche à la DCAA du CSSS-IUGS***

Maître dans l'art de la recherche documentaire, votre implication dans ce travail est certaine.

➤ ***Madame Johanne Archambault, directrice de la DCAA du CSSS-IUGS***

Merci du fond du cœur de m'avoir acceptée au sein de votre merveilleuse équipe de travail et inspirée par vos aptitudes managériales.

➤ ***Tous les professeurs de la maîtrise en management public de l'Université de Sherbrooke***

Formidables guides à travers le monde de la gestion, les connaissances que vous m'avez partagées tout au long de ce programme sont à la base même de cet essai.

- *L'ensemble des personnes informatrices clés en provenance de CSSS, CPS et d'Agences interrogées pour la phase de validation du schéma : mesdames Isabelle Plamondon, Manon Boulanger, Martine Rock, Claudette Lemaire, Andrée Verreault, Johanne Marcotte, Suzanne Gérin-Lajoie, Françoise Roy, Claudette Fournier et Julie Campbell ainsi que messieurs Alexandre St-Denis, Brian Dickinson, Laurent Garneau et Serge Mercier*

Mille fois merci d'avoir accepté de m'accorder une entrevue téléphonique malgré votre horaire du temps chargé. Les informations que vous m'avez fournies ont été indispensables à la réalisation de rapport d'intervention et pertinentes à m'initier à une vision globale de l'organisation des services en prévention du suicide à l'échelle provinciale.

## Sommaire exécutif

---

La maîtrise en Management public arrivant à sa fin, ce document expose le fruit du travail mené dans le cadre de mon intervention en milieu organisationnel. Réalisé au Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, ce mandat de type « consultation » comportait deux objectifs principaux. Premièrement, il visait à recenser quelques écrits provinciaux, nationaux et internationaux traitant du phénomène du suicide et des activités de prévention qui y sont relatives. Tout cela dans l’optique d’établir une brève comparaison et de posséder une vision plus globale de ce qui se fait mondialement en prévention du suicide. Deuxièmement, cette intervention poursuivait l’objectif de produire et de valider un schéma exposant la répartition optimale des compétences en prévention du suicide par catégorie d’organisation de soins et de services. Bien qu’utilisés pour ce présent essai de maîtrise, les biens livrables conçus pour ce travail seront réutilisés lors de la rédaction d’un guide commandé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec portant sur le rehaussement des pratiques en matière de prévention du suicide.

Tout au long de la réalisation de ce mandat, le modèle théorique du développement écologique de Bronfenbrenner ainsi que celui des sphères d’influence de White et Jodoin ont guidé mon raisonnement ainsi que ma démarche de recherche. Intéressants, ce cadre conceptuel ainsi qu’un paradigme de recherche de type systémique ont permis de cerner le phénomène du suicide de façon contextualisée. Par le biais d’entrevues téléphoniques de type semi-structurées et d’une recherche documentaire ciblée, une approche qualitative appliquée a été amorcée afin de parvenir à une compréhension davantage appliquée et ancrée du phénomène du suicide.

La section revue de littérature de ce document a permis d’établir certains constats inquiétants relatifs à la prévention du suicide en sol provincial. Tout d’abord, les statistiques analysées permettent de constater que, malgré une ferme volonté gouvernementale de mieux prévenir le suicide au Québec, il demeure que notre province ainsi que notre pays sont parmi les endroits au monde où les taux de suicide sont les plus élevés. Cela pourrait s’expliquer par plusieurs variables, notamment le caractère industriel du pays, l’extinction graduelle des croyances religieuses traditionnelles et des valeurs familiales ainsi que le remplacement progressif de la culture sociale axée autour de la communauté au profit d’un mode de vie davantage individualisé. Bien que les orientations en prévention du suicide du gouvernement provincial soient affirmées, il demeure que la ligne directrice proposée par le gouvernement ne semble pas être suffisante pour instaurer une offre de service unifiée, soutenue par un engagement réel de la part des organisations partenaires des réseaux locaux de services (RLS) d’unir

leurs forces et leurs ressources vers une prévention du suicide concertée et davantage efficace. Avant de travailler à instaurer des initiatives et des programmes nouveaux en prévention du suicide, il pourrait être pertinent de s'attaquer davantage aux structures et aux fondements du système de santé québécois. Ancrée sur des assises solides, il est fort probable que la portée de la prévention du suicide provinciale soit accentuée et que les initiatives abondant dans ce courant aient des impacts davantage concluants.

C'est d'ailleurs vers cette finalité ultime que tend la section appelée schématisation. Proposant à l'ensemble des organisations de santé et de services sociaux du Québec une répartition réfléchie des compétences en prévention du suicide, le schéma présenté souhaite parvenir à une meilleure prise en charge de la personne suicidaire, grâce à une reconnaissance écrite des expertises et des compétences en prévention du suicide propres à chaque type d'organisation partenaire. Ce schéma vise, à plus ou moins long terme, la diminution de la compétition au niveau de la dispensation de soins et de services. Tout cela au profit d'une collaboration professionnelle portée par un désir d'engagement réel des intervenants et des gestionnaires. En somme, il faut redonner aux réseaux locaux de services leur vraie vocation : penser et agir en réseau plutôt qu'en silo.

## Liste des acronymes

---

Tout au long de cet essai, divers acronymes seront employés afin de référer à des expressions, des documents ainsi qu'à des organisations diverses. Voici donc l'appellation longue de chacun d'entre eux.

<b>DCAA</b>	Direction de la coordination et des affaires académiques
<b>MSSS</b>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<b>CSSS</b>	Centre de santé et de services sociaux
<b>AQPS</b>	Association québécoise de prévention du suicide
<b>RLS</b>	Réseau local de services
<b>CPS</b>	Centre de prévention du suicide
<b>CH</b>	Centre hospitalier
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>CSSS-IUGS</b>	Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke



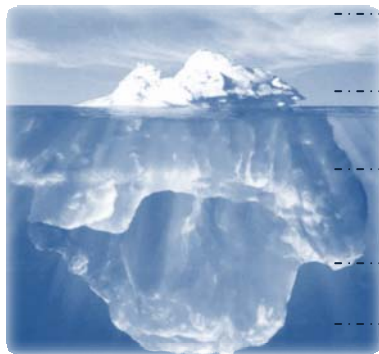
## Introduction

---

« (...) Nous ne savons de notre âme que la pointe de l'iceberg  
Énormes blocs de glace nés dans la préhistoire  
Dont la masse sournoise causa le désespoir  
De ceux qui n'ont rien vu, du haut de la grande vergue! (...) »

« Les profondeurs de l'âme », Georges Rodenbach<sup>1</sup>

Entourée de tabous et de mystères, la problématique sociale et multiaxiale du suicide est difficile à comprendre dans sa globalité. Laissant derrière elle toujours plus de victimes et de proches endeuillés, le mal-être et le désespoir ressentis par certaines personnes de la société nous touchent tous de près ou de loin. Rendu tangible par les tentatives suicidaires ainsi que les décès par suicides perpétrés au sein de la société, le suicide est un phénomène beaucoup plus profond et complexe qu'il ne semble l'être en apparence. À la manière d'un glacier, la suicidabilité intrigue et effraie. Possédant une face visible plutôt ténue par rapport à l'ensemble du phénomène, nul ne peut affirmer avec certitude savoir précisément comment enrayer ce fléau meurtrier et prévoir pourquoi ainsi que qui en sera la prochaine proie. Pour chaque suicide qui se produit dans la société, il faut garder en tête que cela ne représente que le cinquantième, voir le centième de l'ampleur du phénomène. Il mérite donc que les ressources de santé de la collectivité unissent leurs forces ainsi que leurs énergies afin de faire un front commun contre le suicide.



----- Suicides

----- Tentatives de suicide

----- Crises avec menaces de suicide

----- Crises avec pensées suicidaires

----- Crises régulières<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Page Internet de *Poèmes sur le monde spirituel*. Page consultée le 27 juillet 2008 : <http://membres.lycos.fr/historel/poesies/poesie12.htm>.

<sup>2</sup> Von Greyerz, S. et Keller-Guglielmetti, E. (2005) *Le suicide et la prévention du suicide en Suisse Rapport répondant au postulat Widmer (02.3251)*, Office fédéral de la santé publique : Suisse : p. 6.



## **Chapitre 1 :**

### **Contexte et mandat organisationnel**



## 1.1. Contexte

---

Suite à la publication d'une évaluation plutôt critique de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide*, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a procédé à une remise en question de ses pratiques en matière de prévention du suicide. Cohérent avec la récrimination de l'ouvrage qui exposait les lacunes de l'organisation des services offerts à la personne suicidaire sur le territoire provincial et dénonçait un faible arrimage des différentes ressources d'aide<sup>3</sup>, le Gouvernement a commandé au Centre de santé et des services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS), la production d'un guide de bonnes pratiques en prévention du suicide.

En fonction de sa mission de recherche, c'est la Direction de la coordination des affaires académiques (DCAA) de l'établissement qui s'est vue, à l'automne 2007, allouer le contrat de réalisation de ce rapport. Ayant débuté par une vaste collecte de données auprès d'intervenants et de gestionnaires issus de sept centres de santé et de services sociaux (CSSS), ce projet de recherche vise maintenant la production de deux guides : un premier guide destiné aux intervenants et aux praticiens des CSSS du Québec et un second visant davantage les gestionnaires de ces établissements de santé. La date de tombée de ces deux rapports se situe en novembre 2008.


## 1.2. Mandat organisationnel

---

Cohérent avec la production des deux guides mentionnés ci-haut, le mandat organisationnel qui m'a été confié vise deux objectifs principaux : effectuer une recension sommaire des écrits provinciaux et internationaux relatifs au thème de la prévention du suicide et créer un schéma illustrant l'organisation des compétences en prévention du suicide applicable à l'ensemble des réseaux locaux de services (RLS) de la province de Québec. Tout au long de cette intervention, plusieurs biens livrables étaient à rendre. Parmi eux, on compte :

---

<sup>3</sup> POTVIN, N. (2004) *Évaluation de l'implantation de la stratégie québécoise d'action face au suicide*, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 102 pages.

- 
- Élaborer un schéma global, idéalisé, mais tout de même réaliste illustrant la répartition des compétences en prévention du suicide par catégorie d'organisation ainsi que la trajectoire de service.
  - Rédiger un canevas d'entrevue qui guidera la réalisation des entrevues téléphoniques destinées à valider le schéma.
  - Effectuer une courte recension d'écrits traitant de la prévention du suicide afin d'établir une comparaison sommaire entre la réalité québécoise et la réalité internationale en matière de suicide et des pratiques visant sa prévention.
  - Dégager quelques recommandations issues de la démarche d'analyse comparée effectuée.

Les pages qui suivent vous introduiront donc peu à peu aux différents biens livrables ainsi qu'aux différents constats de recherche qui en ont découlé.

## **Chapitre 2 :**

### **Présentation de l'organisation**



## **2.1. CSSS-IUGS : structure, mandats, mission et valeurs**

---

Au cours de l'année 2003, le ministre de la Santé, monsieur Philippe Couillard, a déposé le projet de loi 25 qui donna le coup d'envoi à une importante réorganisation des soins de santé à l'échelle provinciale. Aussi référée par la « Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux », cette législation nouvelle ordonne la création de RLS où les institutions dotées de mandats de centre local de santé communautaire (CLSC), de centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD) et de centre hospitalier (CH) sont fusionnées sous une seule et même nouvelle bannière, le CSSS<sup>4</sup>.

Le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke comprend un total de 13 installations réparties sur l'ensemble du territoire régional. Fournissant un emploi ainsi qu'un salaire à près de 2550 personnes, cette organisation représente l'un des plus importants employeurs locaux. Dispensatrice de soins et de services de santé, en institution et à domicile, cette organisation dessert une clientèle annuelle de plus de 140 000 usagers. Agissant simultanément à titre de centre local de santé communautaire (CLSC), de centre hospitalier de gériatrie et de centre d'hébergement, le CSSS-IUGS se démarque également par son implication constante au niveau de l'enseignement, de la recherche ainsi que du transfert de connaissances<sup>5</sup>. L'organigramme présenté en annexe 1 illustre visuellement les différents services de l'établissement.

Cohérent avec la mission que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) lui a dévolue, par le biais de la loi 25, le CSSS-IUGS cherche à améliorer le bien-être physique et psychologique de la population dont il est responsable, par une coordination efficace de l'ensemble des ressources locales de santé, ainsi que grâce à une offre de services généraux et spécialisés suffisamment vaste pour répondre à l'ensemble des besoins de ses clients. Guidé par des valeurs d'excellence, de respect, de solidarité, d'engagement, d'autonomie, d'innovation et de responsabilisation, le CSSS-IUGS croit également en l'importance des partenariats et de la collaboration<sup>6</sup>. Une phrase tirée du plan stratégique de l'établissement est d'ailleurs très évocatrice du désir de l'organisation d'exceller dans ses fonctions : elle souhaite devenir « (...) un chef de file dans la conception, la coordination et la mise en

---

<sup>4</sup> Site Internet de *Confédération des syndicats nationaux*. Page consultée le 19 juillet 2008 : <http://www.csn.qc.ca/priorites/projet25.html>.

<sup>5</sup> Site Internet du *CSSS-IUGS*. Page consultée le 19 juillet 2008 : <http://www.csss-iugs.ca/index.html>.

