

BILAN ÉVALUATIF 2000-2006
DES MESURES DÉPLOYÉES SUR
LA PROBLÉMATIQUE DU SUICIDE
EN MONTÉRÉGIE

Direction de santé publique

Juillet 2007

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

Québec 

AUTEURS

Christian Viens,
Aimé Lebeau,

agent de planification, programmation et recherche, DSP Montérégie
coordonnateur à la Surveillance de l'état de santé de la population,
DSP Montérégie

COLLABORATEURS

Dominique Gagnon,
Michel Gontier,
Françoise Roy,

agent de planification, programmation et recherche, DSP Montérégie
agent de planification, programmation et recherche, DGACR de l'Agence
agente de planification, programmation et recherche, DSP Montérégie

SECRÉTARIAT ET MISE EN PAGES

Diane Bérubé
Francine Laroche-Savard

CONCEPTION ET RÉALISATION DE LA PAGE COUVERTURE

René Larivière

RESPONSABLE DE L'ÉDITION

Jean-François Lapierre

Pour obtenir une copie de ce document

Copie papier

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

Copie électronique

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

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

Dépôt légal – 3^e trimestre 2007
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 978-2-89342-388-3

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

REMERCIEMENTS

Au terme d'un travail comme celui-ci, les remerciements ne sont pas un devoir, mais un véritable plaisir. Ainsi, nous désirons remercier de leur précieuse collaboration les personnes des CSSS qui ont participé, en 2004, à un groupe de travail à l'égard de l'évaluation du *Plan d'action montréalais en prévention du suicide 2000-2003*. Il s'agit des personnes suivantes :

- Mme Manon Barnabé CSSS Jardins-Roussillon
- Mme Nicole Brie CSSS Richelieu-Yamaska
- Mme Linda Colin CSSS Pierre-Boucher
- Mme Lise Dandurand CSSS Jardins-Roussillon
- Mme Hélène Dubois CSSS Haut-Richelieu/Rouville
- M. Bernard Lamy CSSS Pierre-Boucher
- Mme Louise Levac CSSS Pierre-Boucher
- Mme Diane Lyonnais CSSS Vaudreuil-Soulanges
- Mme Nicole Mercier CSSS de la Haute-Yamaska
- M. Luc Racine CSSS Richelieu-Yamaska
- Mme Diane Reed CSSS Champlain
- Mme Josée Vincent CSSS Pierre-Boucher

En ce qui concerne les centres de prévention du suicide (CPS) et les centres de crise, également consultés en 2004 lors d'une activité de groupe et, par la suite en 2006 et 2007, lors d'entrevues individuelles, nous soulignons l'excellente collaboration dont ils ont fait preuve à travers les différents échanges pour documenter ce bilan évaluatif. Les personnes consultées sont les suivantes :

- M. Aubin Boudreau Centre de crise La Maison sous les arbres
- M. Michel Bourbeau CPS du Haut-Richelieu
- Mme Hélène Brouillet Centre de crise l'Accès (CSSS Pierre-Boucher)
- Mme Ginette Côté CPS Suicide Alerte,
- Mme Julie de Serres Centre de l'Accès (CSSS Pierre-Boucher)
- M. Robert Duverger CPS de la Haute-Yamaska
- Mme Mélanie Francis Centre de crise La Maison sous les arbres
- Mme Josée Guay CPS Suicide Alerte
- Mme Élisabeth Hamel Centre de crise l'Accès (CSSS Pierre-Boucher)
- Mme Louise Huot Centre de crise Contact Richelieu-Yamaska
- Mme Ginette Pigeon Service d'intervention de crise Le Tournant
- Mme Denise Pellerin Centre de crise La Maison sous les arbres
- Mme Marie-Line Saint-Arnaud CPS Suicide Alerte
- Mme Karine Senneville CPS de la Haute-Yamaska

Nous remercions également monsieur Frédéric Pelletier du Centre jeunesse de la Montérégie concernant l'information obtenue à l'égard de la mise en place des équipes de 1^{er} et de 2^e niveau pour soutenir les jeunes présentant une problématique suicidaire.

Il s'ajoute la participation fort appréciée de permanentes de l'Agence qui ont été consultées par rapport à certaines mesures déployées en santé publique. Il s'agit de mesdames Marie Julien et Malorie Toussaint Lachance.

De plus, nous remercions du fond du cœur, l'équipe de lecteurs. Il s'agit de :

- Mme Denise Bettez DGACR de l'ASSS de la Montérégie
- M. Michel Bourbeau CPS du Haut-Richelieu
- Mme Elisabeth Hamel CSSS Pierre-Boucher
- Mme Ginette Lafontaine DSP de l'ASSS de la Montérégie
- M. Jean-Pierre Landriault DSP de l'ASSS de la Montérégie
- Mme Marie Julien DSP de l'ASSS de la Montérégie
- Mme Ginette Pigeon Service d'intervention de crise Le Tournant
- Mme Diane Reed DGACR de l'ASSS de la Montérégie
- M. Normand Ricard DGACR de l'ASSS de la Montérégie

De même, nous ne pouvons pas passer sous silence le travail de mesdames Diane Bérubé et Francine Laroche-Savard pour la qualité de la mise en pages de ce rapport.

Enfin, nous tenons à remercier le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui, par son Programme de subventions en santé publique pour l'année 2000-2001, a rendu possible la réalisation de cette recherche évaluative.

À tous, un grand merci!

MOT DE LA DIRECTRICE

Les problèmes de santé mentale sont de plus en plus préoccupants dans nos sociétés. Par exemple, l'Organisation mondiale de la santé indique que les troubles dépressifs, qui sont actuellement en quatrième position parmi les causes de morbidité et d'incapacité dans le monde, deviendront, en 2020, en deuxième position, juste après les maladies cardiaques.

Le suicide est souvent une conséquence d'un problème de santé mentale, bien qu'il soit lié à de multiples facteurs. Parmi les sociétés où l'on se suicide le plus, la province de Québec a fait de cette problématique une importante préoccupation de santé publique.

En 2004, 190 personnes se sont suicidées en Montérégie, surtout des hommes entre 25 et 44 ans. Le taux de suicide de notre région se situe toutefois parmi les plus bas au Québec et a diminué progressivement depuis l'année 1999, année où l'on a observé le plus grand nombre de suicides parmi les Montérégiens, soit 249.

Pour diminuer le nombre de suicides en Montérégie, le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau communautaire se sont dotés, en 2000, d'un plan d'action. Aussi, plusieurs orientations ont été émises par le MSSS. Il nous semblait utile, surtout dans le contexte actuel des travaux des réseaux clinico-administratifs, d'analyser où nous en sommes rendus.

Le présent bilan évaluatif représente une opportunité de faire le point sur les mesures déployées face à la problématique du suicide en Montérégie entre 2000 et 2006 et de dégager les principaux éléments d'appréciation. À cet égard, cette démarche évaluative met en évidence les progrès réalisés et les améliorations souhaitées par différents acteurs impliqués dans ces services.

À l'aube de l'élaboration des projets cliniques des CSSS et des travaux des réseaux clinico-administratifs, j'espère que cette information sera utile aux acteurs concernés par la problématique du suicide.

La directrice,

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'J. Sauvé', with a small dot at the end.

Jocelyne Sauvé, M.D.

RÉSUMÉ

La réalisation du *Bilan évaluatif 2000-2006 sur la problématique du suicide en Montérégie* représente une opportunité de rendre compte des mesures déployées dans ce domaine d'intervention et d'en dégager les principaux éléments d'appréciation.

Globalement, retenons que les activités de sensibilisation et de développement des compétences des intervenants font partie des progrès réalisés pour l'ensemble des services à l'étude. Les services de promotion de la santé mentale et de prévention du suicide se distinguent en ce qui a trait à la réalisation d'études et de projets pilotes alors que les services de crise suicidaire le sont pour des activités en lien avec l'offre de service et la mobilisation, la concertation et les mécanismes de liaison entre les partenaires.

Quant aux améliorations souhaitées et aux défis qui s'y rattachent, l'analyse de contenu fait ressortir un certain nombre d'éléments pour chacun des types de service.

Concernant les services de promotion de la santé mentale et de prévention du suicide, les améliorations souhaitées se situent dans des activités d'orientation et de mise en œuvre. Elles concernent notamment la capacité des CSSS à déployer les réseaux de sentinelles et la mise à profit du potentiel d'intervention préventive des médecins pour détecter des clientèles suicidaires.

Concernant les services de crise suicidaire, les améliorations souhaitées se rapportent au développement de l'accessibilité de ces services en ce qui a trait à l'intervention « face à face » dans le milieu (application de l'article 8 de la Loi P-38.001 sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui) et à l'hébergement temporaire des clientèles en crise suicidaire. Les activités reliées à la mobilisation, à la concertation et aux mécanismes de liaison entre les partenaires restent à consolider pour améliorer l'accessibilité et la continuité des services et pour assurer le suivi étroit des personnes à potentiel suicidaire élevé ou encore pour harmoniser et arrimer les pratiques (définitions, approches, suivis, etc.) notamment entre les services téléphoniques, l'Info-Social et l'intervention de crise suicidaire, 1 866 APPELLE, ainsi qu'entre les centres de prévention du suicide, les centres de crise et les équipes de 1^{re} ligne en santé mentale des centres de santé et des services sociaux (CSSS).

Enfin, malgré les progrès réalisés à l'égard de l'offre de service, le développement de l'accessibilité des services de postvention restent à parfaire pour assurer une équité et une uniformité des services sur l'ensemble du territoire. Par ailleurs, notons l'importance d'assurer les interventions dans les milieux de travail compte tenu de l'importance de la problématique du suicide chez les hommes. La poursuite du développement des services de postvention s'inscrit également dans la clarification des rôles et des responsabilités entre les partenaires communautaires et institutionnels.

Sur le plan des opportunités d'action, une voie de passage est envisagée pour faire face à plusieurs améliorations ou défis mentionnés ci-dessus. Cette voie s'inscrit dans le contexte de renouvellement de la gouvernance du système de santé et des services sociaux du Québec. À cet égard, le projet clinique est au cœur de la planification des CSSS et des réseaux locaux de service qui doit concourir à offrir des services mieux intégrés et à relever des défis au plan local quant à l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services notamment sur le continuum d'intervention en santé mentale (incluant le suicide).

En soutien à cette démarche locale, les CSSS pourraient faire appel aux réseaux clinico-administratifs (RCA) jeunes, adultes-santé psychosociale et santé publique, composés de représentants des CSSS, d'organismes régionaux et de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, pour traiter notamment de défis régionaux ayant également une portée locale. À cet effet, mentionnons l'arrimage des services téléphoniques, l'Info-Social et l'intervention de crise suicidaire, 1 866 APPELLE, l'identification d'un modèle d'organisation de service permettant d'actualiser l'article 8 de la Loi P-38.001 ainsi que le soutien des réseaux de sentinelles et des pratiques cliniques préventives.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	7
TABLE DES MATIÈRES	9
LISTE DES ACRONYMES	12
INTRODUCTION.....	13
1. CONTEXTE	15
2. ÉTAT DES CONNAISSANCES	17
2.1 Ampleur de la problématique du suicide	17
2.2 Orientations gouvernementales.....	18
2.3 Constats dans la prestation de services montréalais.....	21
2.4 Plan d'action montréalais en prévention du suicide	23
3. ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES.....	25
3.1 But de l'étude.....	25
3.2 Objectifs d'évaluation.....	25
3.3 Mesures à l'étude.....	25
3.4 Stratégie d'évaluation	28
3.5 Avantages et limites de la démarche.....	29
4. RÉSULTATS DÉTAILLÉS	31
4.1 Assurer à tous l'accessibilité à la gamme essentielle de service face au suicide	31
4.1.1 Accroître l'accessibilité des services téléphoniques d'intervention	31
de crise suicidaire	31
4.1.2 Accroître l'accessibilité des services d'intervention de crise « face à face » avec déplacement dans la communauté, de suivi de crise et d'hébergement temporaire.....	34
4.1.3 Accroître l'accessibilité des services de postvention	37
4.2 Assurer un leadership régional et local pour soutenir les interventions dans les milieux	39
4.2.1 Améliorer les compétences professionnelles	40
4.2.2 Briser l'isolement des intervenants	44
4.2.3 Développer la concertation régionale et locale	44
4.3 Intervenir auprès des groupes à risque.....	48
4.3.1 Intensifier l'intervention de crise suicidaire auprès des clientèles masculines.....	48

4.3.2	<i>Soutenir le Centre jeunesse dans l'intervention de crise suicidaire.....</i>	49
	<i>auprès des jeunes</i>	49
4.3.3	<i>Développer des interventions en promotion-prévention.....</i>	51
	<i>auprès des jeunes, des adultes et des aînés</i>	51
4.4	Contre la banalisation et la dramatisation du suicide en développant le sens de la solidarité et des responsabilités	57
4.5	Réduire l'accès et minimiser les risques associés aux moyens.....	59
4.5.1	<i>Poursuivre l'implication de la santé publique pour le contrôle des armes à feu</i>	59
4.5.2	<i>Limiter l'accès au pont Jacques-Cartier.....</i>	59
4.5.3	<i>Sensibiliser les intervenants à l'égard de la vérification de la présence d'armes à feu ou de médicaments chez les personnes suicidaires</i>	61
5.	ANALYSE ET PISTES D'AMÉLIORATION.....	63
5.1	Classification des progrès réalisés et des améliorations souhaitées par type de service	64
5.2	Défis et opportunités d'action.....	71
	CONCLUSION	77
	RÉFÉRENCES.....	83
ANNEXE 1 :		79
Tableau A-1	Synthèse des projets de maillage de l'offre de service auprès des personnes à potentiel suicidaire élevé sur le territoire montréalais en 2006-2007	

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1	Mesures à l'étude et documents de référence.....	26
TABLEAU 2	Classification des progrès réalisés et des améliorations souhaitées sur la problématique du suicide en Montérégie par catégorie d'activité selon les types de service tout en indiquant les axes d'action.....	65

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1	Répartition (n, %) des progrès réalisés des améliorations souhaitées face à la problématique du suicide en Montérégie selon des types de service.....	68
FIGURE 2	Répartition (n, %) des progrès réalisés et des améliorations souhaitées face à la problématique du suicide en Montérégie selon des axes structurants de l'action.....	68
FIGURE 3	Répartition (n, %) des progrès réalisés et des améliorations souhaitées face à la problématique du suicide en Montérégie selon des catégories d'activité.....	69
FIGURE 4	Répartition (n) des progrès réalisés et des améliorations souhaitées face à la problématique du suicide en Montérégie selon des axes d'action et par type de service	70
FIGURE 5	Répartition (n) des progrès réalisés et des améliorations souhaitées face à la problématique du suicide en Montérégie selon des types de service et par catégorie d'activité	70

LISTE DES ACRONYMES

ADRLSSSSM	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie
AQPS :	Association québécoise de prévention du suicide
ASSS : (Agence)	Agence de la santé et des services sociaux, incluant ses appellations antérieures - Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et Régie régionale de la santé et des services sociaux
CAFE :	Crise-Ado-Famille-Enfance (programme)
CH :	Centre hospitalier
CHSLD :	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC :	Centre local de services communautaires
CPS :	Centre de prévention du suicide
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
DGACR :	Direction générale associée à la coordination du réseau
DSP :	Direction de santé publique
DSPPE :	Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation
INSPQ :	Institut national de santé publique du Québec
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RCA	Réseau clinico-administratif
RLS	Réseau local de services de santé et de services sociaux
RRSSSM	Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie
TCNSP	Table de concertation nationale de santé publique

INTRODUCTION

Le présent rapport constitue un bilan évaluatif des mesures déployées entre 2000 et 2006 sur la problématique du suicide en Montérégie. Dans un premier temps, il s'agit tout d'abord d'une analyse descriptive qui repose sur la documentation disponible et des informateurs-clés concernés par l'une ou l'autre des mesures mises en place. Dans un second temps, sur la base du corpus d'information issu de cette analyse descriptive, une analyse de contenu a été effectuée en faisant ressortir les aspects mobilisateurs de l'évolution des mesures déployées.

Cette démarche évaluative qui origine d'une demande du comité régional de programmation du *Plan d'action montérégien en prévention du suicide 2000-2003* (RRSSSM, 2001) inclut l'ensemble des mesures proposées dans différents documents d'orientation au cours de la période à l'étude. Elle représente donc une opportunité pour identifier les progrès réalisés et les améliorations souhaitées et dégager les principaux défis dans le développement des services, soit les services de promotion de la santé mentale et de prévention face à la problématique du suicide, les services de crise suicidaire et les services de postvention.

Le chapitre 1 précise le contexte de la démarche évaluative et les éléments de pertinence. Le chapitre 2 présente l'état des connaissances, les orientations gouvernementales et les constats, en 2001, quant à la prestation des services montérégiens face à la problématique du suicide. Le chapitre 3 précise les aspects méthodologiques de la démarche évaluative, soit les objectifs et la stratégie d'évaluation, les mesures à l'étude ainsi que les avantages et les limites de cette démarche. Le chapitre 4 rend compte des résultats détaillés des différentes mesures retenues dans l'étude en précisant pour chacune d'elles le contexte, l'état d'évolution du dossier ainsi que les éléments d'appréciation. Le chapitre 5 traite des différentes mesures déployées sur la problématique du suicide en Montérégie en analysant de façon transversale les progrès réalisés et les améliorations souhaitées selon des types de service, des axes structurants d'action et des catégories d'activité. On y dégage également les principaux défis ainsi que les opportunités d'action.

En conclusion, nous mentionnons la nécessité de travailler dans une perspective plus systémique qui fait appel à tous les acteurs concernés pour résoudre un problème aussi complexe et important que celui du suicide. Également, nous identifions des cibles d'action prioritaires en lien avec les orientations régionales recommandées par les réseaux clinico-administratifs (RCA).

1. CONTEXTE

Le *Plan d'action montréalais en prévention du suicide 2000-2003* (RRSSSM, 2001) représente un important levier régional qui a permis l'actualisation de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* (MSSS, 1998). Depuis six ans, ce plan est à l'origine de différentes actions notamment pour assurer l'accessibilité à la gamme essentielle de service en prévention du suicide, intervenir auprès des groupes à risque, réduire l'accessibilité aux moyens et assurer un leadership régional et local à l'égard de l'amélioration des compétences professionnelles et de la mobilisation des milieux.

Au cours de cette période de six ans, d'autres programmes ou plans ont réaffirmé la pertinence d'assurer l'accessibilité à la gamme de service en prévention du suicide, de prioriser certaines mesures de promotion et de prévention du suicide telles que le contrôle de l'accessibilité des moyens, le déploiement des réseaux de sentinelles, la sensibilisation de la population et des intervenants sur les signes avant-coureurs des troubles anxieux et dépressifs, la réduction de la tolérance face au suicide ou encore de mieux intervenir auprès des personnes à potentiel suicidaire élevé par un suivi étroit et de durée suffisante. Ces programmes ou plans sont le *Programme national de santé publique 2003-2012* (MSSS, 2003), le *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 Montréal* (RRSSSM, 2003), le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* (MSSS, 2005b) et plus récemment la *Stratégie d'action jeunesse 2006-2009* (Ministère du conseil exécutif, 2006).

Dans le but de rendre compte des activités réalisées sur la problématique du suicide et d'en dégager les principaux éléments d'appréciation, il a été retenu d'effectuer un bilan évaluatif des différentes mesures déployées entre 2000 et 2006 sur le territoire montréalais. Il ne s'agit donc pas d'effectuer un portrait régional des activités réalisées ou des services offerts sur la problématique du suicide dans les organismes communautaires et les établissements de santé mais plutôt de faire état de l'évolution des mesures proposées dans les différents programmes ou plans mentionnés ci-dessus et d'en apprécier leurs déploiements.

La pertinence de ce *Bilan évaluatif 2000-2006 des mesures déployées sur la problématique du suicide en Montréal* permet, d'une part, d'identifier les progrès réalisés et les améliorations souhaitées dans ce domaine d'intervention et, aussi, de faire ressortir des défis et des opportunités permettant d'orienter les actions futures dans le but de réduire les suicides et les tentatives de suicide. Dans cette perspective, ce rapport s'adresse aux différents acteurs concernés par l'élaboration du projet clinique dans chacun des réseaux locaux de services (RLS) de santé et de services sociaux ainsi qu'aux représentants des réseaux clinico-administratifs (RCA) jeunes, adultes-santé psychosociale et santé publique, composés des CSSS, d'organismes régionaux et de l'Agence de la santé et de services sociaux de la Montréal qui, entre autres, ont le mandat d'identifier les actions permettant d'améliorer l'offre de service de chacun des continuums d'intervention, dans une perspective populationnelle.

Pour réaliser cette démarche évaluative, le secteur Planification, évaluation-recherche de la Direction de santé publique (DSP) a été mandaté. Toutefois, cette responsabilité évaluative est partagée avec la Direction générale associée à la coordination du réseau (DGACR) de l'Agence.

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

2.1 Ampleur de la problématique du suicide

Au Québec

Le Québec est l'une des sociétés où l'on se suicide le plus (MSSS, 2005a, p. 9); le suicide est d'ailleurs devenu une priorité de santé publique depuis quelques décennies (MSSS, 2005b, p. 57). L'année 1999 compte le plus haut taux de décès par suicide jamais atteint, avec 22,2 décès par 100,000 personnes. En 1999, 1,620 personnes se sont suicidées au Québec (Saint-Laurent et Gagné, 2007).

Depuis le sommet de 1999, coïncidant avec le suicide du journaliste Gaétan Girouard, le nombre de suicides au Québec s'est stabilisé entre 2000 et 2002 pour se rapprocher à ce qu'il était entre 1997 et 1998, soit environ 1,350 suicides annuels (Bureau du coroner, 2005). En 2005, ce nombre était de 1,238 suicides (Saint-Laurent et Gagné, 2007). Ainsi, selon les plus récentes statistiques, la tendance à la baisse de mortalité par suicide entre 1998-1999 et 2004-2005 est majoritairement attribuable à la réduction des suicides chez les jeunes hommes (Saint-Laurent et Gagné, 2007).

Par ailleurs, on relève une surmortalité masculine en matière de suicide. En 2005, 79 % des suicides concernaient les hommes. La surmortalité des suicides chez les hommes est présente dans tous les groupes d'âge, mais plus marquée chez les hommes de 15 à 19 ans et de 30 à 49 ans. Les hommes de 30 à 49 ans comptent pour la moitié des suicides au Québec (MSSS, 2005b; Saint-Laurent et Bouchard, 2004).

Également, mentionnons qu'au Québec, le suicide est une des principales causes de mortalité chez les jeunes de 15 à 29 ans. Certains groupes plus à risque tels que les jeunes contrevenants et ceux qui présentent des troubles mentaux, les jeunes de certaines nations autochtones ou encore les jeunes homosexuels sont particulièrement touchés par ce problème (Ministère du conseil exécutif, 2006), ainsi que les jeunes présentant des problèmes de dépendance.

Le nombre de suicides chez les personnes âgées est de plus en plus élevé car elles sont de plus en plus nombreuses au Québec. Cependant, les taux de suicide chez les 65 et plus demeurent relativement stables depuis 1982-1984 (Ross et François, 2007). Par ailleurs, les tentatives de suicide des aînés se soldent plus souvent par un décès (Gravel, 2007).

Pour l'ensemble des groupes d'âge, « une proportion élevée de personnes qui se sont suicidées présentaient un trouble mental, le plus souvent une dépression. Parmi les autres facteurs connus, on

note l'environnement familial et social ainsi que des événements stressants comme une rupture amoureuse ou une perte d'emploi » (MSSS, 2005a, p. 9).

Par ailleurs, les données québécoises « sur l'utilisation des services indiquent que nous ne répondons pas adéquatement aux besoins des personnes à potentiel suicidaire élevé, et ce, dans tous les groupes d'âge. Ces personnes sont celles qui sont aux prises avec des troubles affectifs (dépression), des dépendances, des troubles de la personnalité, ou encore celles qui ont déjà fait une tentative de suicide » (Lesage et autres, 1994, cités dans MSSS, 2005b, p. 57). Chez les jeunes, les lacunes observées concernent, de façon importante, les usagers des centres jeunesse (MSSS, 2005b).

En Montérégie

À l'instar des régions de Montréal et de Laval, la Montérégie compte un taux annuel de mortalité par suicide significativement inférieur au taux provincial (Saint-Laurent et Bouchard, 2004). Toutefois, cette région se situe, après Montréal, au deuxième rang quant au plus grand nombre annuel de décès par suicide au Québec, compte tenu de l'importance de sa population.

C'est en 1999 que la Montérégie a enregistré le plus grand nombre de suicides sur son territoire, soit 249 suicides. Depuis, comme au Québec, le nombre de suicides en Montérégie a diminué progressivement; en 2004, ce nombre était comparable à la période de 1990-1991, représentant près de 190 suicides (Bureau du coroner, 2006; Saint-Laurent et Bouchard, 2004).