<sup>6</sup> CSSS-IUGS (2007). *Présentation faite dans le cadre de l'accueil des étudiantes et des étudiants*. CSSS-IUGS, 30 diapositives.

œuvre de services de santé et de services sociaux de haute qualité, répondant aux besoins des personnes, des familles et des communautés (...) ».<sup>7</sup>

## **2.2. DCAA : structure, mandats, mission et valeurs**

---

La DCAA possède une mission relative à divers mandats regroupés autour d'activités d'enseignement, d'innovation sur le plan clinique ainsi que de partage des connaissances<sup>8</sup>. Impliquée dans la coordination de la logistique des stages et des affaires académiques pour l'ensemble de l'organisation, cette direction spécifique est également engagée au niveau de la recherche, du transfert de savoir, du management de l'information, de l'évaluation des technologies, de la coordination à l'intérieur de l'organisation...<sup>9</sup> L'annexe 2 de ce rapport présente un organigramme sommaire de la structure de la DCAA.

Bien que les valeurs centrales ci-mentionnées de cette direction du CSSS-IUGS ne figurent sur aucun document officiel, des discussions avec certains employés œuvrant dans ce service ont mentionné l'importance que la collaboration et la reconnaissance réciproque des expertises revêtent pour l'ensemble des membres de l'équipe. De plus, les valeurs inscrites dans le plan stratégique du Centre de santé et des services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke s'étendent également à la DCAA.

---

<sup>7</sup> CSSS-IUGS. *Plan stratégique 2006-2011 Extraits*, CSSS-IUGS, p. 3.

<sup>8</sup> Archambault, J. (2007). *La Direction de la coordination et des affaires académiques : Sa mission et sa structure interne Document de travail*, 18 pages.

<sup>9</sup> Archambault, J. (2007). *La Direction de la coordination et des affaires académiques : Sa mission et sa structure interne Document de travail*, 18 pages.

## **Chapitre 3 :**

### **Cadre conceptuel**

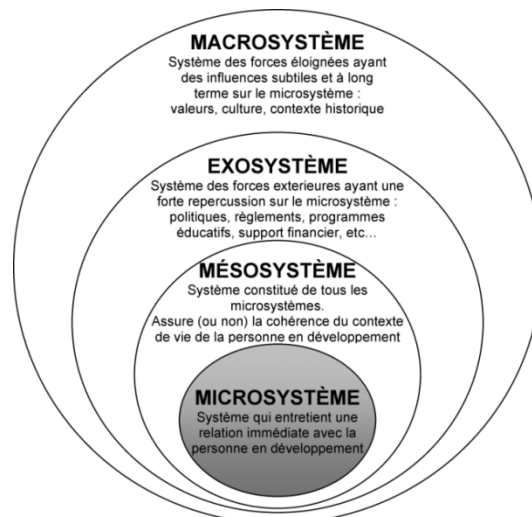


### 3.1. Modèles théoriques

---

Dans le domaine de la prévention du suicide, nul modèle théorique ne semble faire consensus. Véritable fléau dans la société contemporaine, le suicide est un phénomène complexe et pluridimensionnel qui peut être abordé sous différentes facettes et selon différentes disciplines (sociologie, médecine, psychologie...) <sup>10</sup>. Quelques lectures réalisées sur le sujet m'ont permis de constater la diversité des angles théoriques qui s'offrent à moi, qui possèdent tous une corrélation plus ou moins directe avec le mandat qui m'a été confié par le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. Suite à une brève analyse, deux modèles ont principalement retenu mon attention : ceux émis par les auteurs Bronfenbrenner ainsi que White et Jodoin.

Tout d'abord, le chercheur Bronfenbrenner a démontré, par le biais de sa théorie du modèle écologique, que tout individu entretient des relations bidirectionnelles de dépendance et d'influence avec son environnement <sup>11</sup>. Ce sont d'ailleurs ces interactions constantes et complexes qui stimulent son développement ainsi que son comportement. Cette théorie de l'auteur pourrait se résumer par le schéma suivant.



12

---

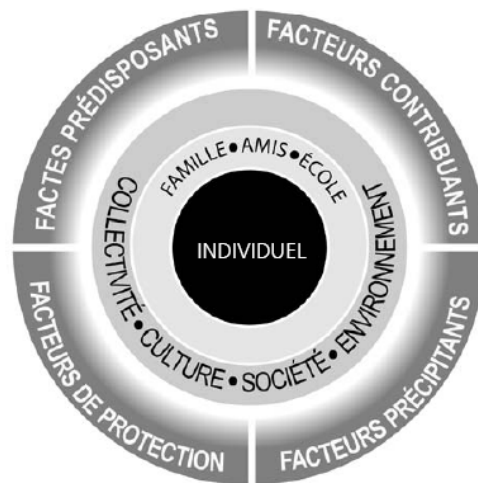
<sup>10</sup> MSSS (2006). *L'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide. Cadre de référence*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 70 pages.

<sup>11</sup> MALO, C. (2000). *Le modèle écologique du développement humain : conditions de son utilité réelle*. Université de Montréal, 33 pages.

<sup>12</sup> Site Internet de *Collection des thèses et mémoires de l'Université Laval*. Page consultée le 22 juillet 2008 : <http://archimede.bibl.ulaval.ca/archimede/files/0f4bc630-1a33-452f-8243-f862be6d12fc/ch02.html>.

S'inscrivant dans une démarche systémique certaine, le modèle soumis par monsieur Bronfenbrenner témoigne de l'importance d'analyser le passé d'un individu ainsi que les pressions exercées sur lui par son environnement global afin de mieux cerner la raison ainsi que la provenance de ses comportements.

En filiation directe avec le modèle de développement écologique de Bronfenbrenner, les auteures White et Jodoin ont emboîté le pas en proposant un modèle adapté : le modèle des sphères d'influence. Reprenant la notion de cercles d'influences, ce modèle théorique davantage appliqué à la prévention du suicide ajoute que certains facteurs, présents dans l'environnement d'un individu, peuvent accroître ses risques suicidaires alors que d'autres éléments peuvent, à l'opposé, agir à titre de facteurs de protection. Pour mieux cerner les impacts de l'environnement sur la suicidabilité d'une personne, les théoriciennes ont répertorié quatre types de facteurs. La représentation graphique qui suit expose sommairement les résultats de leur analyse.



13

En regardant attentivement ce schéma, il est possible d'y voir quatre types de facteurs en provenance de l'environnement externe d'un individu qui peuvent décroître ou accroître l'effet du suicide. Tout d'abord, il y a les facteurs de type prédisposant. Souvent issus du passé d'une personne, ce sont des éléments qui la rendent davantage fragile (antécédents suicidaires, isolement social, problème psychologique et/ou mental...) <sup>14</sup>. Ensuite, les contributeurs accentuent le risque déjà présent chez la personne (consommation excessive de drogue ou d'alcool, impulsivité, faible aptitude de

<sup>13</sup> White, J. et Jodoin, N. (2003). *La prévention du suicide : Des stratégies prometteuses*, Center for Suicide Prevention : Calgary, 278 pages, p. 7.

<sup>14</sup> White, J. et Jodoin, N. (2003). *La prévention du suicide : Des stratégies prometteuses*, Center for Suicide Prevention : Calgary, 278 pages, p. 9.

résilience...)<sup>15</sup>. Les facteurs précipitants agissent un peu à titre de déclencheur du comportement suicidaire (échec dans les relations interpersonnelles, mortalité d'un proche...)<sup>16</sup>. Finalement, il existe des facteurs de protection qui sont sains et minimisent les risques d'un comportement suicidaire chez les individus (réseau social développé, bonne santé globale, aptitude d'adaptation...)<sup>17</sup>. Bref, cette seconde théorie démontre clairement que la problématique du suicide peut être contrée par le biais de deux méthodes totalement différentes. Effectivement, il est possible d'agir en amont en accentuant les facteurs qui protègent l'individu ou agir davantage en aval, en intervenant auprès des individus davantage à risque de suicide.

---

<sup>15</sup> Site Internet de l'AQPS. Page consultée le 31 juillet 2008 : <http://www.aqps.info/docs/vav/v09/v09n2-01.html>.

<sup>16</sup> MSSS (2006). *L'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide Cadre de référence*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 70 pages.

<sup>17</sup> Site Internet de l'AQPS. Page consultée le 31 juillet 2008 : <http://www.aqps.info/docs/vav/v09/v09n2-01.html>.



## **Chapitre 4 :**

### **Revue de littérature**



#### 4.1. Analyse de la problématique du suicide au niveau international

---

Au cours des dernières décennies, le nombre de suicides de la population mondiale n'a cessé d'augmenter. Problématique particulièrement alarmante et prononcée chez les pays nordiques et industrialisés, il demeure que le suicide touche tous les peuples plus ou moins intensément (voir annexe 3). Seulement en l'an 2000, près d'un million de personnes se sont enlevé la vie par suicide. Soit, toutes les 40 secondes, une personne commettait un acte de suicide<sup>18</sup>.

Le graphique qui suit expose donc sommairement l'évolution des taux de suicide mondiaux de 1950-2000 selon le genre.



En croissance au fil des ans pour les deux sexes, le graphique établit clairement l'escalade accélérée du nombre de suicides commis par les hommes à travers le monde. Les hommes de la planète constituent donc un groupe social davantage à risque, un élément dont il faut se préoccuper. Par le biais d'un rapport récent, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) fait également mention que, sans égard au pays, le suicide se retrouve toujours dans une des dix premières causes de mortalité (OMS, 2001)<sup>20</sup>.

---

<sup>18</sup> Site Internet de l'Organisation mondiale de la Santé. Page consultée le 26 juillet 2008 : [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html).

<sup>19</sup> Site Internet de l'Organisation mondiale de la Santé. Page consultée le 30 juillet 2008 : [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/evolution/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/evolution/en/index.html).

<sup>20</sup> OMS (2001). *La prévention du suicide : Indications pour les médecins généralistes*. Département de santé mentale : Genève, 13 pages.

## 4.2. Analyse de la problématique du suicide au Québec

Lourdement touchée par la problématique du suicide, la population québécoise voit chaque année plusieurs de ses citoyens et de ses futurs citoyens (jeunes et enfants) s'enlever la vie dans un geste de désespoir profond. Bref, le Québec est l'un des endroits de la planète présentant un taux de suicide global très élevé<sup>21</sup>. D'ailleurs, en l'an 2000, un nombre total de 1 352 personnes se sont suicidées ainsi qu'un nombre approximatif de 13 520 personnes furent endeuillées par suicide<sup>22</sup>. Principale cause de mortalité chez certains groupes sociaux, il demeure que le suicide cause près de 3 % du nombre annuel de décès<sup>23</sup>. Par une publication récente, l'Association québécoise de prévention du suicide a tenté de déterminer certaines causes sociales pouvant avoir un impact sur l'augmentation du suicide. Voici donc certains des éléments qui sont ressortis de cette démarche<sup>24</sup>.



Telle que mentionnée précédemment, cette problématique sociale affecte davantage certains groupes de la société. Le tableau présenté en annexe 4 expose donc sommairement les groupes d'âge les plus touchés nominalement sur le territoire québécois par le suicide. Le rapport nommé « Stratégie québécoise d'action face au suicide » a comparé ensemble les taux de suicide du Québec et du Canada.

<sup>21</sup> MSSS (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012 Mise à jour 2008*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 103 pages.

<sup>22</sup> Association québécoise de prévention du suicide (2003). *Programme accrédité de formation Intervenir en situation de crise suicidaire*. AQPS, 48 pages.

<sup>23</sup> Association québécoise de prévention du suicide (2003). *Programme accrédité de formation Intervenir en situation de crise suicidaire*. AQPS, 48 pages.

<sup>24</sup> Association québécoise de prévention du suicide (2003). *Programme accrédité de formation Intervenir en situation de crise suicidaire*. AQPS, 48 pages.

Cette brève analyse statistique a permis de dégager deux constats : la province affiche un taux de suicide plus élevé que celui qui caractérise le pays en entier et la problématique du suicide provinciale va en empirant alors que la situation semble s'améliorer au Canada<sup>25</sup>. Puis, si l'on regarde la situation statistique du Québec par rapport à celle d'autres pays, il est possible de remarquer que les statistiques de suicide chez les jeunes sont très élevées par rapport à celles présentes dans la majorité des autres pays pour ce même groupe d'âge<sup>26</sup>.

Une autre étude statistique intitulée « La mortalité au Québec en 2001 : une comparaison internationale » a fourni des informations intéressantes établissant un parallèle entre la gravité statistique du suicide au Québec et celle de 15 autres pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) dont le Canada. Des informations-chocs sont ressorties de ce rapport. Le tableau suivant en dresse un portrait global<sup>27</sup>.

	Sexe féminin		Sexe masculin	
	Québec	Moyenne des pays	Québec	Moyenne des pays
<b>Mortalité par suicide</b>	7,5/100 000	6,9/100 000	29,0/100 000	22,4/100 000

Bref, tel que le stipule cette étude, il y a une proportion plus importante de personnes qui décèdent par suicide au sein de la province du Québec que dans les autres pays analysés. Cela est d'autant plus alarmant que les pays ayant servi de base comparative sont composés de nations industrialisées où le suicide est ordinairement très présent.

<sup>25</sup> MSSS (1998). *Stratégie québécoise d'action face au suicide S'entraider pour la vie*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 93 pages.