Bien que ces données soient encourageantes, il demeure qu'environ 190 personnes décèdent annuellement par suicide en Montérégie. De plus, considérant que pour chaque décès par suicide, plus de dix personnes peuvent en être affectées, ceci représente plus de 1,900 personnes endeuillées, éprouvées annuellement en Montérégie par la perte de l'un des leurs (Sauvageau et Payette, 1996). À ceci s'ajoute les tentatives de suicide, estimées entre 20 et 50 pour chaque décès par suicide, ce qui correspond à un minimum de 3,800 tentatives de suicide par année en Montérégie.

Concernant les idéations suicidaires, Boyer et autres (1998) indiquent qu'environ 4 % de la population de 15 ans et plus présentait des idéations suicidaires dans les douze derniers mois précédant l'*Enquête sociale et de santé 1998*. Sur cette base, plus de 45,000 Montérégiens auraient présentés de telles idéations en 2006.

2.2 Orientations gouvernementales

Examinons brièvement, à travers certains documents d'orientations gouvernementales, les stratégies de prévention du suicide au Québec.

Tout d'abord, ce n'est que depuis 1989 qu'on reconnaît l'importance du problème du suicide au Québec. Cette reconnaissance est précisée dans la *Politique de santé mentale* du MSSS (1989) qui recommande le développement de services spécifiques dont, plus spécialement, la réponse à la crise suicidaire et la formation des intervenants. L'élaboration subséquente des plans régionaux d'organisation de services

(PROS) en santé mentale sur tout le territoire québécois a favorisé la reconnaissance des organismes spécifiques tels que les centres de prévention du suicide (CPS) dans la structure d'organisation des services (Séguin, Deschênes et Roy, 2005).

En 1992, paraît la *Politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992). Cette politique propose 19 objectifs dont celui de réduire de 15 % le nombre de suicides et de tentatives de suicide entre 1992 et 2002. Pour y arriver, elle prévoit quelques voies d'action dont l'amélioration des compétences des individus et des familles et le développement d'une approche communautaire face au suicide. Malheureusement, cette politique n'a pas eu l'impact attendu sur le développement de la prévention du suicide au Québec (Séguin, Deschênes et Roy, 2005).

L'identification du suicide comme priorité de santé publique, dans le cadre des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* (MSSS, 1997), viendra une nouvelle fois mettre en évidence la gravité du problème du suicide d'une part, et d'autre part, ajouter un nouveau partenaire en prévention du suicide, soit celui de la santé publique (Séguin, Deschênes et Roy, 2005). Toutefois, pour définir les résultats attendus et les actions à mener en santé publique, le MSSS mandatait un groupe d'experts pour proposer des orientations, des stratégies et des actions prioritaires en matière de prévention du suicide. Les résultats de leurs travaux ont conduit à l'élaboration de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* (MSSS, 1998).

Pour le MSSS (1998), la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* se veut globale et vise à réduire les comportements suicidaires en proposant des mesures de promotion-prévention, d'intervention, de postvention à la suite d'un suicide et de recherche. Ses objectifs sont :

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

L'évaluation de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* révèle des disparités régionales dans son implantation (Potvin, 2004). « Cependant, certaines mesures du Ministère liées à différents moyens d'action, comme la ligne téléphonique d'intervention de crise suicidaire 1 866 APPELLE et le financement des centres de prévention du suicide, ont renforcé l'application de la *Stratégie* à la grandeur du Québec, notamment en ce qui concerne les interventions de postvention. Il en est de même pour les actions

entreprises en matière de formation, d'intervention de crise et d'intervention auprès des hommes. Il reste toutefois beaucoup à faire en ce qui concerne la prévention et les jeunes, et ce, d'autant plus que par rapport à cette dernière clientèle, la *Stratégie* demeure trop générale » (Potvin, 2004, p. 97-98).

« L'intervention en situation de crise et l'amélioration des compétences des intervenants, par des activités de formation, sont deux des atouts majeurs en ce qui concerne la prise en charge de la problématique du suicide au Québec. En revanche, différentes lacunes dans l'organisation des services, plus précisément sur le chapitre de la continuité, ainsi que le peu d'harmonisation des pratiques des intervenants, nuisent quelque peu à l'optimisation de ces atouts. Dans certains cas, l'imprécision des rôles et l'engagement inégal de certains partenaires ajoutent à ces difficultés de nature organisationnelle » (Potvin, 2004, p. 98).

La *Stratégie québécoise d'action face au suicide* (MSSS, 1998) identifie certains groupes plus à risque, en particulier les hommes et les jeunes. Cependant, les clientèles visées et les facteurs de risque qui leur sont associés sont demeurés plus ou moins définis. Il est également constaté une lacune similaire en ce qui concerne la prévention primaire du suicide; l'action s'est davantage concentrée sur la prévention secondaire auprès des clientèles suicidaires. Enfin, en ce qui a trait aux mesures pour diminuer l'accès aux moyens que prend une personne pour s'enlever la vie, les actions ont surtout porté au regard de la Loi sur l'entreposage des armes à feu, de juridiction fédérale, ce qui a permis d'accroître la visibilité de l'action face au suicide, mais dans quelques régions seulement (Potvin, 2004).

En Montérégie, la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* (MSSS, 1998) a été importante dans la mobilisation des différents partenaires concernés par la problématique du suicide. Ceci a donné lieu à l'élaboration du *Plan d'action montérégien en prévention du suicide 2000-2003* (RRSSSM, 2001) permettant d'actualiser les objectifs de cette stratégie. Depuis, tant au plan provincial que régional, aucune autre stratégie spécifique face au suicide n'a été élaborée. Cependant, tel que mentionné au début de ce document, des mesures visant la problématique du suicide sont incluses dans d'autres documents d'orientation présentés ci-dessus.

Le *Programme national de santé publique 2003-2012* (MSSS, 2003) identifie des mesures qui concernent le contrôle de l'accessibilité des moyens, le déploiement des réseaux de sentinelles, les actions destinées à sensibiliser la population et les intervenants sur les signes avant-coureurs des troubles anxieux et dépressifs et la réduction de la tolérance sociale à l'égard du suicide ainsi que des activités de prévention en santé mentale.

Le *Plan d'action en santé mentale, La force des liens, 2005-2010* (MSSS, 2005b) réaffirme la pertinence de la gamme essentielle de service décrite dans la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* (MSSS, 1998) soit :

- l'intervention téléphonique 24 heures/7 jours;
- l'intervention en période de crise suicidaire (évaluation, aide, suivi et relance);
- l'intervention préventive, surtout auprès des personnes en difficulté;

- les services de postvention et les services pour les endeuillés;
- la diffusion d'information et le soutien offert aux proches.

Ce *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* (MSSS, 2005b), souhaite mettre en place des mesures d'accessibilité aux services d'évaluation et de traitement de 1^{re} ligne pour les clientèles jeunes et adultes présentant des troubles mentaux (guichet d'accès unique), des services de 2^e ligne pour les personnes aux prises avec des troubles mentaux très graves ainsi que la nomination d'un psychiatre répondant par 50,000 habitants, et ce, dans un souci d'une vision intégrée des services. Concernant particulièrement la problématique du suicide, ce plan d'action accorde la priorité « aux mesures touchant les groupes à l'intérieur desquels le nombre de décès est le plus élevé. Les actions retenues ciblent donc l'intervention auprès des hommes en situation de vulnérabilité et des personnes à potentiel suicidaire élevé » (MSSS, 2005b, p. 58).

En 2006, le Ministère du conseil exécutif présentait sa *Stratégie d'action jeunesse 2006-2009* dans laquelle il réaffirmait deux mesures pour lutter contre le suicide des jeunes. La première mesure confirme l'intention du MSSS de déployer des réseaux de sentinelles dans les milieux jeunesse. La deuxième mesure a trait à l'implantation d'équipes multidisciplinaires, 2^e niveau, face à la problématique du suicide dans tous les centres jeunesse, conformément à ce que prévoit le *Protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire* des centres jeunesse.

2.3 Constats dans la prestation de services montréalais

Plusieurs constats sont à l'origine de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* (MSSS, 1998) et subséquemment du *Plan d'action montréalais en prévention du suicide* (RRSSSM, 2001).

À prime abord, la Montérégie, comme le Québec, reconnaît qu'on peut offrir de bons services de gestion de crise et de suivi de crise et qu'on peut compter sur un ensemble de professionnels tant du réseau communautaire que du réseau public pour intervenir dans le domaine du suicide. Toutefois, plusieurs lacunes sont constatées pour soutenir leurs actions dans les différents milieux d'intervention (RRSSSM, 2001; MSSS, 1998).

Au plan de la promotion-prévention

- On note très peu de développement des projets de promotion-prévention auprès des clientèles à risque, en particulier la clientèle masculine.
- En ce qui concerne les jeunes, un certain nombre d'activités existent, particulièrement en milieu scolaire, mais aucun programme global n'est appliqué de façon suffisamment intense et continue.

- Lorsque des activités de promotion-prévention sont existantes, il s'avère que l'intensité, la stabilité et la variété des stratégies ne sont pas acquises et que ces activités sont très inégalement réparties sur le territoire montérégien.
- Les personnes « sentinelles », soit les personnes qui peuvent être en contact avec des personnes suicidaires, sont peu rejointes dans les activités de sensibilisation et de formation.

Au plan de l'intervention

- La gamme de service disponible est incomplète pour assurer adéquatement la prise en charge immédiate des personnes en crise suicidaire (ex. : l'intervention téléphonique de crise suicidaire, l'intervention immédiate dans les milieux et le suivi à plus long terme des personnes à risque).
- On note également des problèmes d'articulation et de coordination des activités d'intervention pour assurer une continuité des services offerts. Ces situations sont principalement dues à l'absence de mécanismes clairement établis dans la prise en charge et le suivi pendant et après la crise suicidaire.
- Les rôles et les responsabilités ne sont pas assez clairement définis entre les différents partenaires par rapport aux diverses clientèles, qu'elles soient déjà prises en charge dans le réseau ou qu'elles utilisent pour la première fois des services de première ligne. Il existe peu d'ententes interétablissements pour faciliter le recours aux différents services.
- L'absence de leadership constitue un frein à la mise en place d'une gamme essentielle de service.
- Un grand nombre d'intervenants n'obtiennent pas le soutien clinique nécessaire à l'intervention auprès des personnes suicidaires de façon à assurer l'évaluation complète et détaillée ainsi que la prise en charge et le suivi. La formation des intervenants, amorcée en 1999 sur le territoire montérégien, doit permettre de combler des besoins d'expertises spécifiques dans ce domaine.
- Parmi l'ensemble des patients aux prises avec des troubles mentaux sur civières à l'urgence, 30 % d'entre eux présenteraient une problématique suicidaire ce qui dénote un faible éventail d'opportunité de leur prise en charge en amont des urgences.

Au plan de la postvention

- Les familles et les proches (collègues de travail, camarades de classe, etc.) affectés par le suicide de l'un des leurs ont peu accès aux ressources d'intervention en postvention.
- Les ententes de service, tout comme les mécanismes de collaboration ou de référence entre les divers partenaires, demeurent également très peu développés dans ce secteur d'intervention.
- Les services de suivi pour les endeuillés sont peu nombreux, surtout pour les interventions de groupe.

Ces différents constats sur les services offerts sont à la base de la stratégie provinciale et régionale pour prévenir les comportements suicidaires et le suicide.

2.4 Plan d'action montréalais en prévention du suicide

Le *Plan d'action montréalais en prévention du suicide 2000-2003* (RRSSSM, 2001) s'inscrit en conformité avec les résultats attendus par l'application de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* (RRSSSM, 2001). Il tient également compte des lacunes constatées en prévention du suicide mentionnées dans le document intitulé *Pour être à la hauteur du plan de consolidation 1999-2002* (RRSSSM, 1999) qui propose, notamment, « d'assurer la disponibilité de la gamme essentielle des services requis, dont les services de crise pour répondre aux besoins des personnes suicidaires et des clientèles à risque » (RRSSSM, 1999, p. 27).

Pour l'essentiel, le *Plan d'action montréalais en prévention du suicide 2000-2003* (RRSSSM, 2001) s'appuie en grande partie sur l'expertise des centres de prévention du suicide (CPS) et des centres de crise de la Montérégie pour développer dans la communauté une gamme de service sur la problématique du suicide. Il s'agit notamment de l'accessibilité téléphonique 24 heures par jour, 7 jours par semaine (24h/7j), de l'intervention de crise suicidaire, du suivi de crise ainsi que des services de postvention et de soutien aux endeuillés. Le besoin d'améliorer la continuité des soins et de clarifier les rôles et les responsabilités des organismes concernés par la problématique du suicide est aussi identifié.