<sup>26</sup> MSSS (1998). *Stratégie québécoise d'action face au suicide S'entraider pour la vie*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 93 pages.

<sup>27</sup> Institut national de santé publique Québec (2007). *La mortalité au Québec en 2001 : une comparaison internationale*. Institut national de santé publique Québec, 92 pages.

### 4.3. Quelques lacunes en prévention du suicide au Québec

---

Aucun système de santé n'étant parfait, certains auteurs ont procédé à l'analyse minutieuse du système de santé québécois afin d'en pointer les faiblesses et d'en souligner les forces. Notamment, un dénommé Nelson Potvin a déposé, en 2004, un rapport d'évaluation portant sur un document ministériel antérieur, la *Stratégie québécoise d'action face au suicide*. Grâce à la réalisation de consultations de groupes, différentes lacunes de la stratégie du MSSS ont été mises en évidence. Les quelques paragraphes qui suivent en exposent certaines.

Premièrement, un faible arrimage des partenaires offrant des soins et des services auprès de la clientèle québécoise a été décrié<sup>28</sup>. Plusieurs des organisations dispensatrices des différents réseaux locaux de la province ont tendance à travailler en silo. Par conséquent, on assiste parfois à un manque flagrant d'action concertée qui découle d'une vision globale limitée de l'offre de service et/ou d'une mauvaise reconnaissance des expertises organisationnelles réciproques. Il y a donc un manque évident au niveau des services sociaux et de santé offerts à la clientèle suicidaire.

Deuxièmement, il est possible d'observer d'importantes disparités au niveau de l'organisation régionale des services<sup>29</sup>. Effectivement, dépendamment de la région sociosanitaire que l'on observe, les compétences en prévention du suicide sont dispersées différemment à travers les différentes ressources de santé couvrant le territoire. On dénote, dans certaines régions, la présence d'un centre de crise, une ressource utile pour l'intervention en crise suicidaire alors que ce type d'organisation est totalement absent pour d'autres régions.

Et puis, troisièmement, l'organisation québécoise des soins et des services à l'égard des personnes suicidaires est morcelée. Effectivement, les rôles des diverses organisations œuvrant auprès de cette clientèle de même que leurs responsabilités ainsi que leurs compétences sont floues et non clairement définies, ce qui malheureusement rend difficile la reddition de comptes<sup>30</sup>.

---

<sup>28</sup> Potvin, N. (2004). *Évaluation de l'implantation de la stratégie québécoise d'action face au suicide*. La direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 102 pages.

<sup>29</sup> Potvin, N. (2004). *Évaluation de l'implantation de la stratégie québécoise d'action face au suicide*. La direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 102 pages.

<sup>30</sup> Potvin, N. (2004). *Évaluation de l'implantation de la stratégie québécoise d'action face au suicide*. La direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 102 pages.

#### 4.4. Des pratiques prometteuses en prévention du suicide

---

Bien que certaines récriminations existent envers le système de santé québécois, il demeure que certaines initiatives québécoises sont porteuses de promesses d'avenir pour une prévention du suicide efficace. De plus, d'autres provinces ou contrées possèdent également des programmes intéressants et inspirants en prévention du suicide. Tel que le stipule Santé Canada par le biais d'un rapport intitulé *Savoir et AGIR : La prévention du suicide chez les jeunes des Premières nations*, différents types d'activités existent afin de contrer le phénomène du suicide. Il existe de la prévention que l'on pourrait qualifier de primaire, de secondaire et finalement, de tertiaire. Quelques différences fondamentales existent entre ces façons intéressantes de prévenir le suicide, en voici donc un résumé ainsi que des exemples d'initiatives locales ou internationales de pratiques qui s'y rattachent.

##### 4.4.1. La prévention primaire

**Définition :** La prévention que l'on qualifie de primaire consiste à minimiser les risques de suicide par le biais de l'amélioration de la santé physique, mentale, spirituelle et émotionnelle de la population<sup>31</sup>. Il s'agit ici de prévenir le suicide par le mieux-être de la population plutôt que de le guérir.

Tel que le précise le cadre théorique de ce rapport, plusieurs types de facteurs peuvent influencer l'apparition d'idéation ou de comportement suicidaire chez l'individu. Les facteurs prédisposants ainsi que ceux que l'on pourrait appeler les contributeurs sont les éléments sur lesquels la prévention primaire peut avoir un impact. Afin d'agir davantage en amont qu'en aval, il est pertinent de réfléchir sur des stratégies aptes à permettre à l'individu de surmonter certains éléments issus de son passé qui le fragilise tout en l'incitant à se détacher des éléments et/ou des comportements qui accentuent les risques de suicide latents chez lui. La société étant composée d'individus d'âges, de cultures et d'existences différentes, il importe que les stratégies préventives utilisées afin de contrer le phénomène du suicide soient variées afin de rejoindre un vaste éventail de clientèle. Bien que beaucoup de documentation à teneur théorique enrichisse la compréhension de l'approche de prévention universelle (prévention de type primaire), les initiatives concrètes qui abondent dans ce sens sont encore plutôt limitées. Néanmoins, voici

---

<sup>31</sup> Santé Canada. *Agir selon ce que nous savons : La prévention du suicide chez les jeunes des Premières nations*, Santé Canada, 205 pages.

certains exemples de prévention primaire qui peuvent avoir, aux dires de certaines recherches, un impact positif afin de promouvoir le mieux-être et une saine santé mentale au sein de la collectivité tout en diminuant l'incidence d'apparition des signes suicidaires.

#### 4.4.1.1. *Le programme Les amis de Zippy*

Il y a de cela quelques années, les pays de la Lituanie et du Danemark ont donné le coup d'envoi à un programme éducatif et ludique destiné à promouvoir l'adoption de saines stratégies d'adaptation chez les enfants fréquentant l'école primaire : les amis de Zippy. Innovant dans la manière d'inculquer aux jeunes la résilience, ce programme a été exporté dans de nombreux pays, dont le Canada en tant qu'outil interactif de promotion d'une saine santé mentale. La clientèle ciblée par ce projet est celle des jeunes de 6 à 7 ans. Ces citoyens en devenir pourront donc exercer tout au long de leur vie, les aptitudes de saine résolution de problème enseignées par les leçons inhérentes au programme Les amis de Zippy. Bref, il est possible de résumer ce projet comme une initiative tangible qui agit à la source en montrant aux enfants des stratégies aptes à permettre une adaptation réussie aux différentes étapes du cycle de leur vie<sup>32</sup>.

#### 4.4.1.2. *Le programme de gestion des buts personnels*

Conçu pour une clientèle cible de retraités âgés de 55 ans et plus, ce projet promeut une bonne santé mentale par le biais de l'élaboration, de la planification ainsi que de la mise en œuvre d'un projet personnel. L'actualisation de la personne, l'adaptation ainsi que l'estime personnelle sont des valeurs centrales à cette démarche qui contribuent à adoucir les transitions de vie chez les participants<sup>33</sup>. De plus, il semblerait selon l'auteure Lapierre, que l'impression

---

<sup>32</sup> Mishara, B. L. *World suicide Prevention Day and Zippy's Friends*. Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie et UQÀM, 2 pages.

<sup>33</sup> Bouffard, L., Dubé, M., Labelle, R. et Lapierre, S. (2000). *Le bien-être psychologique par la gestion des buts personnels : une intervention de groupe auprès des retraités*, Revue québécoise de psychologie, vol. 21, n°2, 255-280 p.

chez l'individu d'exercer un certain contrôle sur son existence ainsi que le bien-être psychologique contribue à repousser les risques suicidaires chez ce dernier<sup>34</sup>.

#### 4.4.1.3. *Le projet Écoles promotrices de santé*

Récemment, le gouvernement provincial a mandaté l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) de répertorier des pratiques efficaces en matière de promotion de la santé mentale. Par le biais du rapport découlant de cette activité de recherche et d'analyse, *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, quelques pratiques existantes ont été inventoriées et appréciées. Ce document évoque notamment une approche intéressante en matière de prévention primaire : les écoles promotrices de santé. Fondé sur l'importance de promouvoir en contexte scolaire la saine santé globale (santé physique et santé mentale), ce programme destiné au monde scolaire veille entre autres à mettre en place des activités et des programmes de prévention et de dépistage pour les groupes d'élèves davantage vulnérables<sup>35</sup>.

#### 4.4.1.4. *Le programme Community Connections*

Adopté dans certaines régions davantage rurales de l'état australien du Queensland, le projet "Community Connections" a été créé dans l'optique de briser l'isolement des hommes de plus de 50 ans de la communauté et de les inclure dans des activités de réseautage. Grâce à des visites à domicile, à la création de cercles d'entraide ainsi que par le biais de courts voyages organisés, ce projet est en fait un moyen proactif instauré pour rejoindre cette clientèle sociale davantage vulnérable<sup>36</sup>.

---

<sup>34</sup> Lapierre, S. (1999). *La prévention du suicide chez l'âgé*. Revue le Vis-à-vie, vol.9, n°1, article 07.

<sup>35</sup> Desjardins, N., D'amours, G., Poissant, J. et Manseau, S. (2008). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*. Institut national de santé publique du Québec, 150 pages.

<sup>36</sup> Site Internet de *LIFE Living is for everyone*. Page consultée le 24 juillet 2008 : <http://www.livingisforeveryone.com.au/Community-Connections.html>

En somme, ces quelques projets permettent de prendre conscience de l'importance de poser des actions concrètes en prévention primaire, afin d'enrayer à la source les sentiments ainsi que les habitudes susceptibles d'éventuellement augmenter les risques liés au suicide. À la lumière des écrits, ainsi que des projets explorés traitant de cette facette de la prévention du suicide, il est possible de conclure de la récurrence de certains éléments qui semblent jouer un rôle de protection prépondérant en prévention du suicide. Issues d'une brève méta-analyse sur le sujet, voici certaines avenues intéressantes en la matière.

- 
- Promouvoir dans la collectivité de saines habitudes de santé mentale.
  - Procéder à un dépistage précoce des signes précurseurs de détresse psychique ou de maladies mentales.
  - Mettre un terme à l'isolement en resserrant les mailles du tissu social.
  - Etc...

#### 4.4.2. La prévention secondaire

**Définition :** Se situant davantage au niveau de l'intervention, ce type de prévention possède comme mandat d'aider les personnes à risque suicidaire à retrouver le mieux-être avant ou pendant une crise suicidaire<sup>37</sup>. Les actions en intervention sont destinées à contrer la manifestation de comportements suicidaires grâce à des services et des soins de santé<sup>38</sup>.

Afin de guider ses actions en prévention du suicide, le ministère de la Santé et des Services sociaux a fixé trois objectifs afin d'orienter son offre de soins et de services. Présentés à l'intérieur du document *Projet clinique Cadre de référence pour les réseaux*

---

<sup>37</sup> Santé Canada. *Agir selon ce que nous savons : La prévention du suicide chez les jeunes des Premières nations*, Santé Canada, 205 p.

<sup>38</sup> Site Internet d'Animafac. Page modifiée le 4 juin 2005, page consultée le 29 juillet 2008.  
[http://www.animafac.net/imprimersans.php3?id\\_article=973](http://www.animafac.net/imprimersans.php3?id_article=973)

locaux de services de santé et de services sociaux, ces principes directeurs d'accessibilité, de continuité et de qualité poursuivent les finalités suivantes<sup>39</sup>.

- *Accessibilité : Offrir un éventail de services suffisamment vaste et complet pour répondre aux besoins généraux et spécialisés des usagers.*
- *Continuité : Favoriser une meilleure prise en charge de la clientèle par le biais d'un continuum de services et de soins supporté par une action concertée des différents intervenants œuvrant dans le RLS ainsi que par des mécanismes de référence fluides.*
- *Qualité : Dispenser des soins de qualité adaptés aux caractéristiques ainsi qu'aux conditions des personnes utilisatrices dans un cadre éthique, professionnel et sécuritaire.*

Voici donc diverses initiatives québécoises qui respectent ces objectifs ministériels et reflètent une volonté certaine de poser des gestes concrets en prévention secondaire du suicide.

#### 4.4.2.1. *Le réseau de sentinelles*

Pour accroître l'accessibilité des soins et des services offerts à la personne suicidaire, le MSSS propose, à travers le rapport *L'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide Cadre de référence*, un projet apte à rejoindre des individus davantage isolés et/ou plus difficiles à rejoindre qui fréquentent des milieux davantage à risque. La mise en œuvre d'un réseau de sentinelles constitue un pas en avant vers une prévention du suicide efficace. Visant comme finalité la réduction des tentatives suicidaires et des suicides complétés, le programme sentinelle souhaite disperser sur le territoire des gens outillés en prévention du suicide compétents à jouer « [...] un rôle de relais entre le danger que constitue le risque de suicide et les ressources qui peuvent intervenir auprès des personnes suicidaires »<sup>40</sup>. Un repérage efficace des individus à risque suicidaire ainsi qu'une orientation adaptée de ces derniers vers

---

<sup>39</sup> MSSS (2004). *Projet clinique Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 75 pages.

<sup>40</sup> MSSS (2006). *L'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide Cadre de référence*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 70 pages, p .9.

les ressources appropriées du milieu sont certains des objectifs sous-jacents à cette initiative<sup>41</sup>.