Une autre dimension importante de la stratégie montréalaise repose sur la formation des intervenants à l'intervention de crise suicidaire et aux mesures de postvention. Ici encore, on a eu recours à l'expertise des CPS et des centres de crise pour développer les compétences des intervenants de différents réseaux dont le réseau communautaire, le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau scolaire.

Dans ce *Plan d'action montréalais en prévention du suicide 2000-2003*, la DSP soutient des interventions de promotion de la santé mentale et de prévention du suicide particulièrement auprès des jeunes. Elle est aussi concernée par les mesures permettant de contrer la banalisation et la dramatisation du suicide ainsi que réduire l'accès et minimiser les risques associés aux moyens.

Enfin, ce plan d'action prévoit l'exercice d'un leadership pour soutenir les interventions dans le milieu dont celui de développer la concertation régionale et locale. Le leadership régional est assuré par différentes directions de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (ASSSM), telles que la DSP et la Direction générale associée à la coordination du réseau (DGACR) avec la collaboration de plusieurs partenaires du milieu tant institutionnels que communautaires. Le leadership local est confié aux CPS et aux centres de crise, avec la collaboration des CSSS (centres de santé et de services sociaux), dont le mandat est de mobiliser les différents réseaux intégrés de service en santé mentale au regard de la problématique du suicide.

3. ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

Nous décrivons dans cette section, les aspects de méthodes utiles à la compréhension des résultats obtenus dans le cadre de ce *Bilan évaluatif 2000-2006 sur la problématique du suicide en Montérégie*. Nous abordons le but, les objectifs, les mesures à l'étude et la stratégie d'évaluation ainsi que les limites et les avantages de la démarche d'évaluation proposée.

3.1 But de l'étude

Le but de cette étude est de faire état de l'évolution des mesures proposées sur la problématique du suicide et d'en apprécier le déploiement en Montérégie sur une période de six ans, soit de 2000 à 2006.

3.2 Objectifs d'évaluation

Ce bilan évaluatif poursuit quatre objectifs soit :

- décrire l'état d'évolution du dossier pour chacune des mesures proposées sur la problématique du suicide;
- faire ressortir les progrès réalisés et les améliorations souhaitées selon les services offerts;
- dégager les principaux défis face à la problématique du suicide ainsi que les opportunités d'action sur le territoire montréalais.

Globalement, il doit permettre aux gestionnaires, notamment ceux des centres de santé et des services sociaux (CSSS), des centres de prévention du suicide (CPS), des centres de crise, du Centre jeunesse de la Montérégie, du Centre de réadaptation en toxicomanie (Virage) ainsi que de l'Agence, d'apprécier le cheminement parcouru depuis six ans dans la mise en œuvre des mesures concernant la problématique du suicide et d'orienter éventuellement la programmation montréalaise dans ce domaine d'intervention.

3.3 Mesures à l'étude

Pour l'essentiel, les mesures à l'étude sont celles proposées dans différents documents d'orientation mentionnés à la section 2.2 et qui ont été mises en œuvre sur le territoire montréalais entre 2000 et 2006. Ces mesures et les documents d'orientation qui y réfèrent sont présentés dans le tableau 1.

Tableau 1
Mesures à l'étude et documents de référence

Mesures à l'étude	Documents de référence					
	Stratégie québécoise (1)	Plan montréalais (2)	PNSP (3)	PAR (4)	Plan santé mentale (5)	Stratégie jeunesse (6)
A) Gamme de service						
1. <i>Services de crise</i>						
♦ intervention téléphonique de crise suicidaire 24h/7j	✓	✓			✓	
♦ intervention de crise « face à face » dans la communauté	✓	✓			✓	
♦ suivi de crise	✓	✓			✓	
♦ suivi étroit					✓	
♦ hébergement de crise temporaire		✓			✓	
2. <i>Services de postvention</i>						
♦ Services aux endeuillés par suicide	✓	✓				
♦ Intervention milieu à la suite d'un suicide	✓	✓				
B) Leadership régional et local						
♦ développement des compétences professionnelles	✓	✓				
♦ soutien clinique des intervenants	✓	✓				
♦ expérimentation d'une pratique clinique préventive en lien avec le suicide	✓	✓	✓	✓		
♦ mobilisation des partenaires	✓	✓				

(1) : Stratégie québécoise d'action face au suicide (MSSS, 1998)

(2) : Plan d'action montréalais en prévention du suicide 2000-2003 (RRSSM, 2001)

(3) : Programme national de santé publique 2003-2012 (MSSS, 2003)

(4) : Plan d'action régional (PAR) de santé publique 2004-2007 Montérégie (RRSSM, 2003)

(5) : Plan d'action en santé mentale 2005-2010 (MSSS, 2005b)

(6) : Stratégie d'action jeunesse 2006-2009 (Ministère du conseil exécutif, 2006)

Tableau 1
Mesures à l'étude et documents de référence
(suite)

Mesures à l'étude	Documents de référence					
	Stratégie québécoise (1)	Plan montréalais (2)	PNSP (3)	PAR (4)	Plan santé mentale (5)	Stratégie jeunesse (6)
C) Intervention auprès des groupes à risque						
♦ clientèles masculines	✓	✓			✓	
♦ soutien au Centre jeunesse		✓				✓
♦ activités de promotion-prévention						
↳ réalisation d'un inventaire des activités dans les écoles		✓				
↳ soutien d'un groupe d'intérêt (intervenants de différents milieux)		✓				
↳ soutien de réseaux de pairs aidants	✓	✓				
↳ sensibilisation des intervenants		✓				
↳ expérimentation d'un projet en santé mentale (Réseau ADO)		✓		✓		
↳ implantation de réseaux de sentinelles	✓	✓	✓	✓	✓	✓
↳ sensibilisation aux signes avant-coureurs des troubles anxieux et dépressifs			✓	✓	✓	
D) Diminution de la tolérance et banalisation face au suicide	✓	✓	✓	✓		
E) Réduction de l'accès aux moyens						
♦ contrôle des armes à feu		✓	✓	✓		
♦ limitation de l'accès au pont Jacques-Cartier	✓	✓				
♦ sensibilisation des intervenants	✓	✓	✓	✓		

(1) : Stratégie québécoise d'action face au suicide (MSSS, 1998)

(2) : Plan d'action montréalais en prévention du suicide 2000-2003 (RRSSM, 2001)

(3) : Programme national de santé publique 2003-2012 (MSSS, 2003)

(4) : Plan d'action régional (PAR) de santé publique 2004-2007 Montréal (RRSSM, 2003)

(5) : Plan d'action en santé mentale 2005-2010 (MSSS, 2005b)

(6) : Stratégie d'action jeunesse 2006-2009 (Ministère du conseil exécutif, 2006)

3.4 Stratégie d'évaluation

Comme le but est d'être informé en profondeur de l'évolution des mesures déployées entre 2000 et 2006 sur la problématique du suicide en Montérégie, deux types d'analyse sont retenus. Il s'agit d'abord de l'analyse descriptive détaillée de l'état d'avancement des mesures et des activités qui s'y rattachent. Ensuite, sur la base du corpus d'information issu de cette analyse descriptive, une analyse de contenu transversale est réalisée.

L'analyse descriptive repose d'abord sur la documentation disponible, soit des études, des rapports d'activité et d'évaluation ou encore des documents d'orientation concernant les mesures à l'étude. De plus, nous avons opté pour une démarche dynamique et formative en faisant appel à des informateurs-clés concernés par l'une ou l'autre des mesures mises en place. Ces informateurs-clés sont des représentants, responsables ou partenaires associés à l'application de ces mesures, dans différentes organisations, telles que les CPS, les centres de crise, les CSSS et le Centre jeunesse de la Montérégie ainsi que l'Agence.

Dans un premier temps, des rencontres de groupe ont été tenues auprès de représentants des CPS/centres de crise et des CSSS afin de connaître leurs points de vue et leurs appréciations concernant particulièrement trois mesures, soit l'implantation de la ligne téléphonique d'intervention de crise, 1 866 APPELLE, de l'équipe régionale de formation/postvention et des mécanismes de concertation régionale et locale. D'autre part, des représentants des CPS/centres de crise ont été rejoints individuellement à l'égard du déploiement de la gamme essentielle de service face à la problématique du suicide et du mandat qui leur a été accordé par l'Agence avec la collaboration des CSSS pour élaborer une programmation opérationnelle comportant la mobilisation des partenaires et le maillage de l'offre de service auprès des personnes à potentiel suicidaire élevé. À ce même titre, des représentants de l'Agence ont été principalement consultés sur les modalités de déploiement des services et de leur financement ainsi que sur les mesures de santé publique qui ont été réalisées. Cette démarche a ainsi permis de recueillir l'information de base utile à l'analyse descriptive pour chacune des mesures déployées face à la problématique du suicide en Montérégie.

Quant à l'analyse de contenu transversale, issue de cette analyse descriptive, elle constitue un construit des auteurs. Elle met d'abord en évidence les progrès réalisés et les améliorations souhaitées pour chacune des mesures à l'étude. Par la suite, cette information est classée par type de service (services de promotion de la santé mentale et de prévention du suicide, services de crise suicidaire, services de postvention), par axe structurant de l'action (offre de service, sensibilisation et développement des compétences, études et projets pilotes, mobilisation, concertation et mise en œuvre des mécanismes de liaison) et par catégorie d'activité (orientation, mise en œuvre, développement de l'accessibilité des services, accompagnement et transfert des connaissances). La codification de cette information a été réalisée suite à une analyse d'accord interjuges afin de s'assurer de la validité des résultats obtenus.

Enfin, des défis sont identifiés face à la problématique du suicide. Ces défis, qui reflètent également le point de vue des auteurs, reposent sur l'analyse de contenu qui est elle-même issue de l'analyse descriptive des mesures déployées en Montérégie.

3.5 Avantages et limites de la démarche

Cette démarche, de nature qualitative, permet d'évaluer le déploiement des mesures à l'égard de la problématique du suicide en Montérégie. Le recours à la documentation disponible et à un ensemble d'informateurs-clés aura permis de traiter la diversité des mesures déployées, tout en rendant compte des points de vue des acteurs quant à l'appréciation de leur déploiement.

Sur le plan des limites, force est de reconnaître que le présent *Bilan évaluatif 2000-2006 des mesures déployées sur la problématique du suicide en Montérégie* ne permet pas de brosser un portrait régional des activités réalisées sur l'ensemble du territoire; il se limite à faire état de l'évolution des mesures proposées dans différents documents d'orientation et d'en apprécier le déploiement. De plus, les consultations se limitent à des informateurs-clés ce qui réduit d'autant les sources d'information pour documenter les activités réalisées. Enfin, ce bilan ne permet pas de porter un jugement sur l'efficacité et la conformité des pratiques déployées.

4. RÉSULTATS DÉTAILLÉS

Cette section du rapport est consacrée à la présentation des résultats obtenus à l'égard des différentes mesures déployées sur la problématique du suicide en Montérégie entre 2000 et 2006 dont le *Plan d'action montréalais en prévention du suicide 2000-2003* (RRSSM, 2001) représente le point de départ.

Pour les fins de cette présentation, les objectifs généraux et spécifiques de ce plan d'action ont été retenus en y intégrant l'ensemble des mesures proposées dans d'autres documents d'orientation.

Pour chacun de ces objectifs, il est présenté la situation régionale décrite dans le *Plan d'action montréalais en prévention du suicide 2000-2003* (RRSSM, 2001). Quant aux mesures proposées, il est précisé pour chacune d'elles, l'état d'évolution du dossier et les éléments d'appréciation.

4.1 Assurer à tous l'accessibilité à la gamme essentielle de service face au suicide

La gamme essentielle de service, telle que prévue dans le cadre du *Plan d'action montréalais en prévention du suicide 2000-2003* (RRSSM, 2001), inclut la réponse téléphonique 24h/7j, l'intervention de crise « face à face » dans la communauté, le suivi de crise, l'hébergement temporaire, ainsi que les services de postvention pour les personnes endeuillées à la suite d'un suicide et le soutien des milieux touchés. L'objectif du plan d'action était donc d'assurer cette gamme essentielle de service; objectif qui a été réitéré dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* (MSSS, 2005b).