#### 4.4.2.2. *Le suivi étroit*

Conscient des besoins particuliers des individus présentant un potentiel suicidaire élevé, le MSSS propose à l'intérieur du *Plan d'action en santé mentale* des balises pour implanter un suivi étroit<sup>42</sup>. Cohérent avec l'objectif gouvernemental d'améliorer la continuité des services afin de prévenir les tentatives ainsi que les récurrences de suicide chez la population du Québec présentant des idées ou des antécédents suicidaires. Le suivi étroit propose à sa clientèle une approche axée sur les solutions ainsi qu'un soutien individualisé aux problèmes de nature psychosociaux qu'elle rencontre<sup>43</sup>. Conscient de l'importance et du rôle clé en prévention du suicide qu'occupe le suivi intensif de type court terme auprès des individus suicidaires ayant quitté l'urgence d'un établissement de santé ou ayant reçu leur congé d'hospitalisation, ce projet propose un processus de suivi qui s'échelonne sur une durée optimale de trois à six mois. Souple et capable de s'adapter à la personne, ce protocole de services prévoit une prise de contact avec l'individu suicidaire après un maximum de 48 heures suite à son état. Donc, un suivi d'intensité variable est réalisé auprès de la personne cliente jusqu'à ce que les symptômes suicidaires s'évanouissent ou que les habitudes de vie soient réintégrées<sup>44</sup>.

---

<sup>41</sup> MSSS (2006). *L'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide Cadre de référence*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 70 pages, p. 9.

<sup>42</sup> MSSS (2005). *Plan d'action en santé mentale. La force des liens*. MSSS : Québec, 96 pages.

<sup>43</sup> Cardinal, L., Gagnon, C. et Racine, P. (2003). *Expérimentation d'un service de suivi communautaire intensif auprès des personnes ayant fait une tentative de suicide et se présentant dans une salle d'urgence Évaluation d'implantation*. Direction de santé publique de Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Québec, 169 pages.

<sup>44</sup> De Pokomandy-Morin, C., Roy, F. (2008). *Le suivi étroit pour personnes à potentiel suicidaire élevé. Présentation aux 4<sup>es</sup> Journées bi-annuelles de santé mentale. La force des liens – attachons nos pratiques*, Montréal, 26 diapositives.

#### 4.4.3. La postvention

**Définition :** Ce type de prévention du suicide aussi appelé prévention tertiaire ou post intervention comprend les programmes de soutien et d'aide aux personnes de la communauté (famille, proches ou amis) qui souffrent du décès par suicide d'une personne<sup>45</sup>. Ce type de support peut également être fourni aux intervenants dont un patient s'enlève la vie par suicide.

##### 4.4.3.1. *Le programme construit autour du jeu « Capitaine moi-même »*

S'adressant à des enfants dont l'âge est compris entre six et douze ans, ce programme d'aide dispensé par le Centre de prévention du suicide de la Haute-Yamaska vise à aider les jeunes enfants à surmonter un deuil complexe. Par des activités créatrices, l'enfant est graduellement amené avec l'intervenant à ventiler ses émotions, à comprendre le concept de la mort et minimiser les chances d'imitation du suicide par l'enfant. De plus, ce programme d'aide peut être utile afin d'outiller les parents pour épauler leur enfant dans sa tristesse et dans la résolution de son deuil<sup>46</sup>.

En somme, les programmes en prévention primaire, secondaire et tertiaire présentés dans cette section du rapport constituent quelques-unes des initiatives existant dans le domaine de la prévention du suicide. Donc, en aucun cas ce présent chapitre ne possède la prétention d'avoir répertorié l'ensemble de ce qui se fait dans le domaine. À la lumière de cette recension d'information, il est possible de conclure ceci : bien que les nombreuses stratégies nationales locales ou internationales évoquent l'importance de contrer le phénomène du suicide, la pratique demeure moins présente que la théorie portant sur le sujet. Le désir d'agir est donc bien présent, mais le geste pas toujours joint avec autant d'intensité à la parole. De plus, les initiatives en opération dans le domaine de la prévention du suicide, bien que souvent très intéressantes et pertinentes, sont souvent peu publicisées.

---

<sup>45</sup> MSSS (1998). *S'entraider pour la vie*. MSSS, 93 pages.

<sup>46</sup> Site Internet du *Centre de prévention du suicide de la Haute-Yamaska*. Page consultée le 2 août 2008 : <http://www.cpschy.qc.ca/index.php?ong=4&son=14>.



## **Chapitre 5 :**

### **Méthodologie de recherche**

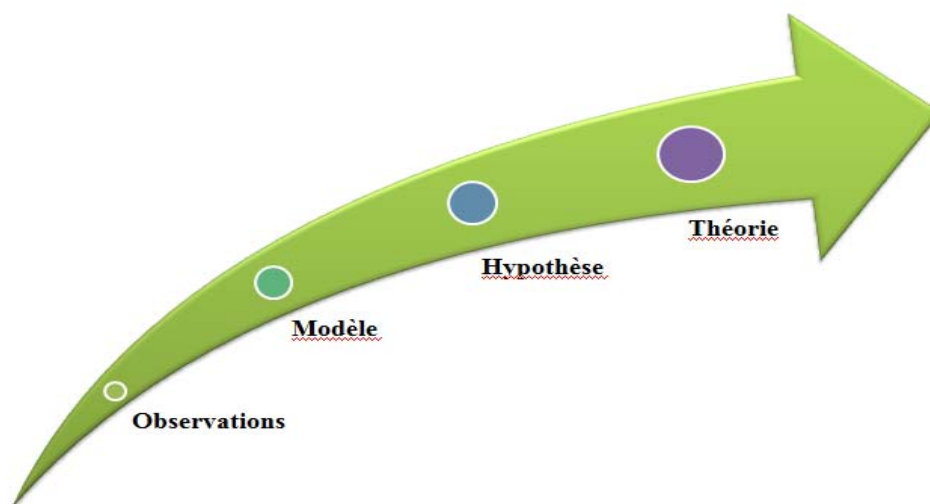


## 5.1. Approche de recherche

---

Pour réaliser le mandat qui m'a été transmis par le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, l'utilisation d'une méthode de recherche qualitative a semblé davantage appropriée. Il serait possible de justifier la sélection de cette méthode par l'importance de recueillir les impressions de divers intervenants organisationnels quant à l'organisation des services et des compétences en prévention du suicide dans leur région respective. Aussi, l'attrait que représentait la diversité et la richesse de leurs réponses pour la production de la version définitive et validée du schéma a également contribué à ce choix. De plus, les objectifs relatifs à cet essai-intervention impliquent la nécessité d'aborder la problématique du suicide de façon contextuelle, ce qui est cohérent avec la méthodologie qualitative<sup>47</sup>.

Tout au long de ma démarche de recherche, un raisonnement de type inductif a teinté mon travail, surtout en ce qui a trait à la schématisation. Effectivement, l'organisation de certaines informations colligées localement a permis la réalisation d'un premier jet du schéma. Par la suite, ce graphique a été validé avec un certain nombre d'acteurs afin de pouvoir le généraliser à l'ensemble des RLS du Québec. Les étapes que j'ai respectées pour la création ainsi que la vérification du schéma sont donc conformes avec les étapes de l'induction qui sont les suivantes.



48

---

<sup>47</sup> Massé, P. (2003). Méthodes de collecte et d'analyse de données en communication, Presses de l'Université du Québec : Canada, 253 p.

<sup>48</sup> Site Internet de *Research Methods Knowledge Base*. Page consultée le 19 juillet 2008 : <http://www.socialresearchmethods.net/kb/dedind.php>.

## **5.2. Type de recherche**

---

Ne poursuivant pas l'avancement des connaissances comme finalité, la recherche effectuée dans le cadre de ce mandat est davantage appliquée. Centré autour de la prévention du suicide, ce présent travail d'analyse vise la réalisation d'un schéma spécifique qui sera inséré à l'intérieur d'un rapport sur la prévention du suicide commandé par le Ministère. Également, le cheminement méthodologique utilisé pour cette recherche constitue une recherche action ou participative car elle vise « (...) l'acquisition concrète de connaissances »<sup>49</sup>.

## **5.3. Paradigme de recherche**

---

Le schème conceptuel qui a teinté ce rapport est le paradigme systémique. S'inscrivant dans une démarche qualitative, ce modèle de pensée considère l'interdépendance ainsi que l'interrelation constante qui lient l'individu à son environnement. Ce choix pourrait être justifié principalement par deux raisons. Premièrement, cette présente recherche documentaire sur les thèmes du suicide et de sa prévention permet de réaliser que divers facteurs internes et externes à l'individu peuvent influencer son comportement ainsi que sa tendance suicidaire. Deuxièmement, le graphique produit pour cet essai-intervention présente une organisation optimisée des services de prévention du suicide qui implique des échanges constants (appelés références dans le domaine) entre les différentes organisations prestataires de services de santé ou sociaux, à l'intérieur de laquelle chaque action posée par une organisation peut avoir un impact sur les autres<sup>50</sup>.

## **5.4. Modalités de collecte de données**

---

Pour ce qui est de la production du schéma, le premier jet a été réalisé grâce à l'analyse de données issues d'entrevues antérieures réalisées en personne avec divers intervenants et divers gestionnaires des organisations impliquées au niveau de la prévention du suicide dans la région de Sherbrooke. Souhaitant s'assurer de la validité de ce schéma sur l'ensemble du territoire provincial, une seconde phase d'entrevues a été lancée. Comprenant cette fois-ci des entrevues téléphoniques de type semi-dirigées (voir le canevas d'entrevue souple en annexe 5), ces entrevues ont été réalisées avec, comme interlocuteurs, des informateurs clés œuvrant dans des CSSS, des CPS et des Agences de développement. La sélection des interviewés s'est faite selon une technique que l'on pourrait qualifier

---

<sup>49</sup> Site Internet d'*Infofiche*. Page consultée le 19 juillet 2008 : [http://www.anccommunity.ca/Downloads/ANC\\_action\\_research\\_f.pdf](http://www.anccommunity.ca/Downloads/ANC_action_research_f.pdf).

<sup>50</sup> Morgan, G. (1997). *Images de l'organisation 2<sup>e</sup> édition*, Les Presses de l'Université Laval, 498 pages.

de non probabiliste. Comme les contraintes de temps relatives à cette recherche étaient importantes, notre idéal d'échantillon stratifié a été remplacé par un échantillonnage par choix raisonné. Effectivement, un total de 13 personnes en provenance de quelques régions sociosanitaires (voir annexe 6) ont été interrogées pour la validation de ce schéma. Ces informateurs avaient été ciblés par madame Julie Lane en fonction de leur connaissance et/ou de leur expérience au niveau de la prévention du suicide dans leur région respective.

## **5.5. Outils**

---

Les instruments de collecte de données classiques seront principalement utilisés dans le cadre de cette présente démarche de recherche. Effectivement, la prise de note ainsi que l'usage de la téléphonie ont été inhérents à la réalisation de ce travail. Il ne faut tout de même pas négliger la place que l'utilisation de l'informatique a occupée dans ce travail (traitement de texte et fureteur Internet).

## **5.6. Biais et limitations**

---

Comme la subjectivité est inhérente à l'être humain et que je n'étais pas, en tant que « chercheuse » complètement dissociée du sujet de recherche et des activités de collecte de données, j'ai cru en la pertinence de me doter de moyens afin de rendre ma recherche la plus fiable et objective possible. La création ainsi que le respect d'un questionnaire d'entrevue est donc un moyen utilisé afin de standardiser le déroulement des entrevues téléphoniques. De plus, j'ai choisi de réaliser plusieurs entrevues avec des personnes différentes provenant de régions différentes afin de rendre mon schéma le plus englobant et réel possible. Malheureusement, il a été impossible de soumettre ce questionnaire à des intervenants de chacune des 18 régions sociosanitaires. Cela peut donc représenter une des principales limites de cette recherche.



## **Chapitre 6 :**

## **Schématisation**



## 6.1. Symboles utilisés dans le schéma

---



Symbole signifiant la présence d'une catégorie d'organisation



Symbole indiquant une compétence en prévention du suicide impliquant une action (symbole dont la couleur est variable)



Symbole indiquant une compétence de prévention du suicide impliquant une référence



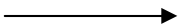
Symbole indiquant une compétence de prévention du suicide impliquant un accompagnement



Encadré pointillé signifiant la fusion probable du centre hospitalier (CH) avec le centre de santé et des services sociaux (CSSS)

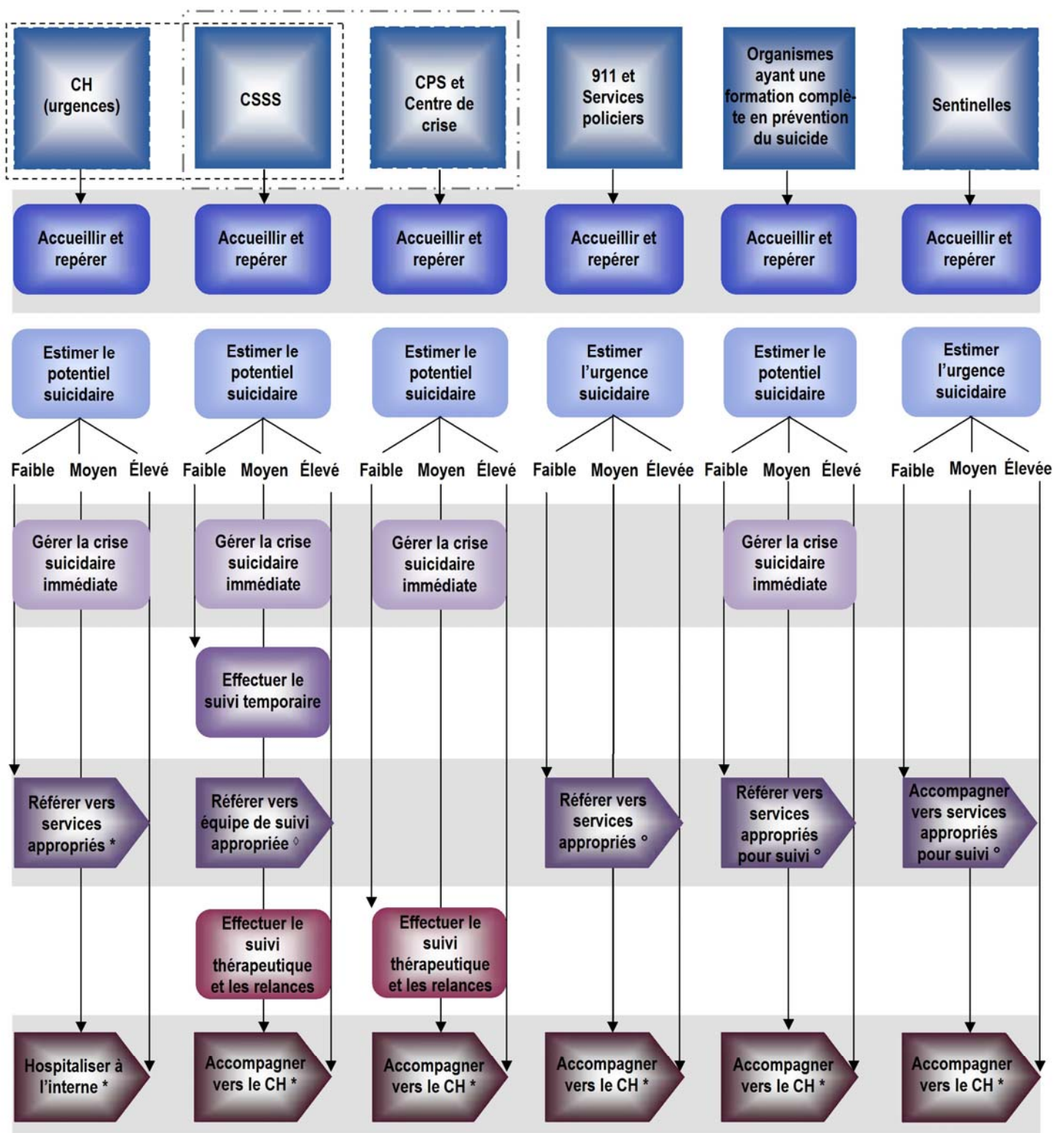


Encadré pointillé signifiant la fusion probable du centre de santé et des services sociaux (CSSS) avec le centre de crise



Symbole précisant le trajet de la personne suicidaire

## 6.2. Schéma optimisé et validé



Le symbole \* signifie que cette possibilité peut être applicable dans certaines situations.

Le symbole ° signifie que la personne peut être référée au CSSS, au CPS ou au Centre de crise en fonction de ses besoins et des compétences disponibles dans ces organisations.

Le symbole ° signifie que la personne peut être référée en fonction de ses besoins ainsi que de ses caractéristiques aux diverses équipes de suivi internes au CSSS.

### **6.3. Analyse descriptive du schéma**

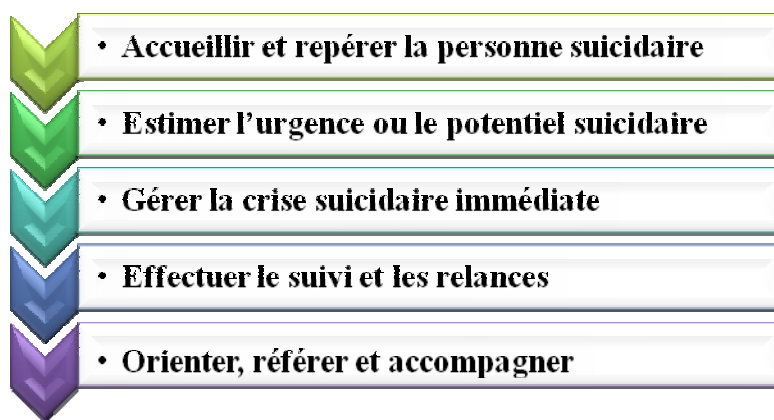
---

Le schéma réalisé dans le cadre de mon essai-intervention au Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke expose la répartition de l’offre des services offerts aux personnes suicidaires dans l’ensemble des réseaux locaux de services de la province du Québec. Possédant comme finalités principales l’identification et la description des compétences requises dans chacune des organisations où sont susceptibles de se retrouver des personnes suicidaires, ce schéma vise à être réutilisé à l’intérieur des guides de bonnes pratiques en prévention du suicide destinés aux intervenants-praticiens ainsi qu’aux gestionnaires des CSSS de la province.

Inspirée de plusieurs initiatives régionales de schématisation des services, une démarche de « mapping » sherbrookoise a été enclenchée au printemps 2008 afin de colliger de l’information sur l’organisation de l’offre de service en prévention du suicide à l’ensemble du réseau local de services de Sherbrooke. Suite à ce projet de type pilote, les données ont été analysées une seconde fois afin de réaliser un premier jet du schéma idéalisé.

La réalisation d’entrevues téléphoniques semi-dirigées d’une durée d’une demi-heure ou d’une heure avec des informateurs clés du réseau issus des centres de santé et de services sociaux, de centres de prévention du suicide ainsi que d’agences dispersés sur l’ensemble du territoire québécois ont permis l’obtention d’une vision globale utile à la finalisation et à la validation du schéma idéalisé représentant les trajectoires de services en prévention du suicide au Québec. Bien que n’ayant pas la prétention d’illustrer l’ensemble des subtilités régionales en matière de prévention du suicide, le schéma produit propose une organisation des compétences optimisée teintée d’une dose de réalisme qui cadre avec la réalité globale québécoise.

Basé sur des valeurs de collaboration, de concertation et de reconnaissance réciproque des expertises, ce graphique adhère à l’objectif d’assurer la continuité des services. Présentant une organisation des services claire et structurée, ce schéma vise une utilisation efficace et efficiente des ressources disponibles pour la personne suicidaire en fonction des compétences présentes dans chacune des organisations œuvrant auprès de cette clientèle à risque. Ces compétences sont les suivantes.



Confrontées à la multiplicité des ressources d'aide en prévention du suicide qui cohabitent sur le territoire québécois, des catégories d'organisations ont été conçues afin de faciliter la lecture ainsi que la compréhension du schéma. Les quelques paragraphes suivants expliqueront donc l'organisation des services et des compétences en prévention du suicide pour chacune des organisations.

#### 6.3.1. Le centre hospitalier\*

Lors de son entrée dans le centre hospitalier, la personne suicidaire est accueillie et repérée par le personnel infirmier du poste de triage et une cote de priorité lui est alors attribuée en fonction des résultats de l'estimation du potentiel suicidaire. Si l'individu suicidaire est en crise et/ou désorganisé, une gestion immédiate de la crise suicidaire sera effectuée par un personnel compétent et formé en prévention du suicide et/ou en gestion de crise. Par la suite, l'individu manifestant des idéations et/ou un comportement suicidaire sera vu par l'urgentologue afin de déterminer le suivi le mieux adapté à ses besoins et de le référer vers l'organisation dispensatrice de ce suivi (CSSS, CPS ou centre de crise). Dans les cas où l'urgence suicidaire est élevée et que le geste suicidaire est proche, il est possible que l'individu soit hospitalisé au sein du centre hospitalier afin d'assurer sa sécurité personnelle et/ou celle d'autrui. Il se peut qu'à ce moment la personne suicidaire bénéficie d'un suivi de crise ponctuel. Par contre, il est important de mentionner qu'ordinairement, le suivi de crise sera offert par d'autres organisations du RLS. C'est d'ailleurs ces organisations qui prennent en charge la personne suicidaire lorsqu'elle reçoit son congé d'hospitalisation.

### 6.3.2. Le centre de santé et des services sociaux\*

Au moment où un individu suicidaire se présente à une des portes d'entrée d'un CSSS, il est accueilli par le personnel intervenant et ses signes suicidaires sont repérés. Puis, une estimation du potentiel suicidaire est effectuée, laquelle pourrait être suivie d'une gestion immédiate de crise. Afin de mettre en place un filet de sécurité autour de l'individu suicidaire et d'assurer un continuum de services, le CSSS assure un suivi temporaire jusqu'à ce que l'individu soit référé et pris en charge par l'équipe appropriée qui, de son côté, effectuera le suivi et les relances nécessaires. Parfois, la présence d'un potentiel suicidaire élevé chez l'individu peut engendrer une référence ainsi qu'un accompagnement de ce dernier au CH. Pour ce qui est des médecins de famille et/ou généralistes, ils sont représentés à l'intérieur de cette même colonne du graphique. Aussi, certains CSSS possèdent une ligne d'aide relative aux informations et aux besoins de nature sociaux : le 811. Cette portion du schéma illustre donc également les compétences de cette ligne de soutien téléphonique.

\* Il est à noter que dans certaines régions, le CSSS ainsi que le CH sont des entités qui ont été fusionnées, d'où la présence d'un encadré pointillé sur le schéma. Dans ce cas de figures, les compétences des deux organisations se retrouvent donc amalgamées.

### 6.3.3. Le centre de prévention du suicide et/ou centre de crise

Possédant également la compétence d'accueillir et de repérer la personne suicidaire, les CPS ainsi que les centres de crise sont des organisations outillées et formées pour évaluer le potentiel suicidaire et gérer la crise suicidaire immédiate. Dépendamment du potentiel suicidaire présent chez l'individu, ces établissements peuvent choisir d'effectuer un suivi et, si nécessaire, d'effectuer les relances auprès de la clientèle suicidaire. Dans des cas plus sévères, ces organisations peuvent décider de référer et d'accompagner un individu suicidaire vers le CH à des fins d'hospitalisation.

### 6.3.4. Le 911 et/ou les services policiers

Agissant à titre de ressources responsables d'assurer des fonctions d'aide et de protection, le service 911 ainsi que les corps policiers bénéficient d'une formation de base qui leur permet d'accueillir une personne suicidaire et aussi de déceler chez elle les signes précurseurs d'un geste suicidaire. Ces deux organisations, de par leur mission,

procèdent seulement à une estimation de l'urgence suicidaire. Comme le 911 et les services policiers n'effectuent aucun suivi thérapeutique, ils ne sont pas mandatés de gérer la crise et ni de réaliser le suivi ainsi que les relances. Dépendamment du risque suicidaire perçu, ces ressources peuvent choisir de référer la personne suicidaire vers les services appropriés du CSSS, du CPS ou du centre de crise ou encore choisir d'enclencher un processus de référence et d'accompagnement du client vers l'hôpital.

6.3.5. Les autres organismes ayant reçu une formation complète en prévention du suicide

Ayant reçu une formation complète en prévention du suicide, ces organismes sont compétents pour accueillir et repérer la personne suicidaire ainsi qu'afin d'évaluer son potentiel suicidaire. Aptés à gérer la crise immédiate, ces organisations ne procèdent par contre à aucun suivi. Ils doivent donc orienter l'individu qui a besoin d'aide vers les services appropriés qui s'offrent à lui dans le réseau (CSSS, CPS ou centre de crise). Dans le cas où le passage à l'acte est imminent, ils devront référer la personne suicidaire et prévoir son accompagnement vers le CH.

6.3.6. Les sentinelles

Doté d'une formation de base sur la problématique du suicide, cette catégorie de ressources d'aide dispersées dans la communauté a la responsabilité d'accueillir la personne suicidaire, d'estimer l'urgence suicidaire et, par la suite, l'orienter au sein des services offerts par le réseau de partenaires. Dans le cas où l'urgence suicidaire perçue chez l'individu est élevée et que sa sécurité et/ou celle d'autrui est menacée à court terme, il est important qu'ils orchestrent une référence ainsi qu'un accompagnement vers l'hôpital.

## **Chapitre 7 :**

### **Résultats de recherche**



## 7.1. Faits saillants et recommandations

---

La réalisation des sections « Revue de littérature » et « Schématisation » m'a permis d'acquérir une compréhension globale du phénomène du suicide et d'accumuler des connaissances utiles à me guider vers une réflexion critique des actions québécoises en prévention du suicide. Voici donc les principaux constats et les principales recommandations issus de mes observations sur le sujet.

Tout d'abord, afin que le MSSS parvienne à mieux remplir les objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité des soins et des services offerts à la clientèle suicidaire qu'il a fixés par le biais du document *Projet Clinique*, il est nécessaire qu'il procède à une meilleure définition des rôles des organisations du RLS. La clarification des rôles et des responsabilités de chacune des organisations œuvrant en prévention du suicide pourrait permettre un meilleur maillage des interventions en prévention du suicide, une prise en charge concertée et continue de l'individu suicidaire ainsi qu'une meilleure reddition de comptes. Ainsi, l'ambiguïté des rôles sera diminuée, d'où la réduction des conflits de rôles<sup>51</sup> et la fréquence de ballottage de la clientèle suicidaire décrite par Potvin en seront également réduites<sup>52</sup>. Bien que le schéma produit pour cet essai abonde vers cet objectif en clarifiant les compétences requises en prévention du suicide dans chacune des catégories d'organisations, il demeure que d'autres initiatives similaires auraient avantage à être considérées.