4.1.1 Accroître l'accessibilité des services téléphoniques d'intervention de crise suicidaire

Les services téléphoniques d'intervention de crise suicidaire comprennent l'accueil des personnes suicidaires, l'évaluation du potentiel suicidaire, l'intervention, l'orientation et la référence. Cette intervention vise à résorber la crise et permettre à la personne de retrouver son état d'équilibre. Cet objectif peut être atteint par le biais d'un ou plusieurs contacts téléphoniques ou en combinaison avec d'autres types de service, comme par exemple, le suivi de crise.

Jusqu'en 1999, ce sont le Centre de prévention du suicide de la Haute-Yamaska (CPSH -Y) et le Centre de prévention du suicide du Haut-Richelieu (CPSHR) qui ont le mandat de donner des services téléphoniques d'intervention de crise suicidaire sur le territoire montréalais. Le Centre de prévention du suicide de Sorel-Tracy (Suicide Alerte) a offert ce service dès sa création en 2002. Les quatre centres de

crise (Contact Richelieu-Yamaska, La Maison sous les arbres, Le Tournant et L'Accès (CSSS Pierre-Boucher)) répondaient quant à eux aux appels téléphoniques des personnes suicidaires, sans avoir pour autant le mandat spécifique de desservir ces clientèles.

En 2000, le comité régional de programmation sur la problématique du suicide a mis sur pied un sous-comité de travail afin d'harmoniser le service Info-Santé, volet psychosocial, avec le service téléphonique d'intervention de crise suicidaire 1 866 APPELLE. Lors de ces travaux, les représentants des CSSS (mission CLSC) ont fait part de leur désaccord quant à la pertinence de maintenir à la fois une ligne téléphonique régionale d'intervention de crise suicidaire et une ligne téléphonique Info-Santé. Selon eux, ceci constitue un dédoublement de service. Cette position des CSSS a été réitérée, en 2004, lors d'une consultation portant sur l'évaluation du *Plan d'action montréalais en prévention du suicide* (CLSC de la Montérégie, 2004).

La mise en place d'un service Info-Social est actuellement en développement partout au Québec. Un cadre de référence, à l'étape document de travail, précise que « le Service Info-Santé et Info-Social offre une réponse générale et ne vient pas se substituer aux autres services existants, mais se situe en complémentarité avec ceux-ci. Des mécanismes de coordination et des modalités de collaboration existent entre le service régional Info-Santé et Info-Social et ses partenaires. Chaque région doit procéder à l'inventaire de ces ententes de partenariat, procéder à la mise à jour ou à leur bonification en fonction des besoins actuels et émergents et évaluer la pertinence d'en élaborer de nouvelles adaptées aux réalités du milieu, en particulier dans le contexte de mise en réseau des centres d'appel à l'échelle du Québec » (MSSS, 2006, p. 29).

■ État d'évolution du dossier

Dans la perspective d'assurer un service téléphonique d'intervention de crise suicidaire sur l'ensemble du territoire montréalais, le budget des trois CPS (CPSH-Y, CPSHR et Suicide Alerte) et des quatre centres de crise de la Montérégie (Contact Richelieu-Yamaska, La Maison sous les arbres, Le Tournant et L'Accès (CSSS Pierre-Boucher)) a été consolidé en 1999.

En décembre 2000, à la suite d'une recommandation du comité régional de programmation sur la problématique du suicide, le CPSHR a reçu le mandat de l'Agence d'assurer le service téléphonique régional d'intervention de crise suicidaire. À l'aide d'un budget récurrent de 350 000 \$, ce service est dispensé par 12 intervenants qui offrent une réponse téléphonique 24 heures par jour, 7 jours par semaine (24h/7j).

La ligne téléphonique régionale d'intervention de crise suicidaire est accessible par le biais de la ligne 1 866 APPELLE ou des numéros de téléphone des CPS et des centres de crise lorsque ces derniers lui transfèrent les appels par bascule téléphonique. Cette modalité a fait l'objet d'ententes de service avec le CPSHR et les autres CPS/centres de crise de la Montérégie. Ces ententes prévoient un transfert des appels à la ligne téléphonique régionale, le soir, la nuit et certaines heures de la journée. Lorsque l'organisme local reprend du service, on procède, si la situation l'exige, à un transfert d'information du CPSHR vers les CPS ou les centres de crise, conditionnellement à l'autorisation verbale du client.

■ Éléments d'appréciation

Le budget de consolidation des CPS et des centres de crise a permis d'assurer une réponse téléphonique d'intervention de crise suicidaire sur l'ensemble du territoire montréalais en donnant, entre autres éléments, le mandat aux centres de crise de desservir les personnes suicidaires.

Depuis la création de la ligne téléphonique régionale d'intervention de crise suicidaire en 2000, gérée par le CPSHR, il demeure toujours possible de rejoindre les organismes locaux (CPS et centres de crise) par l'intermédiaire de leur ligne téléphonique respective ou par la ligne téléphonique d'intervention de crise suicidaire 1 866 APPELLE. Ainsi, en tout temps, les personnes nécessitant une aide sont assurées de recevoir une réponse téléphonique en Montérégie.

En cumulant l'ensemble des appels provenant des lignes téléphoniques d'intervention de crise et de crise suicidaire gérés par les quatre centres de crise et les trois CPS de la Montérégie, ce sont 26,000 appels qui ont été traités en 2004-2005, dont près de 5,000 appels par la ligne téléphonique régionale. En 2005-2006, le nombre d'appels traités par ces organismes est d'environ 32,000, dont 5,600 appels par la ligne téléphonique régionale.

Les particularités de la ligne régionale d'intervention de crise suicidaire (1 866 APPELLE) sont :

- un seul numéro à retenir, partout au Québec;
- immédiateté de l'intervention;
- accessibilité téléphonique 24h/7j;
- pas ou peu d'appels non répondus (source : rapports mensuels de Télus);
- pas d'attente téléphonique;
- en situation d'urgence, recours à la sécurité publique ou au réseau hospitalier;
- clientèle francophones et anglophones desservies.

Dans les CPS, les appels téléphoniques reçus se rapportent très majoritairement à des problèmes suicidaires. Par exemple, au CPS du Haut-Richelieu, 95 % des appels se rapportent à des problèmes suicidaires. Quant aux centres de crise, les appels concernant la problématique suicidaire peuvent varier d'un organisme à un autre. Selon le directeur du Regroupement des centres de crise communautaires du Québec, monsieur Daniel Cossette, il estime à environ 50 % la proportion des appels comportant une dynamique suicidaire.

Par comparaison, le service Info-Santé, volet psychosocial, a traité, en 2004-2005, 325 appels dont la raison de l'intervention comportait une problématique suicidaire; en 2005-2006, ce nombre d'appels a été de 266. Dans les services d'accueil des CSSS, un tel portrait n'est pas disponible puisque la nature des appels téléphoniques n'est pas recensée. Cependant, ces organismes indiquent, en 2005-2006, avoir

réalisé 3,416 interventions auprès de 1,064 individus présentant une ou plusieurs problématique(s) dont une problématique suicidaire. De ce nombre d'individus, 205 d'entre eux ont nécessité une intervention en situation de crise. Également, précisons que 37 % des interventions et des individus rejoints se rapportaient à des personnes de moins de 18 ans; il s'agit ici d'une clientèle peu ou pas desservie par les centres de crise.

4.1.2 Accroître l'accessibilité des services d'intervention de crise « face à face » avec déplacement dans la communauté, de suivi de crise et d'hébergement temporaire

Cet objectif du *Plan d'action montréalais en prévention du suicide 2000-2003* (RRSSSM, 2001) vise le développement et la consolidation des services locaux d'intervention de crise suicidaire « face à face », le suivi de crise et l'hébergement temporaire. Par la suite, la préoccupation d'assurer aux personnes à potentiel suicidaire élevé l'accès à un suivi étroit et de durée suffisante s'est ajoutée; mesure inscrite dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* (MSSS, 2005b).

En 2000, seulement deux organismes communautaires, les CPS de la Haute Yamaska et du Haut-Richelieu, donnaient des services d'intervention de crise suicidaire « face à face », avec déplacement dans la communauté, et le suivi de crise des personnes suicidaires était principalement assuré par ces deux mêmes organismes.

Concernant l'hébergement temporaire, le plan d'action montréalais dénombre, en 2000, 16 lits disponibles, représentant 39 % du requis, dont certains d'entre eux sont peu adaptés aux besoins des personnes suicidaires, répartis inégalement sur le territoire et en nombre insuffisant.

De plus, ce même plan d'action montréalais indique la présence d'une gamme de service en santé mentale donnée notamment par les centres de crise, les CSSS et l'Hôpital Charles LeMoine (services d'urgence, de psychiatrie et de 1^{re} ligne en santé mentale). Toutefois, il s'avérerait difficile de quantifier ou de qualifier les services donnés aux personnes suicidaires.

■ **État d'évolution du dossier**

Dans le cadre du *Plan d'action montréalais en prévention du suicide 2000-2003* (RRSSSM, 2001) et du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* (MSSS, 2005b), des budgets récurrents ont été alloués par l'Agence pour consolider la gamme de service de crise suicidaire assurée par certains organismes tels que les trois CPS et les quatre centres de crise du territoire montréalais. Entre 2000 et 2006, ces budgets annuels récurrents représentent environ 1,25 M\$, dont 500 000 \$ pour le suivi étroit des personnes à potentiel suicidaire élevé. Dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, « on identifie les personnes de tous âges qui sont aux prises avec des troubles affectifs (dépression), des dépendances, des troubles de la personnalité ou encore celles qui ont déjà fait une tentative de suicide comme étant les personnes à potentiel suicidaire élevé » (MSSS, 2007, p.3).

Globalement, ce rehaussement du financement des organismes communautaires vise à assurer dans chacune des sept sous-régions de la Montérégie, des services d'intervention de crise suicidaire « face à face » dans la communauté, de suivi de crise et de suivi étroit des personnes à potentiel suicidaire élevé. Ces sous-régions sont : Châteauguay, Haut-Richelieu/Rouville, Haute-Yamaska/Brome Missisquoi, Longueuil, Richelieu-Yamaska, Bas-Richelieu et Suroît (voir section 4.2.3, p. 46, pour identifier les CSSS rattachés à chacune de ses régions).

Ainsi, dépendamment de l'évaluation de la crise et du potentiel suicidaire effectué durant l'appel téléphonique, une intervention de crise « face à face » peut être réalisée dans le milieu de vie de la personne ou ailleurs lorsque le contact téléphonique ne suffit pas à désamorcer la crise. Cette intervention permet de préciser également l'orientation à privilégier (référence aux services d'urgence, transfert vers un lieu d'hébergement). En situation d'urgence élevée, les ressources peuvent faire appel aux services d'urgence (policiers, ambulances) et, au besoin, recourir à la Loi P.38 001 sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. Le recours à cette loi permet d'amener ces personnes à l'hôpital pour une durée maximale de 72 heures sans nécessairement avoir une évaluation psychiatrique ou sans leur consentement.

Une fois l'intensité de la crise suicidaire désamorcée, une évaluation des besoins est réalisée. Cette évaluation peut mener à :

- une référence à un autre organisme;
- un hébergement de crise d'une durée maximale de dix jours. Cette intervention peut être requise pour une personne dont l'état nécessite un retrait provisoire de son milieu de vie. Ce service, situé dans la communauté et généralement accessible 24 heures par jour, 7 jours par semaine (24h/7j), est responsable de répondre à différents types de crise. En matière d'ajout de lits d'hébergement de crise, sur une base temporaire, aucun développement n'est survenu depuis 2000. Toutefois, des budgets de consolidation ont été octroyés à certains organismes (ex. : Le Passant, Le Tournant et L'Accès);
- un suivi de crise, d'une durée approximative de deux mois, à une fréquence variable selon les besoins de la personne suicidaire. Ce type de suivi vise à soutenir la personne dans sa compréhension et la résolution positive de la crise et ainsi éviter la récurrence.

Quant au suivi étroit (appelé également suivi trois mois, suivi d'intensité variable) des personnes à potentiel suicidaire élevé, il constitue une mesure récente mise en place en 2004-2005. Ce type de suivi vise à offrir un service ajusté aux besoins spécifiques de la personne qui lui donne accès aux traitements et au soutien requis par la complexité de sa situation, aux plans médical, psychosocial et du soutien dans la communauté, par la mobilisation et l'arrimage de toutes les ressources du milieu. Référées par les CSSS et l'Hôpital Charles LeMoine (services d'urgence, de psychiatrie ou de 1^{re} ligne en santé mentale), ces personnes sont surtout prises en charge par les intervenants des CPS et des centres de crise. Leur mandat en est un d'accompagnement pour assurer une continuité et un arrimage entre les services requis par la personne.

■ Éléments d'appréciation

À l'égard des services montréalais, nous observons les éléments qui suivent.

Pour l'intervention de crise suicidaire « face à face » avec déplacement dans la communauté

- Ce type de service n'est pas disponible sur l'ensemble du territoire montréalais. Lorsqu'il est disponible dans les CPS et les centres de crise, la plupart de ces organismes se déplacent dans la communauté sur une base occasionnelle. En CSSS, les seules interventions structurées dans le milieu se rapportent au Programme Crise-Ado-Famille-Enfance (CAFE) qui s'adresse aux jeunes et aux familles en crise. Dans le projet de création d'un réseau intégré de service pour les jeunes ayant un problème de santé mentale, le programme CAFE a été identifié comme le dispensateur de service d'intervention dans la communauté pour les jeunes en crise suicidaire. Cependant, aucun budget spécifique a été alloué pour ce mandat.

Pour le suivi de crise suicidaire

- Le rehaussement de l'offre de service, particulièrement en milieu communautaire, soit dans les CPS et les centres de crise, représente 51 % du requis de service calculé pour la gamme de service, crise et suicide, sur la base du per capita pondéré de la province.
- Il est observé une grande variation des services offerts dans les CPS et les centres de crise quant au type de suivi (de crise, de crise suicidaire, de deuil par suicide), à la durée des suivis et au nombre de rencontres pour chacun des individus rejoints. Somme toute, il a été recensé dans ces organismes, 4,078 rencontres de suivi auprès de 1,198 individus en 2005-2006 ce qui représente une augmentation de 12 % des services donnés par rapport à 2004-2005.

Pour le suivi étroit

- Cette mesure a permis d'assurer le suivi d'un certain nombre de personnes à potentiel suicidaire élevé sur le territoire montréalais. Comme l'information est incluse dans les suivis de crise des CPS/centres de crise, nous ne disposons d'aucune donnée spécifique pour identifier les résultats obtenus depuis 2004-2005.
- Il est constaté une absence de balises communes quant au déploiement de la mesure concernant le suivi étroit des personnes à potentiel suicidaire élevé sur l'ensemble du territoire montréalais (les caractéristiques de la clientèle à rejoindre [intensité de la crise suicidaire], la durée des suivis et le nombre de rencontres par individu).
- Des mécanismes de référence entre les CPS/centres de crise et les CSSS (services d'urgence, de psychiatrie et de 1^{re} ligne en santé mentale) ont été développés pour prendre en charge les personnes à potentiel suicidaire élevé. Ces mécanismes contribuent au développement d'une approche plus intégrée des interventions pour assurer une accessibilité et une continuité des services auprès de ces clientèles. Toutefois, ils ne sont pas implantés uniformément en Montérégie. De plus, l'absence de balises concernant le suivi étroit des personnes à potentiel

suicidaire élevé limite le déploiement de cette mesure. Face à ce problème, le MSSS a présenté, à des fins de consultation, les balises de ce suivi étroit lors des journées bisannuelles de santé mentale en mai 2007. Ce suivi étroit devrait « viser à prévenir le geste suicidaire ou la récurrence des personnes à potentiel suicidaire élevé, particulièrement les personnes qui se présentent à l'urgence en crise suicidaire ou en tentative de suicide » (MSSS, 2007, p 1).

Pour l'hébergement de crise temporaire

- Il existe toujours un manque de lits de crise adaptés à la clientèle suicidaire. Les 16 lits d'hébergement de crise sur le territoire montréalais représentent 39 % du requis de service calculé pour la gamme de service, crise et suicide sur la base du per capita pondéré de la province. Ce faisant, les personnes en crise suicidaire qui nécessitent un endroit sécuritaire et soutenant sont souvent amenées aux services d'urgence et en ressortent sans qu'on ait répondu à leurs besoins en matière d'hébergement temporaire.

Pour l'application de la Loi P-38.001 sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui

- Un comité régional, composé de différents partenaires (policiers, CPS, centres de crise, CSSS [missions CLSC et CH], etc.) a été constitué en 1999-2000. Ce comité a convenu de l'importance de se doter d'une vision commune à l'égard des clientèles à rejoindre et de leur assurer une alternative à l'hospitalisation en situation de crise. Toutefois, constatant l'absence d'homogénéité de l'offre de service entre les sous-régions, les lacunes observées en matière de lits d'hébergement transitoire, adaptés aux personnes suicidaires et le manque de ressources humaines et financières pour actualiser l'article 8 de la Loi P-38.001, ce comité régional n'a pu identifier un modèle d'organisation de service permettant son application en Montérégie. Depuis lors, l'Agence n'a pas désigné officiellement des dispensateurs de service pour assurer le suivi.

Au MSSS, mentionnons qu'une personne est présentement mandatée pour faire un bref état de situation de l'implantation de la Loi P-38.001 dans les différentes régions du Québec et proposer des recommandations.

4.1.3 Accroître l'accessibilité des services de postvention

Dans le *Plan d'action montréalais en prévention du suicide 2000-2003* (RRSSSM, 2001), l'accessibilité aux services de postvention constitue une des cibles d'action. À cette période, il est constaté que les activités de postvention et les services individuels ou de groupe pour les personnes endeuillées sont peu développés en Montérégie sauf dans les territoires desservis par les CPS et qu'environ 25 % des usagers des services de deuil de l'organisme Suicide Action Montréal proviennent de la Montérégie.

Les mesures de postvention sont définies comme un ensemble d'interventions réalisées simultanément ou successivement à la suite d'un suicide, visant à diminuer l'impact des réactions de stress, de crise ou

de deuil causées par la suicide d'une personne de l'entourage plus ou moins immédiat, afin d'aider le milieu à retrouver son niveau de fonctionnement habituel (Séguin, Roy et autres, 2005).

Les services aux endeuillés, définis dans Séguin, Roy et autres (2005), réfèrent à différentes interventions qui comprennent :

- *l'intervention précoce de deuil*. Elle vise à soutenir les personnes lors du décès par suicide d'un proche. Cette intervention a pour but d'amorcer le travail de deuil en travaillant sur les réactions de choc et de déni. Cette intervention peut se faire en individuel ou en groupe;
- *le counseling de deuil (individuel, de groupe ou familial)*. Il vise à favoriser le travail sur les différentes étapes du processus de deuil, dont briser l'isolement et développer de nouvelles stratégies d'adaptation;
- *la thérapie de deuil*. Elle a pour objectifs de favoriser la résolution positive du travail de deuil et d'éviter le développement de psychopathologie. Cette intervention est offerte aux personnes qui ont développé un deuil compliqué.

1) Organisation des milieux et intervention à la suite d'un suicide

■ État d'évolution du dossier

Dans le cadre de son mandat de formation, l'équipe régionale de formation/postvention en prévention du suicide soutient depuis 2001-2002 l'implantation de programmes de postvention dans les milieux scolaires et de travail qui en font la demande.

Au plan des interventions à la suite d'un suicide, ce sont les équipes cliniques des CPS, des centres de crise et des CSSS qui sont désignées pour accompagner ou soutenir les milieux dans le déploiement des mesures de postvention.

■ Éléments d'appréciation

Depuis 2001-2002, l'équipe régionale de formation/postvention en prévention du suicide a offert ses services dans une trentaine de milieux, de travail mais surtout scolaire (écoles secondaires et CEGEP) pour soutenir l'implantation de programmes de postvention (équipes, structures, protocoles, outils). Également, les membres de cette équipe participent à des activités de soutien (tables de concertation de la semaine de la prévention du suicide, *coaching* dans leur milieu de travail).

Quant aux services de postvention, ils sont disponibles dans tous les territoires de CSSS de la Montérégie. Lors d'une intervention de postvention, les CSSS, les CPS et les centres de crise peuvent être appelés à soutenir les milieux. Pour les CPS et les centres de crise, ce soutien est peu publicisé en raison des ressources humaines et financières disponibles.

Sur l'ensemble du territoire montréalais, des ententes formelles de collaboration se concrétisent progressivement entre les CSSS et les CPS/centres de crise à l'égard des rôles et des responsabilités de

chacun dans le déploiement des interventions de postvention. Ces ententes de collaboration sont d'autant plus souhaitables que les demandes de soutien des milieux dans ce domaine d'intervention peuvent être adressées à l'un ou l'autre de ces organismes.

Comme se sont surtout les milieux scolaires qui ont bénéficié des services de postvention à la suite d'un suicide alors que les taux de suicide des adultes sont supérieurs à ceux des jeunes, le défi est de rejoindre la population adulte, notamment dans les milieux de travail.

2) Services aux endeuillés

■ État d'évolution du dossier

En Montérégie, les CPS et les centres de crise sont les principaux dispensateurs des services aux endeuillés. À cette liste, s'ajoutent d'autres organismes comme *Les Amis du crépuscule* (Saint-Hyacinthe), *L'Entraide chez nous* (Longueuil) et *Les Amis compatissants* (Valleyfield) qui forment des groupes d'endeuillés pour toutes problématiques confondues. Les personnes endeuillées peuvent aussi recevoir du soutien dans les CSSS.

■ Éléments d'appréciation

À l'échelle régionale, la gamme de service aux endeuillés par suicide est disponible sur l'ensemble du territoire. Au plan local, des variations importantes sont observées quant aux clientèles desservies (enfants, jeunes, adultes, personnes âgées), à l'accessibilité des différents types de service (intervention précoce de deuil, *counselling* de deuil et thérapie de deuil) et aux pratiques d'intervention (spécifiques ou non à la problématique suicidaire).

Ce sont les CPS et les centres de crise qui ont développé, depuis ces dernières années, des services aux endeuillés. Ces services concernent surtout l'intervention précoce de deuil et le *counselling* de deuil, individuel ou de groupe.

En terminant, précisons qu'il n'y a pas d'ententes formelles entre les CSSS et les CPS/centres de crise à l'égard des rôles et des responsabilités de chacun concernant les services à donner auprès des personnes endeuillées par suicide.

4.2 Assurer un leadership régional et local pour soutenir les interventions dans les milieux

Cet objectif vise à améliorer des compétences professionnelles, briser l'isolement des intervenants et développer la concertation régionale et locale pour assurer une meilleure continuité et accessibilité des services (RRSSM, 2001).

4.2.1 Améliorer les compétences professionnelles

Jusqu'en 1998, les formations à l'intervention de crise suicidaire sont développées et données par le CPS de la Haute-Yamaska avec l'appui financier de l'Agence. Au cours de cette même période, Suicide action Montréal répond également à de nombreuses demandes de formation sur notre territoire.

Dans le *Plan d'action montréalais en prévention du suicide 2000-2003* (RRSSSM, 2001), les moyens identifiés pour améliorer les compétences professionnelles sont : mettre en place une équipe régionale de formation/postvention en prévention du suicide, produire et diffuser des outils pédagogiques et outiller les médecins omnipraticiens pour mieux détecter et traiter les personnes suicidaires et celles présentant des troubles mentaux.

1) Mettre en place une équipe régionale de formation/postvention en prévention du suicide

■ État d'évolution du dossier

Créée en 1999 à la suite d'une recommandation du comité régional de programmation responsable de l'élaboration du *Plan d'action montréalais en prévention du suicide 2000-2003* (RRSSSM, 2001), l'équipe régionale de formation/postvention a pour mandat principal d'améliorer les compétences professionnelles à l'égard de l'intervention auprès des personnes suicidaires et des personnes touchées à la suite d'un suicide. Cette équipe régionale est constituée d'une coordination, relevant du Centre de prévention du suicide de la Haute-Yamaska (CPSH-Y), et de sept formateurs rattachés administrativement dans chacun des CPS et des centres de crise de la Montérégie.

Les membres de l'équipe régionale sont recrutés en raison de leur expertise clinique. En cours d'emploi, ils bénéficient d'un encadrement professionnel par la coordination de l'équipe régionale et de formations sur la problématique du suicide et ses facteurs associés ainsi que sur les aspects pédagogiques. Certains membres de l'équipe régionale sont également accrédités pour dispenser la formation de l'Association québécoise de la prévention du suicide (AQPS).

Depuis la création de cette équipe régionale, c'est le CPSH-Y qui est l'organisme gestionnaire du programme de formation/postvention. Toutefois, l'ensemble des gestionnaires des CPS et des centres de crise de la Montérégie assurent l'orientation et le suivi de l'implantation de ce programme par des rencontres de gestion, environ six fois par année.