Ensuite, il serait intéressant que le ministère de la Santé et des Services sociaux établisse des stratégies et/ou des modalités aptes à favoriser la collaboration entre les organisations partenaires des RLS. Il ne faut pas oublier que souvent, les partenariats efficaces passent par une volonté d'engagement des acteurs organisationnels et par un désir de collaboration. De plus, il serait intéressant que des outils de travail et d'évaluation communs soient utilisés par les organisations partenaires du RLS et que les normes relatives à l'utilisation de tels outils soient les mêmes pour l'ensemble des intervenants. En plus de leur permettre de développer un langage commun en prévention du suicide, cette stratégie pourrait être un facteur facilitant afin de stimuler la reconnaissance réciproque des compétences présentes dans les différentes organisations.

---

<sup>51</sup> Bergeron, P. G. (2006). *La gestion dynamique Concepts, méthodes et applications*. Gaëtan Morin Éditeur, Montréal, 653 pages.

<sup>52</sup> Potvin, N. (2004). *Évaluation de l'implantation de la stratégie québécoise d'action face au suicide*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 102 pages.

Par la suite, il serait pertinent que les intervenants non familiers avec l'intervention de crise et/ou de la prévention suicidaire reçoivent une formation à cet égard. Actuellement, plusieurs RLS ont entrepris de former graduellement certains intervenants dès leur embauche. Mais, par faute de temps ou de ressources, de nombreux intervenants susceptibles d'interagir avec une clientèle suicidaire n'ont pas les connaissances et les compétences nécessaires en prévention suicidaire pour le faire, ce qui accroît bien souvent le stress au travail. Une formation immédiate à l'embauche en prévention du suicide ainsi que des séances de mises à jour ponctuelles pourraient très certainement accroître la qualité de la prévention du suicide qui se fait au Québec.

De plus, il serait intéressant que les services et les ressources de services sociaux et de santé offerts à la personne suicidaire par les différents réseaux locaux de services soient davantage communiqués et publicisés. Effectivement, les entrevues réalisées ont permis de prendre conscience que bien souvent, même les intervenants régulièrement en contact avec la clientèle suicidaire connaissent peu ce qui se fait au sein des autres départements de l'organisation pour laquelle ils travaillent et leur vision globale des services des autres organisations du RLS est d'autant plus limitée. Prenant en considération la méconnaissance partielle du RLS par les intervenants, il convient donc de s'interroger si les informations sur les soins et les services accessibles sont suffisantes pour orienter adéquatement un client en quête d'aide professionnelle. Bref, une meilleure promotion des ressources existantes en prévention du suicide pourrait très certainement influencer positivement l'accessibilité aux services et contribuer à une meilleure prévention du suicide à l'échelle provinciale.

Finalement, bien que ce schéma puisse remplir efficacement les fonctions de référentiel des compétences présentes dans les différentes organisations des RLS de la province de Québec, il est primordial qu'il soit accompagné de modalités d'appropriation. Effectivement, il est sans contredit très important que ce schéma soit présenté et expliqué aux intervenants et que des mesures soient mises en place afin de supporter à court, à moyen et à long terme l'intégration de l'utilisation du schéma au sein de leurs pratiques de référence de la clientèle suicidaire. Il ne faut pas oublier que changer des habitudes de travail peut être difficile, long, inquiétant et même contraignant pour certaines personnes. Il serait donc souhaitable de réfléchir sur la manière dont ce schéma sera présenté aux intervenants ainsi qu'aux gestionnaires afin de développer une stratégie mobilisante pour eux.

## **7.2. Conclusion et pistes de recherche**

---

Pour conclure ce rapport, il est important de mentionner que la version définitive du schéma produit respecte les critiques ainsi que les opinions fournies par la majorité des informateurs clés. Ne poursuivant pas la finalité d'illustrer l'ensemble des subtilités subrégionales, il demeure que ce schéma présente une proposition réaliste, contextualisée et idéalisée de l'organisation des services offerts dans la province aux personnes suicidaires. Comme mentionné plus tôt dans le texte, il demeure que certains CSSS de la province n'ont pas été consultés pour la validation du schéma. Ainsi, il pourrait être intéressant, dans le cadre d'une prochaine recherche, de contacter ces établissements afin que ce schéma devienne le plus universel et le plus représentatif possible.

Également, le schéma présenté dans ce rapport possède une limite inhérente : il reflète davantage l'organisation des services en prévention secondaire du suicide (intervention). Il pourrait donc être intéressant de réaliser un schéma davantage global qui tiendrait compte des compétences ainsi que des responsabilités des différentes organisations du RLS en matière de prévention primaire et de postvention.

De plus, il pourrait être intéressant de considérer les processus de références proposés par le schéma du point de vue des usagers. Après tout, il s'agit probablement du groupe de personnes le plus apte à identifier les forces et les faiblesses du système de santé et des services sociaux de la province au niveau de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services.



## **Chapitre 8 :**

### **Réflexion critique**



## 8.1. Démarche réflexive sur l'essai-intervention

---

*« Pour aller de l'avant, il faut prendre du recul.*

*Car prendre du recul, c'est prendre de l'élan. »*

*MC Solaar, extrait de la chanson « Le bien et le mal »<sup>53</sup>*

Depuis bientôt une année complète que je m'investis à l'intérieur de ce projet de maîtrise en management public. Le rythme accéléré de ce programme académique et la dose massive des apprentissages que j'y ai réalisés ont fait en sorte que je n'ai même pas vu le temps passer. Regardant toujours de l'avant, je dois avouer avoir rarement pris le temps cette année d'analyser de façon rétrospective mon cheminement des derniers mois. Intéressante et agréable façon de boucler la boucle, cet essai-intervention m'a appris beaucoup et m'a permis de réfléchir aux apprentissages académiques, professionnels et personnels que j'ai réalisés. Les quelques paragraphes qui suivent présentent un compte rendu sommaire des principaux éléments inhérents à ma démarche réflexive portant sur cet essai-intervention.

Tout d'abord, la réalisation de cet essai-intervention m'a permis un bref aperçu du marché du travail. N'ayant jusqu'à très récemment occupé que des emplois d'étudiants, cette opportunité organisationnelle m'a permis de me familiariser avec le monde du travail et d'obtenir mon premier contrat en tant qu'assistante de recherche au CSSS-IUGS. À la fois vaste et complexe, le domaine de la recherche appliquée m'a tout de suite fasciné. C'était un peu comme découvrir un univers tout à fait différent. Pour m'y adapter, j'ai dû changer en bonne partie mon style de rédaction, adopter une rigueur méthodologique plus accentuée et en quelque sorte réapprendre à effectuer une recension des écrits. Cette expérience a été très stimulante intellectuellement et m'a permis de m'ouvrir sur un domaine professionnel auquel je n'aurais jamais pensé autrement.

Ensuite, cet essai-intervention m'a permis de mettre en perspective de multiples connaissances que j'ai acquises tout au long de ma formation universitaire de deuxième cycle. Ayant au cours de la dernière année assisté à de nombreux cours traitant de sujets divers et parfois relativement éloignés entre eux, cette expérience pratique a été utile afin d'amalgamer ces différents savoirs. Désormais, je ne considère plus ma formation académique comme étant morcelée, mais plutôt comme un casse-tête quasi achevé où les pièces sont enfin disposées à la bonne place.

---

<sup>53</sup> Site Internet d'*Evene.fr*. Page consultée le 28 juillet 2008 : <http://www.evene.fr/citations/mot.php?mot=prendre>.

Pour conclure, je tiens à témoigner de mon appréciation envers l'activité de formation qu'est l'essai-intervention. Ancrée dans la pratique et dans le concret, cette activité académique permet, à mon avis, d'adoucir la transition entre le monde académique et celui du travail. De plus, j'ai trouvé très aidant et aussi plutôt sécurisant de savoir que, pour la réalisation de mon premier projet « professionnel » des gens étaient disponibles à m'aider, non seulement pour me superviser, mais pour m'orienter et me guider.

## Lexique

---

Quelques mots et expressions en provenance du jargon plutôt hermétique et technique en prévention du suicide se sont glissés dans le texte. Voici donc certaines définitions susceptibles de faciliter la lecture de ce document.

L'estimation du **potentiel suicidaire** repose à la fois sur les facteurs prédisposants, de l'urgence suicidaire et des facteurs de risque<sup>54</sup>.

La vérification de l'**urgence suicidaire** cherche à déterminer l'imminence de l'acte. Cette action vise à déterminer si l'individu risque de se suicider d'ici 48 heures<sup>55</sup>.

Le personnel **oriente** la personne suicidaire lorsqu'elle l'outille en lui fournissant les coordonnées d'organisations susceptibles de lui prodiguer des soins et des services appropriés à sa condition et à ses besoins.

Les intervenants **réfèrent** la personne suicidaire lorsqu'ils contactent l'équipe de suivi ou le service afin de préparer l'arrivée de la personne et d'assurer une meilleure continuité et une meilleure prise en charge de l'individu.

Le personnel soignant **accompagne** la personne suicidaire lorsqu'ils se déplacent avec elle à des fins de sécurité et aussi pour adoucir les transitions entre postes de soins.

---

<sup>54</sup> Walter, M. (2003). *La crise suicidaire : évaluation du potentiel suicidaire et modalités d'intervention*. ADSP n° 45, décembre.

<sup>55</sup> AQPS (2003). *Programme accrédité de formation Intervenir en situation de crise suicidaire*. AQPS, 48 pages.



## Bibliographie

---

### Sources bibliographiques régulières

- Archambault, J. (2007). *La Direction de la coordination et des affaires académiques : Sa mission et sa structure interne Document de travail*, 18 p.
- Association québécoise de prévention du suicide (2003). *Programme accrédité de formation Intervenir en situation de crise suicidaire*. AQPS, 48 p.
- Bergeron, P. G. (2006). *La gestion dynamique concepts, méthodes et applications*. Gaëtan Morin Éditeur, Montréal, 653 p.
- Bouffard, L., Dubé, M., Labelle, R. et Lapierre, S. (2000). *Le bien-être psychologique par la gestion des buts personnels : une intervention de groupe auprès des retraités*, Revue québécoise de psychologie, vol. 21, n°2, 2000, p. 255-280.
- Cardinal, L., Gagnon, C. et Racine, P. (2003). *Expérimentation d'un service de suivi communautaire intensif auprès des personnes ayant fait une tentative de suicide et se présentant dans une salle d'urgence Évaluation d'implantation*. Direction de santé publique de Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Québec, 169 p.
- CSSS-IUGS (2007). *Présentation faite dans le cadre de l'accueil des étudiantes et étudiants*. CSSS-IUGS, 30 diapositives.
- CSSS-IUGS. *Plan stratégique 2006-2011 Extraits*, CSSS-IUGS, p. 3.
- De Pokomandy-Morin, C., Roy, F. (2008). *Le suivi étroit pour personnes à potentiel suicidaire élevé. Présentation aux 4<sup>es</sup> Journées bi-annuelles de santé mentale. La force des liens – attachons nos pratiques*, Montréal, 26 diapositives.
- Desjardins, N., D'Amours, G., Poissant, J. et Manseau, S. (2008). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*. Institut national de santé publique du Québec, 150 p.
- Von Greyerz, S. et Keller-Guglielmetti, E. (2005). *Le suicide et la prévention du suicide en Suisse Rapport répondant au postulat Widmer (02.3251)*, Office fédéral de la santé publique : Suisse, 42 p.
- Potvin, N. (2004). *Évaluation de l'implantation de la stratégie québécoise d'action face au suicide*, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 102 p.
- Lapierre, S. (1999). *La prévention du suicide chez l'âge*. Revue le Vis-à-vie, vol. 9, n°1, article 07.
- Massé, P. (2003). *Méthodes de collecte et d'analyse de données en communication*, Presses de l'Université du Québec : Canada, 253 p.

- Mishara, B. L. *World suicide Prevention Day and Zippy's Friends*. Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie et UQÀM, 2 p.
- Morgan, G. (1997). *Images de l'organisation 2<sup>e</sup> édition*, Les Presses de l'Université Laval, 498 p.
- MSSS (1998). *Stratégie québécoise d'action face au suicide S'entraider pour la vie*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 93 p.
- MSSS (2004). *Projet clinique Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 75 p.
- MSSS (2005). *Plan d'action en santé mentale. La force des liens*. MSSS : Québec, 96 p.
- MSSS (2006). *L'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide Cadre de référence*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 70 p.
- MSSS (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012 Mise à jour 2008*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 103 p.
- OMS (2001). *La prévention du suicide : Indications pour les médecins généralistes*. Département de santé mentale : Genève, 13 p.
- Service de la surveillance de l'état de santé (2007). *Profil du suicide au Québec 1981-2005 : mise à jour en 2007*. Direction générale de la santé publique et ministère de la Santé et des Services sociaux. 27 p.
- Walter, M. (2003). *La crise suicidaire : évaluation du potentiel suicidaire et modalités d'intervention*. ADSP n°45, décembre.
- White, J. ET Jodoin, N. (2003). *La prévention du suicide : Des stratégies prometteuses*, Center for Suicide Prevention: Calgary, 278 p.