Le budget de fonctionnement de l'équipe régionale est de 325 000 \$ récurrents annuellement depuis 1999. Les sept formateurs sont disponibles, de quatre à cinq jours par semaine, pour réaliser des activités de formation/postvention, dont une journée d'intervention dans les CPS et les centres de crise, afin de maintenir leur expertise clinique.

■ Éléments d'appréciation

Depuis plus de six ans, soit d'avril 1999 à mars 2006, l'équipe régionale de formation/postvention en prévention du suicide a donné plus de 350 formations, de deux jours en moyenne, qui portent sur

l'intervention en situation de crise suicidaire et les mesures de postvention. Au total, c'est plus de 4,600 intervenants de différents organismes qui ont participé à ces formations.

La DSP de la Montérégie (Viens, Roy et Gagnon, 2007) a procédé à une appréciation des activités de formation données par cette équipe régionale. Le rapport révèle, entre autres éléments :

- que les participants sont satisfaits des formations reçues et des formateurs plus particulièrement de leur connaissance du contenu et de leur capacité à le transmettre;
- qu'ils souhaitent avoir accès à d'autres formations plus spécifiques, rendues disponibles dans le cadre de la formation réseau de l'Agence, ainsi qu'à des suivis de formation (*coaching*) afin de mettre en commun des connaissances et des expertises entre collègues;
- que les organismes joints proviennent principalement de trois milieux, soit le milieu communautaire, le milieu scolaire et le milieu de la santé et des services sociaux (CSSS, Centre jeunesse, etc.).

Pour la poursuite de ses activités, les principaux défis de l'équipe régionale de formation/postvention en prévention du suicide sont :

- répondre, de façon équitable, aux besoins de formation en fonction de la population à desservir dans chacun des territoires de CSSS;
- mobiliser les principaux partenaires à l'égard de l'identification des besoins de formation en matière de prévention du suicide, selon les particularités des clientèles à risque, la gamme des services à offrir et les mandats des organisations (ex. CSSS, Centre jeunesse, Centre de réadaptation en toxicomanie, CPS et centres de crise, etc.);
- arrimer l'équipe régionale avec les instances responsables de la formation (Direction de la planification et du développement de la main d'oeuvre de l'Agence, Table montréalaise des directeurs des ressources humaines, réseaux clinico-administratifs (RCA) jeunes et adultes-santé psychosociale), afin que l'offre de formation réponde bien aux besoins des intervenants et que les organisations concernées puissent mettre en place les conditions favorables pour assurer le transfert des apprentissages;
- actualiser l'offre de service en matière de formation afin qu'elle tienne compte des orientations actuelles (projets cliniques et continuum de service, *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP), Plans d'action régional et locaux (PAR-PAL), *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, *Plan d'action intersectoriel en toxicomanie*, *Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes*);
- maintenir l'expertise de formation des membres de l'équipe et, le cas échéant, assurer leur relève.

2) Produire et diffuser des outils pédagogiques

■ État d'évolution du dossier

Pour accroître les compétences professionnelles sur la problématique du suicide, l'équipe régionale de formation/postvention a élaboré des outils pédagogiques de manière à former adéquatement les intervenants à l'intervention de crise suicidaire et aux mesures de postvention.

La formation à l'intervention de crise suicidaire a été développée en 1999 par un consultant externe. Elle a fait l'objet de deux révisions, en 2001 et 2003, par l'équipe régionale de formation/postvention. Cette formation à l'intervention de crise suicidaire, donnée par l'équipe régionale, est conforme avec celle dispensée par l'*Association québécoise de prévention du suicide* (AQPS) particulièrement en ce qui a trait aux différentes étapes de réalisation de cette intervention.

Concernant la formation sur les mesures de postvention, elle a été développée en 2002 et révisée en 2006 par les formateurs de l'équipe régionale avec la collaboration de la DSP. Son contenu s'inspire des travaux d'un groupe d'experts québécois reconnu à l'égard du deuil et de la postvention où la coordonnatrice régionale était associée afin de concevoir un nouveau programme de postvention en milieu scolaire. Ainsi, la formation sur les mesures de postvention, offerte par l'équipe régionale, est arrimée à la logique d'intervention du *Programme de postvention en milieu scolaire, Stratégies d'intervention à la suite d'un suicide*, élaboré par Séguin et autres (2004) et en lien avec l'*Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes* (Julien et Laverdure, 2004).

■ Éléments d'appréciation

Les outils pédagogiques développés par l'équipe régionale de formation/postvention favorisent l'utilisation d'un langage commun entre les intervenants concernés par l'intervention de crise suicidaire et les mesures de postvention.

La mise à jour de ces formations reste toutefois un défi majeur étant donné la progression rapide des connaissances sur la problématique du suicide et les facteurs associés, incluant les troubles concomitants. Pour l'équipe régionale, l'idée d'offrir exclusivement le programme de formation à l'intervention de crise suicidaire, accrédité par l'Association québécoise en prévention du suicide (AQPS), constitue une alternative compte tenu de ses liens avec les centres de recherche sur le suicide au Québec. Cette alternative exigerait cependant l'accréditation ou la réaccréditation de l'ensemble des sept formateurs de l'équipe régionale de formation/postvention en prévention du suicide, ce qui représenterait des coûts importants (1 500 \$ par accréditation).

3) ***Outiller les médecins omnipraticiens à mieux détecter et traiter les personnes suicidaires et celles présentant des troubles mentaux***

■ **État d'évolution du dossier**

Un projet pilote, financé par le MSSS et la DSP de la Montérégie, a été élaboré conjointement par le Centre de recherche sur le vieillissement de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke et la DSP de la Montérégie. Ce projet visait à rejoindre la population à risque de suicide via les médecins généralistes (programme de prévention du suicide s'adressant aux omnipraticiens, PPS-MD). Le rapport, déposé en 2004, porte sur l'évaluation de ce projet pilote réalisé en 1999-2001 (Préville et autres, 2004).

Essentiellement, le projet pilote comportait deux volets. « Le premier volet consiste en des activités de sensibilisation des médecins à la problématique du suicide par une déléguée médicale et une activité de formation incluant la distribution d'outils de bureau susceptibles d'améliorer la capacité du médecin généraliste à identifier, prendre en charge et référer des patients qui présentent des idéations suicidaires sérieuses ou un problème de dépression, d'anxiété ou d'abus ou de dépendance à l'alcool. Le deuxième volet consiste à mettre en place des mesures organisationnelles susceptibles de soutenir l'action des médecins généralistes auprès des patients à risque » (ex. : faciliter l'accès à l'expertise psychiatrique et aux intervenants psychosociaux communautaires en intervention de crise et en suivi psychosocial (Préville et autres, 2004, p. 2-3.)

■ **Éléments d'appréciation**

Les résultats de l'expérimentation du programme de prévention du suicide s'adressant aux omnipraticiens (programme PPS-MD) révèlent notamment :

- que les méthodes de marketing se sont révélées efficaces pour recruter les médecins;
- que l'activité de formation (ex. : utilisation d'une vidéo et de jeux de rôle) et les outils de bureau (ex. : aide-mémoire pour l'identification d'une clientèle présentant un risque suicidaire) ont été jugés utiles par les médecins ainsi que le caractère réaliste de l'intervention dans le cadre d'une pratique clinique sans rendez-vous;
- que l'évaluation de l'efficacité n'a pas permis de mettre en évidence des différences significatives entre les groupes expérimental et témoin pour la détection des patients présentant certains syndromes (troubles anxieux, dépression, alcoolisme/toxicomanie, idéations suicidaires);
- qu'aucune différence particulière entre les groupes concernant la référence à l'organisme communautaire participant au projet n'a été remarquée (Préville et autres, 2004).

Ceci dit, la détection des personnes présentant des idéations ou des comportements suicidaires constitue une voie intéressante. Toutefois, le déploiement d'une telle mesure requiert des conditions structurantes, notamment l'accessibilité à des ressources de 1^{re} et de 2^e ligne en santé mentale. Étant donné que ces

ressources sont jugées insuffisantes, la DSP de la Montérégie n'a pas inclus cette pratique clinique préventive dans son offre de service.

4.2.2 Briser l'isolement des intervenants

L'objectif, briser l'isolement des intervenants, est inscrit dans le *Plan d'action montréalais en prévention du suicide 2000-2003* (RRSSSM, 2001). Le moyen privilégié consiste à donner un soutien clinique formel, individuel ou de groupe, aux intervenants.

■ État d'évolution du dossier

Depuis l'implantation du *Plan d'action montréalais en prévention du suicide 2000-2003*, un service de soutien clinique individuel aux intervenants concernés par la problématique du suicide est offert à ceux qui en font la demande aux CPS et aux centres de crise du territoire.

Un projet pilote de suivi à la formation sur l'intervention de crise suicidaire a également été réalisé en 2002-2003 dans chacune des sept sous-régions de la Montérégie. Ces suivis, offerts aux intervenants ayant participé à cette formation, ont été animés par un clinicien du CPS de la Haute-Yamaska et un formateur de l'équipe régionale de formation/postvention désigné dans chacune des sous-régions. Lors de chacune des rencontres, les sujets retenus s'appuyaient sur des situations cliniques que les participants désiraient discuter afin de développer leurs compétences d'intervention auprès des personnes suicidaires.

■ Éléments d'appréciation

Un soutien clinique individuel des intervenants concernés par la problématique du suicide est disponible, 24 heures sur 24, 7 jours par semaine, dans les CPS et les centres de crise de la Montérégie.

Au plan du soutien clinique de groupe, le projet pilote de suivi à la formation sur l'intervention de crise suicidaire, réalisé en 2002-2003, a démontré que cette activité répond aux besoins des intervenants. Cependant, les modalités de réalisation de cette activité de suivi restent à préciser. La révision de cette mesure, par l'équipe régionale de formation/postvention, est prévue en 2007.

4.2.3 Développer la concertation régionale et locale

Dans le *Plan d'action montréalais en prévention du suicide 2000-2003* (RRSSSM, 2001), des lacunes sont identifiées dans la prestation des services à donner aux personnes suicidaires telles que des problèmes d'articulation et de coordination des activités d'intervention pour assurer une continuité des services offerts.

Afin de diminuer ces lacunes, ce plan d'action montréalais identifie l'importance de mettre en place un comité régional de programmation sur la problématique du suicide et de soutenir les organismes mandatés dans la mobilisation des partenaires locaux. Dans cette perspective, il met l'accent sur le

développement d'une programmation opérationnelle dans les différents niveaux d'intervention pour assurer une meilleure continuité des services (Qui fait quoi? Pourquoi? Quand? Comment?). Cette programmation doit conduire à l'élaboration de protocoles d'intervention permettant de préciser les rôles et les responsabilités de chaque organisme quant aux services à donner aux personnes suicidaires; d'assurer une standardisation des outils d'évaluation de la clientèle; d'établir des ententes de service pour assurer la continuité des interventions auprès des personnes suicidaires et de produire des guides de référence locaux décrivant les rôles et les responsabilités des ressources.

a) Sur le plan régional

■ État d'évolution du dossier

En 1998, un comité régional de programmation sur la problématique du suicide a été mis sur pied afin d'élaborer un plan d'action en lien avec la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* (MSSS, 1998). Ce comité était composé de représentants de différents milieux, scolaire, communautaire et de la santé et des services sociaux ainsi que de permanents de l'Agence. Il a cessé ses activités en septembre 2002 après avoir élaboré le *Plan d'action montréalais en prévention du suicide 2000-2003* (RRSSM, 2001) et soutenu la mise sur pied d'une équipe régionale de formation/postvention en prévention du suicide et d'une ligne téléphonique régionale d'intervention de crise suicidaire.

■ Éléments d'appréciation

La mise sur pied d'un comité régional de programmation a certes favorisé le développement d'une vision commune sur les actions à prioriser en Montérégie au regard de la problématique du suicide.

La non-poursuite des activités de ce comité de programmation, en 2002, n'est pas sans effet sur la concertation régionale entre les principaux partenaires concernés par la problématique du suicide (CPS, centres de crise, CSSS, Centre jeunesse, Centre de réadaptation [Virage]) notamment pour assurer une coordination de l'ensemble des activités prévues dans le plan d'action montréalais. Par coordination régionale, il est fait référence aux activités suivantes :

- veiller à la cohérence du système;
- supporter des comités d'implantation sous-régionaux;
- assurer un monitoring de l'implantation et de l'évaluation des résultats;
- fournir, sur demande, des avis sur les répartitions des allocations budgétaires.

b) Sur le plan local

■ État d'évolution du dossier

Le 14 juin 2004, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie mandatait les CPS/centres de crise en collaboration avec les CSSS pour actualiser le *Plan d'action montréalais en*

prévention du suicide 2000-2003 (RRSSSM, 2001) en lien avec les comités sous-régionaux en santé mentale. L'objectif de la démarche proposée était d'assurer une gamme continue de service auprès des personnes en situation de crise suicidaire, d'en améliorer l'accessibilité, de les rendre proche des milieux de vie, adaptés aux besoins des personnes et de leur entourage ainsi que de leur assurer une précocité dans la réponse aux besoins et une rapidité de l'intervention.