### **Sources bibliographiques en ligne**

- ANIMAFAC. *Réagir face au mal-être étudiant* [En ligne], mis à jour le 4 juin 2005. [[http://www.animafac.net/imprimersans.php3?id\\_article=973](http://www.animafac.net/imprimersans.php3?id_article=973)] (Consulté le 29 juillet 2008).
- ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE PRÉVENTION DU SUICIDE. *La revue le Vis-à-vie, vol. 9 n°2, 1999* [En ligne], [<http://www.aqps.info/docs/vav/v09/v09n2-01.html>] (Consulté le 31 juillet 2008).
- CENTRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE DE LA HAUTE-YAMASKA. *Endeuillés* [En ligne], [<http://www.cpschy.qc.ca/index.php?ong=4&son=14>] (Consulté le 2 août 2008).

- COLLECTION DES THÈSES ET MÉMOIRES DE L'UNIVERSITÉ LAVAL. *Chapitre 1 Développement et milieu physique des établissements de garde : Problématique et modèle intégratif* [En ligne], [<http://archimede.bibl.ulaval.ca/archimede/files/0f4bc630-1a33-452f-8243-f862be6d12fc/ch02.html>] (Consulté le 22 juillet 2008).
- CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS NATIONAUX. *Tout sur la loi 25 Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* [En ligne], [<http://www.csn.qc.ca/priorites/projet25.html>] (Consulté le 19 juillet 2008).
- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX – INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE SHERBROOKE. [En ligne], [<http://www.csss-iugs.ca/index.html>] (Consulté le 19 juillet 2008).
- EVENE.FR. *Prendre* [En ligne] [<http://www.evene.fr/citations/mot.php?mot=prendre>] (Consulté le 28 juillet 2008).
- POÈMES SUR LE MONDE SPIRITUEL. [En ligne], [<http://membres.lycos.fr/historel/poesies/poesie12.htm>] (Consulté le 27 juillet 2008).
- ACTION FOR NEIGHBOURHOOD CHANGE. Infofiche Quartiers en essor : La recherche-action et l'apprentissage sur le terrain, [En ligne], [[http://www.anccommunity.ca/Downloads/ANC\\_action\\_research\\_f.pdf](http://www.anccommunity.ca/Downloads/ANC_action_research_f.pdf)] (Consulté le 19 juillet 2008).
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Lexique du code géographique du Québec Novembre 2005* [En ligne], [[http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/referenc/pdf2008/lexique\\_nov2005.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/referenc/pdf2008/lexique_nov2005.pdf)] (Consulté le 20 juillet 2008).
- LIFE LIVING IS FOR EVERYONE. *Community Connections* [En ligne], [<http://www.livingisforeveryone.com.au/Community-Connections.html>] (Consulté le 24 juillet 2008).
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Evolution 1950-2000 of global suicide rates (per 100'000)* [En ligne], [[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/evolution/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/evolution/en/index.html)] (Consulté le 30 juillet 2008).
- RESEARCH METHODS KNOWLEDGE BASE. *Deduction & Induction* [En ligne], [<http://www.socialresearchmethods.net/kb/dedind.php>] (Consulté le 19 juillet 2008).
- WORLD HEALTH ORGANISATION. *Suicide prevention (SUPRE)* [En ligne], [[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html)] (Consultée le 26 juillet 2008).

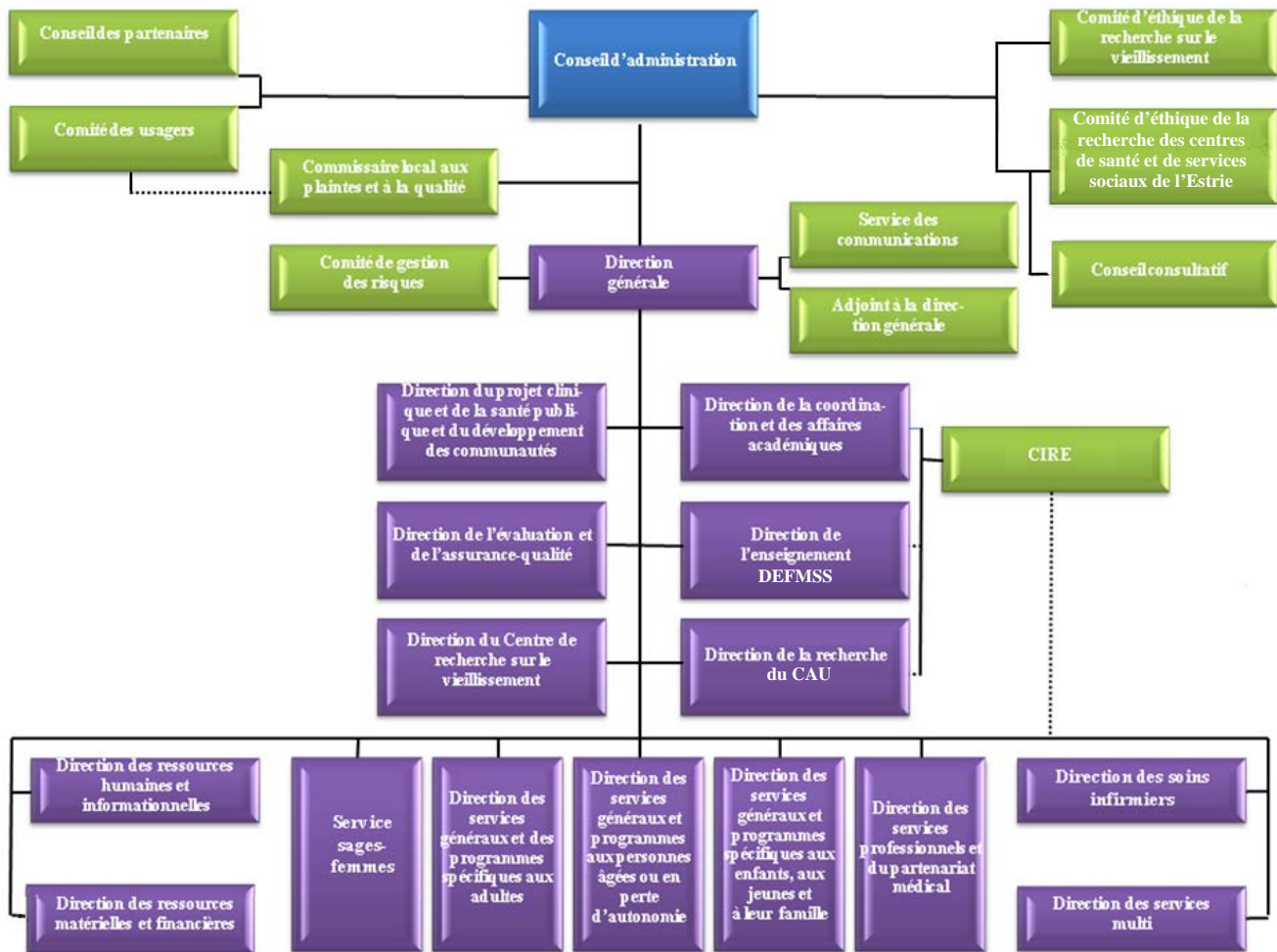


**Annexe 1 :**  
**L'organigramme du Centre de santé  
et de services sociaux –  
Institut universitaire  
de gériatrie de Sherbrooke**



## Annexe 1

### L'organigramme du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke<sup>56</sup>.



<sup>56</sup> Fortement inspiré de : CSSS-IUGS (2007). *Présentation faire dans le cadre de l'accueil des étudiantes et étudiants*. CSSS-IUGS, 30 diapositives.

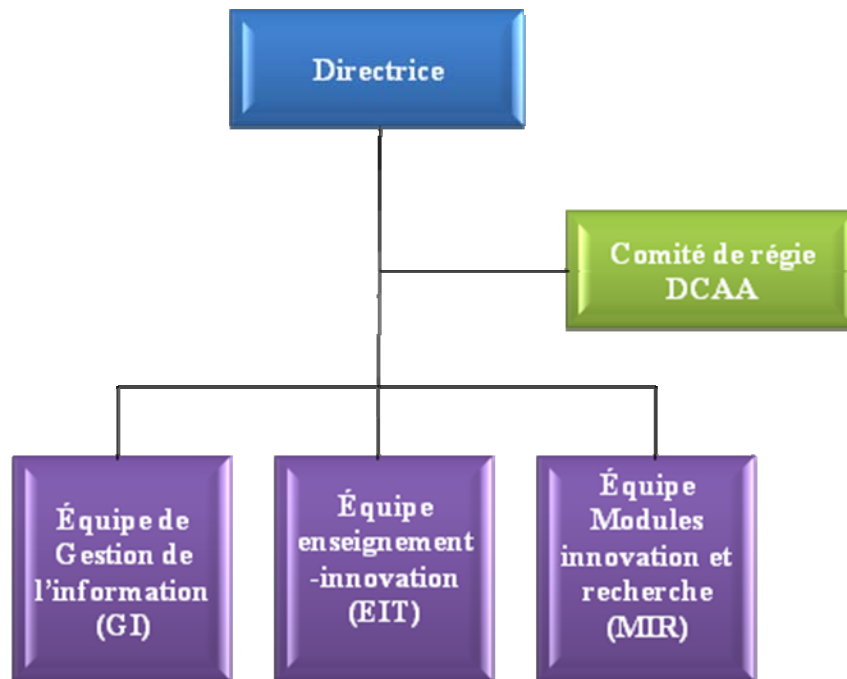


**Annexe 2 :**

**L'organigramme de la Direction de la coordination des  
affaires académiques du CSSS-IUGS**



**L'organigramme de la Direction de la coordination des affaires académiques du CSSS-IUGS<sup>57</sup>.**



---

<sup>57</sup> Calqué sur : ARCHAMBAULT, J. (2007). *La Direction de la coordination et des affaires académiques : Sa mission et sa structure interne Document de travail*, 18 pages, p.13.

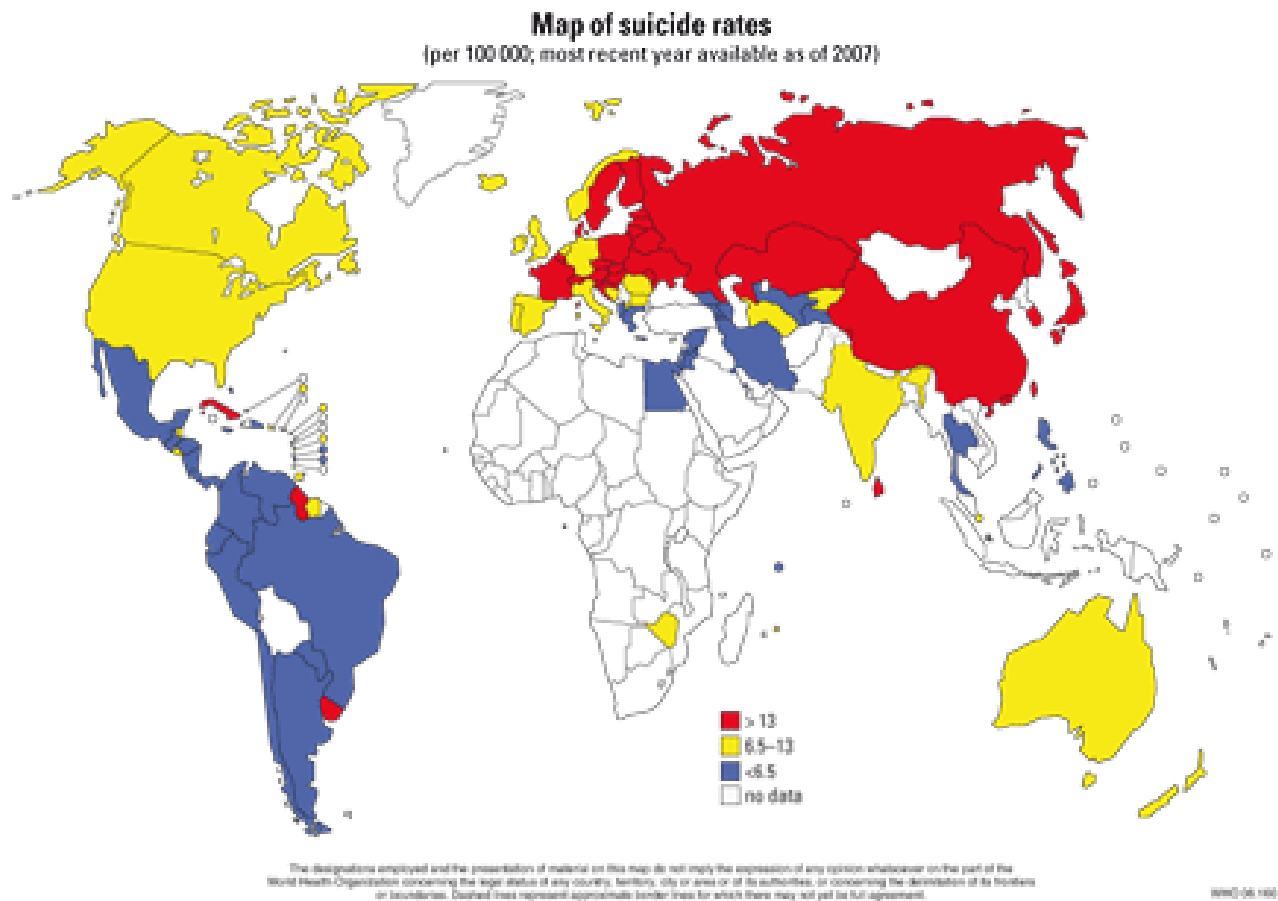


### **Annexe 3 :**

**Une carte mondiale qui illustre la répartition  
des taux de suicide selon les régions**



Une carte mondiale qui illustre la répartition des taux de suicide selon les régions<sup>58</sup>.



<sup>58</sup> Site Internet de *World Health Organisation*. Page consultée le 26 juillet 2008 : [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html).



**Annexe 4 :**

**Un tableau qui illustre la répartition  
des suicides au Québec par groupe d'âge**



## Annexe 4

Un tableau qui illustre la répartition des suicides au Québec par groupe d'âge<sup>59</sup>.

Année de décès	Groupe d'âge (ans)							Total
	10-19	20-29	30-34	35-39	40-49	50-64	65 et +	
1981	7,5	27,0	11,3	8,2	15,7	21,4	8,9	1 047
1982	7,5	28,6	11,0	10,4	16,8	18,2	7,5	1 146
1983	8,6	27,2	12,6	8,3	15,3	18,7	9,3	1 186 *
1984	7,7	25,6	11,7	10,3	16,6	20,2	8,0	1 081
1985	6,4	26,5	12,1	10,0	15,4	19,6	10,0	1 112
1986	6,7	26,2	12,5	11,7	17,3	17,0	8,6	1 146 *
1987	7,6	23,0	14,4	12,2	16,5	16,8	9,4	1 165
1988	6,1	25,1	13,7	12,8	18,1	14,8	9,3	1 093
1989	7,6	23,6	12,4	12,5	19,6	16,8	7,5	1 038
1990	7,1	23,1	15,2	12,8	18,8	14,1	9,0	1 104
1991	8,1	21,2	14,7	10,7	20,2	16,3	8,9	1 104*
1992	7,4	21,7	13,2	12,5	18,4	17,9	8,8	1 256
1993	7,8	19,0	13,0	12,9	22,3	16,1	8,7	1 313
1994	9,7	20,1	11,7	12,7	20,0	16,7	9,1	1 291
1995	8,4	16,6	13,6	13,0	22,7	18,4	7,2	1 442
1996	7,9	17,9	10,7	14,8	23,1	16,3	9,4	1 463
1997	8,6	15,8	10,2	11,6	25,6	17,9	10,1	1 382
1998	8,7	18,2	10,4	12,3	22,2	18,9	9,4	1 387
1999	6,9	16,2	9,8	13,0	26,9	16,6	10,6	1 620
2000	6,8	16,1	8,2	13,1	27,0	18,8	10,0	1 325
2001	6,2	15,7	8,0	12,6	26,7	22,0	8,8	1 334
2002	5,9	15,7	9,6	11,4	25,9	22,1	9,5	1 342
2003	6,1	14,6	7,3	12,3	25,1	24,4	10,2	1 259
2004	5,2	15,1	8,2	10,7	25,7	24,9	10,1	1 177
2005p	5,1	13,7	6,8	10,5	27,7	24,9	11,3	1 054

\* Ce total ne comprend pas les décès chez les enfants de moins de 10 ans.

<sup>59</sup> Service de la surveillance de l'état de santé (2007). *Profil du suicide au Québec 1981-2005 : mise à jour en 2007*. Direction générale de la santé publique et ministère de la Santé et des Services sociaux. 27 pages, p.8.



**Annexe 5 :**  
**Grille d'entrevues téléphoniques**



*Voici la grille d'entrevue qui a guidé les entrevues téléphoniques avec les divers informateurs clés. Au tout début de l'intervention, il avait été convenu que seuls des intervenants et des gestionnaires en provenance de CSSS de la province seraient convoqués à des entrevues téléphoniques. Vers la fin de l'intervention, ce choix a été reconsidéré et certains membres du personnel de CPS et d'Agences ont été ajoutés à l'échantillon. Comme le tout s'est fait très rapidement, la grille de question n'a pas eu le temps d'être retouchée. Par contre, certaines questions ont été légèrement reformulées afin de s'adapter à l'environnement de travail des nouveaux interviewés.*

### **GUIDE DE PRATIQUE EN PRÉVENTION DU SUICIDE EN CSSS**

Vers la schématisation des cheminements probables de la personne suicidaire  
dans la gamme des services des réseaux locaux de services du Québec

CANEVAS D'ENTREVUE — version du 26 juin 2008

Par Marilou Collins-Poulette

#### **1. Introduction à l'entrevue et explication sommaire du schéma**

#### **2. Lorsque vous regardez ce schéma, croyez-vous qu'il reflète bien :**

- les compétences requises dans les différentes organisations de votre réseau local de services?
- les différentes références possibles entre les différentes organisations?
- les moments clés où une référence vers une autre organisation est possible?
- Certains éléments du schéma sont-ils différents de la réalité de votre réseau local de services?

#### **3. Comment effectuez-vous l'évaluation de la personne suicidaire dans votre travail?**

- Évaluez-vous le potentiel suicidaire ou plutôt l'urgence suicidaire?
- Cette façon de faire est-elle la même dans votre équipe?
- Cette façon de faire est-elle la même pour l'ensemble des équipes du CSSS?
- Cette façon de faire est-elle la même pour l'ensemble des organisations partenaires du réseau local de services?
- Croyez-vous qu'il serait souhaitable que cette façon d'évaluer soit la même pour faciliter l'instauration d'un langage commun?

**4. J'imagine que vous avez parfois à référer une personne suicidaire vers une des organisations partenaires de votre CSSS...**

- Quelles sont les raisons qui font que vous décidez de référer la personne suicidaire vers : le CH; le centre de crise; le centre de prévention du suicide; un autre organisme communautaire, etc.?
- Référez-vous en fonction des compétences qui sont présentes dans ces organisations?
- Comment se passent ces références? La personne est-elle prise en charge rapidement? La personne suicidaire est-elle réévaluée? Avez-vous un retour d'informations?
- Votre établissement a-t-il mis en place un protocole formel et/ou informel pour faciliter les références vers les organisations partenaires du réseau local de services?
- Si non, serait-ce une bonne idée? Si oui, croyez-vous que ce protocole atteint ses objectifs (faciliter les références)?

**5. Si vous avez à référer une personne suicidaire vers un des services du CSSS (ex. : vers un suivi par l'équipe santé mentale ou vers un suivi psychosocial, etc.)....**

- Quelles sont les raisons qui font que vous décidez de référer la personne suicidaire vers telles ou telles équipes?
- Comment se passent ces références? La personne est-elle prise en charge rapidement? La personne suicidaire est-elle réévaluée?
- Votre établissement a-t-il mis en place une modalité formelle et/ou informelle pour faciliter ces références vers les services du CSSS? Si non, serait-ce une bonne idée? Si oui, croyez-vous que cette modalité atteint ses objectifs (faciliter les références)?

**6. À votre avis, est-ce que certains aspects des pratiques de votre organisation en matière de prévention du suicide pourraient être améliorés? Si oui, lesquels et comment?**

**7. Selon vous, quelles sont les forces de votre organisation au niveau de la prévention du suicide?**

**8. Dans un monde idéal, à quoi pourraient ressembler les activités de prévention du suicide dans votre réseau local de services?**

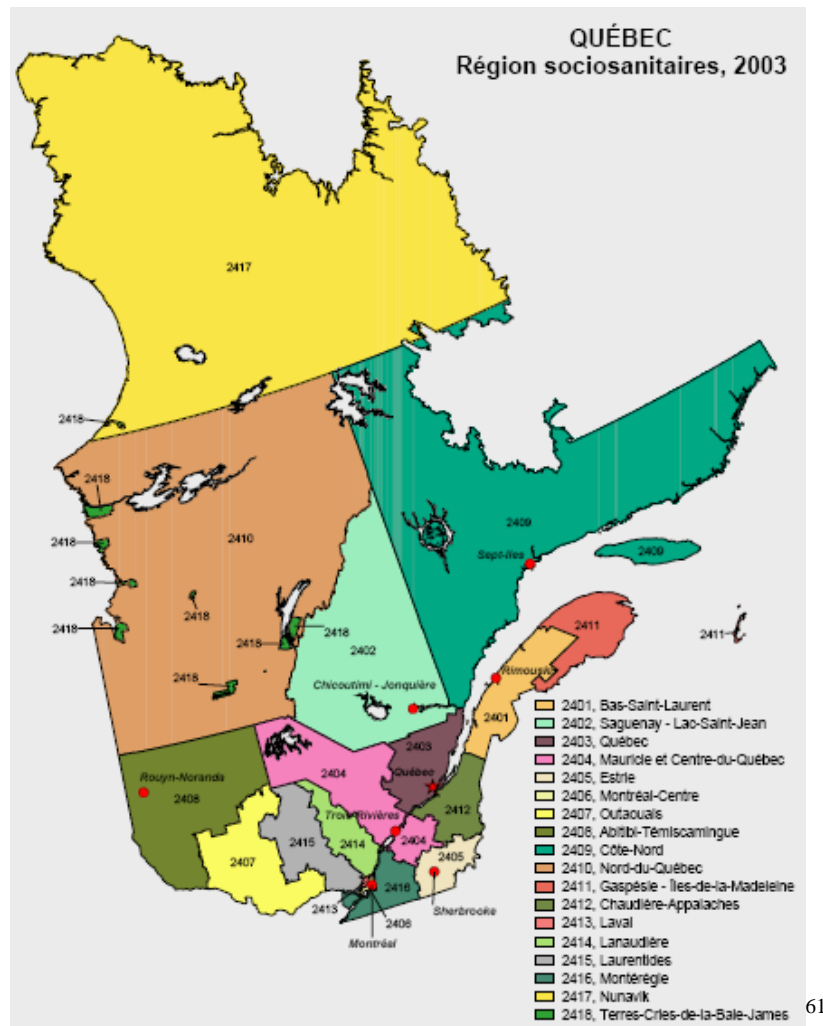
*\*Il est à noter que cette grille d'entrevue agit seulement à titre indicatif. Il est donc possible que certaines questions additionnelles soient ajoutées en cours d'entrevue afin d'approfondir certains thèmes et sujets traités.*

**Annexe 6 :**  
**Une région sociosanitaire c'est ...**



### Une région sociosanitaire c'est ...

Une zone d'intervention sous la gouvernance d'une Agence de développement de réseaux locaux de services et de services sociaux. La région sociosanitaire est donc le fruit d'un découpage géographique lié à l'offre de soins et de services de santé<sup>60</sup>.



61

<sup>60</sup> Site Internet de l'Institut de la statistique du Québec. Page consultée le 20 juillet 2008 : [http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/referenc/pdf2008/lexique\\_nov2005.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/referenc/pdf2008/lexique_nov2005.pdf).

<sup>61</sup> Site Internet de l'Institut canadien d'informations sur la santé. Page consultée le 20 juillet 2008 : [http://www.cihi.ca/indicators/fr/images/pdf/que\\_qc\\_f.pdf](http://www.cihi.ca/indicators/fr/images/pdf/que_qc_f.pdf).



## ***À PROPOS DU DOCUMENT ...***

---

Ce document présente les résultats d'une activité de schématisation relative à l'organisation optimisée des compétences en prévention du suicide des réseaux locaux de services de la province du Québec. Ce travail de recherche a été réalisé au sein de la Direction de la coordination et des affaires académiques (DCAA) du Centre de santé et de services sociaux–Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

L'analyse effectuée a permis la production d'un schéma utile à la clarification des responsabilités et des compétences des diverses organisations du réseau local de services œuvrant auprès de personnes suicidaires. De plus, cet exercice de schématisation abonde dans le même sens que l'objectif ministériel de la continuité des services en suggérant les assises structurelles d'une offre de service concertée apte à favoriser la fluidité des références inter organisationnelles.

## ***À PROPOS DES AUTEURS...***

---

Cette analyse a été réalisée dans le cadre d'un essai intervention effectué par Marilou Collins-Poulette, étudiante en maîtrise en Management public de l'Université de Sherbrooke. L'appui de Julie Lane (professionnelle de recherche à la DCAA) ainsi que l'appui en provenance de l'ensemble de l'équipe de la DCAA ont également été des éléments porteurs de ce travail.

Depuis juin 2008, Marilou Collins-Poulette est à l'embauche de la DCAA comme assistante de recherche. Elle intervient notamment en soutien aux programmes et travaille au niveau de la recherche liée à la prévention du suicide.

## ***À PROPOS DU CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX–INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE SHERBROOKE (CSSS-IUGS)***

---

Le CSSS-IUGS possède une désignation d'institut universitaire de gériatrie et une désignation de centre affilié universitaire. Ces deux désignations font en sorte de créer un environnement de travail où l'innovation est présente dans l'optique de contribuer au rehaussement constant de la qualité des services. Cela se traduit par l'omniprésence de l'enseignement, de la recherche et du partage des connaissances au sein de l'établissement. Les publications du CSSS-IUGS visent ainsi à favoriser la diffusion et le partage des connaissances produites par les intervenants, les gestionnaires, les chercheurs et les stagiaires de l'établissement.