D'une part, ces comités sous-régionaux devaient effectuer un état de situation des services offerts, produire une analyse des limites et des contraintes organisationnelles et, par la suite, travailler à la programmation des cinq niveaux d'intervention retenus dans le plan d'action. Compte tenu de l'expertise des CPS/centres de crise au regard de la problématique suicidaire, ces derniers étaient mandatés, en collaboration avec les CSSS (missions CH et CLSC), pour piloter chacun de ces comités.

D'autre part, considérant les orientations du MSSS en matière de santé mentale/suicide et de son souhait que tous les acteurs s'inscrivent dans la réalisation des cibles prioritaires 2004-2005, l'Agence invitait ces comités sous-régionaux à élaborer des mécanismes de liaison entre les services ou encore des protocoles de sortie de l'urgence (si non existants) entre les CSSS et les CPS/centres de crise afin d'assurer un suivi étroit pour les personnes à potentiel suicidaire élevé.

Ainsi, à la suite d'une démarche de mobilisation des milieux, des projets de maillage de l'offre de service auprès des personnes à potentiel suicidaire élevé ont été déployés dans chacune des sept sous-régions de la Montérégie. Ces sous-régions et les territoires de CSSS correspondants sont :

<i>Sous-régions</i>	<i>Territoires de CSSS</i>
• Châteauguay	Jardins-Roussillon
• Haut-Richelieu/Rouville	Haut-Richelieu/Rouville
• Haute-Yamaska Brome-Missisquoi	de la Haute-Yamaska de la Pommeraie
• Longueuil	Pierre-Boucher Champlain Hôpital Charles LeMoine
• Richelieu-Yamaska	Richelieu-Yamaska
• Bas-Richelieu	de Sorel-Tracy
• Suroît	du Haut-Saint-Laurent du Suroît Vaudreuil-Soulanges

■ Éléments d'appréciation

L'examen de ces projets de maillage de l'offre de service auprès des personnes à potentiel suicidaire élevé permet d'observer des variations sous-régionales au regard des résultats obtenus (voir tableau A-1, annexe 1).

Sur le plan des forces, les gestionnaires des CPS et des centres de crise reconnaissent que le déploiement des projets de maillage de l'offre de service a permis d'accentuer, depuis 2004-2005, les

mécanismes de référence formels entre les différents services auprès des personnes suicidaires. À cet égard, les CSSS et les CPS/centres de crises ont développé en partenariat, une approche plus coordonnée de leurs interventions pour assurer une accessibilité et une continuité des services auprès de ces clientèles.

Le fait de convenir, en sous-région, de mécanismes communs de liaison (fiches de référence, grilles d'évaluation de l'urgence suicidaire, dossiers cliniques, agents de liaison/équipes soignantes) constituent des mesures structurantes qui contribuent à l'atteinte de certains objectifs :

- Développer une vision d'ensemble des différents services d'aide;
- Créer un véritable réseau d'échange d'information où l'on précise la nature de cette information, le véhicule qu'elle emprunte et les délais à l'intérieur desquels le client et son réseau seront évalués;
- Établir des relations solides entre les partenaires fondées sur la confiance mutuelle (Suicide Action Montréal, 2001, [*Projet Marco*]).

Les CSSS font appel, sur une base formelle, aux services des CPS/centres de crise à l'égard des suivis et de l'hébergement des clientèles suicidaires. Ceci représente également un aspect positif, soit une marque de reconnaissance de l'expertise de ces organismes et une mise à profit de l'ensemble des ressources du milieu.

Sur le plan des limites, mentionnons que la réorganisation administrative et clinique dans les CSSS a provoqué dans certains cas la mise en veilleuse des travaux. En ce qui a trait à l'application de la mesure sur le suivi étroit des personnes à potentiel suicidaire élevé, il apparaît que les services d'urgence et de psychiatrie des CSSS n'identifient pas systématiquement la clientèle visée. De plus, aucune mesure spécifique n'encadre, à la sortie des urgences ou des services hospitaliers, les personnes ayant fait une tentative de suicide. À cet effet, des questionnaires de CPS et de centres de crise reconnaissent qu'un travail de sensibilisation doit être poursuivi auprès de ces services afin d'assurer un filet de sécurité des personnes suicidaires lors de leur sortie de l'hôpital.

De plus, les CPS/centres de crise qui ont le mandat d'assurer le suivi étroit des personnes à potentiel suicidaire élevé, ont certes accru, dans la majorité des cas, le nombre de suivis de crise au cours des dernières années; toutefois, les données spécifiques sur le suivi étroit n'ont pas été recensées.

Également, il n'existe aucune balise commune quant au déploiement du suivi étroit des personnes à potentiel suicidaire élevé sur l'ensemble du territoire montréalais (ex. : les caractéristiques de la clientèle à rejoindre [l'intensité de la crise suicidaire], la durée des suivis et le nombre de rencontres par individu, etc.). Cette situation, également observée dans plusieurs autres régions du Québec, a fait en sorte que la Direction de la santé mentale du MSSS a pris l'initiative de mettre sur pied un comité d'experts, en février 2007, afin de préciser les balises qui définiront les principaux contours de cette mesure. Un rapport, à l'étape document de travail, a été déposé en mai 2007.

En terminant, les principaux défis au regard de la poursuite des projets de maillage de l'offre de service auprès des personnes à potentiel suicidaire élevé en Montérégie, concernent les aspects suivants :

- L'identification des personnes à potentiel suicidaire élevé à la sortie de l'hôpital (outil de repérage);
- La consolidation des mécanismes de liaison et de transmission de l'information entre les services concernés par ces clientèles incluant la désignation des agents de liaison;
- L'implication de certains partenaires (ex. : centre de réadaptation Le Virage) à l'égard de l'ensemble de l'offre de service requis par les personnes suicidaires présentant des problèmes de comorbidité;
- La mise en place des balises communes pour assurer un suivi étroit des personnes à potentiel suicidaire élevé.

4.3 Intervenir auprès des groupes à risque

Dans le *Plan d'action montréalais en prévention du suicide 2000-2003* (RRSSSM, 2001), les groupes à risque ciblés sont les hommes, les personnes toxicomanes et celles présentant des troubles mentaux. Afin de mieux rejoindre ces clientèles, trois objectifs sont identifiés : intensifier l'intervention de crise suicidaire auprès des clientèles masculines, soutenir le Centre jeunesse dans l'intervention de crise suicidaire auprès des jeunes et développer des interventions en promotion-prévention auprès des jeunes, des adultes et des personnes âgées.

4.3.1 Intensifier l'intervention de crise suicidaire auprès des clientèles masculines

Cet objectif, présent dans le plan d'action montréalais et le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* (MSSS, 2005b), comporte deux mesures à mettre en œuvre. Il s'agit d'améliorer les pratiques auprès de la clientèle masculine et, plus spécifiquement, celle présentant des problèmes de toxicomanie ou des problèmes mentaux par des activités de formation, et de favoriser les liens entre les organismes de différents champs d'intervention (toxicomanie, santé mentale, violence) et de différents milieux (ex. : communautaire, santé et services sociaux, éducation, syndical et sécurité publique) dans des structures locales de concertation.

■ État d'évolution du dossier

En ce qui a trait à cette mesure, la clientèle priorisée a été surtout celle des hommes en général. Les activités réalisées concernent davantage la sensibilisation des intervenants à la demande d'aide des hommes dans le cadre des activités de formation de l'équipe régionale de formation/postvention.

De plus, un groupe régional de réflexion sur les stratégies d'intervention à promouvoir auprès des hommes a été constitué en 2002-2003. De cette réflexion, un plan d'action a été développé. Ce plan

comprend une démarche d'*empowerment* en milieu de travail qui inclut la présentation d'un sketch sur la réalité et la souffrance des hommes, sur la demande d'aide des hommes, ainsi que sur le développement de réseaux d'aide et d'entraide.

Cet exercice de réflexion a également donné lieu en 2004 à la création d'un organisme communautaire, *l'Odyssée*. Tout en poursuivant le plan de travail développé par le groupe de réflexion, cet organisme maintient une plate-forme de réflexion sur la condition des hommes et soutient les milieux au regard des actions à entreprendre auprès de cette clientèle.

■ Éléments d'appréciation

Concrètement, dans le cadre des activités du groupe de réflexion sur la prévention du suicide auprès de hommes, des activités ponctuelles de sensibilisation ont été réalisées en milieu de travail, notamment à l'usine Pratt & Whitney de Longueuil.

Également, l'organisme *l'Odyssée* a réalisé des activités de prévention du suicide auprès des hommes dans deux territoires de CSSS, du Suroît et Jardins-Roussillon. Leurs activités n'ont toutefois pas été évaluées. Parmi les principales réalisations de cet organisme, mentionnons :

- la participation à des campagnes de sensibilisation sur la demande d'aide des hommes;
- la mise sur pied de groupes d'entraide par les pairs en milieu communautaire et de travail.

Quant aux hommes présentant des troubles mentaux et des problèmes de dépendance, considérés comme groupe à risque de suicide, aucune activité spécifique n'a été réalisée auprès d'eux. Pourtant, une meilleure connaissance des liens entre les troubles mentaux, les problèmes de dépendance et les risques suicidaires représenterait une opportunité de mieux intervenir dans le cadre d'un réseau intégré de service en santé mentale.

À titre d'information, mentionnons que la ligne téléphonique régionale 1 866 APPELLE observe une augmentation constante des demandes d'aide chez les hommes à l'égard de la crise suicidaire.

4.3.2 *Soutenir le Centre jeunesse dans l'intervention de crise suicidaire auprès des jeunes*

Il est bien connu que les jeunes en centre jeunesse représentent une clientèle à risque de suicide. Par conséquent, le *Plan d'action montréalais en prévention du suicide 2000-2003* (RRSSSM, 2001) et la *Stratégie d'action jeunesse 2006-2009* (Ministère du conseil exécutif, 2006) retiennent comme objectifs d'améliorer les pratiques professionnelles auprès de ces jeunes par des activités de formation et d'implanter des équipes multidisciplinaires en prévention du suicide conformément à ce que prévoit le *Protocole d'intervention en situation problématique suicidaire dans les centres jeunesse* produit en 2000 par l'Association des centres jeunesse du Québec, l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, l'Association des hôpitaux du Québec et le Collège des médecins du Québec. Pour l'essentiel, ce protocole comporte trois niveaux d'intervention.

- Le 1^{er} niveau est formé de tous les intervenants (psychosociaux et de réadaptation) du centre jeunesse qui sont en situation de crise auprès des jeunes; ce 1^{er} niveau est donc interne au centre jeunesse.
- Le 2^e niveau est constitué d'une équipe-soutien multidisciplinaire spécialisée en évaluation et en intervention sur la psychopathologie et le suicide; ce 2^e niveau peut être interne au centre jeunesse ou encore résulter d'une coopération entre le centre jeunesse et des partenaires régionaux.
- Le 3^e niveau est celui des spécialistes externes au centre jeunesse appelés en consultation ou à qui on réfère les jeunes pour des traitements spécialisés. Essentiellement constitué de ressources de la psychiatrie et de la pédopsychiatrie, il est, par définition, externe au centre jeunesse.

■ État d'évolution du dossier

Dans le cadre de l'application du protocole d'intervention, les intervenants du Centre jeunesse de la Montérégie peuvent bénéficier, depuis 2003-2004, d'une activité de sensibilisation, d'une journée, sur la problématique du suicide, les facteurs de risque, l'évaluation de l'urgence suicidaire ainsi que sur leur rôle et leur responsabilité dans ce modèle de pratique. Cette activité de sensibilisation, offerte par des formateurs de l'équipe régionale de formation/postvention et du centre jeunesse, est aussi l'occasion de préciser le rôle de l'équipe de 2^e niveau et les modalités d'accès.

Quant à l'équipe-soutien multidisciplinaire spécialisée en évaluation et en intervention sur la psychopathologie et le suicide (équipe de 2^e niveau), elle est en opération depuis octobre 2004. Elle se compose d'un médecin, d'un intervenant du CPS du Haut-Richelieu et de neuf autres professionnels et cadres du Centre jeunesse de la Montérégie. Cette équipe, disponible 24 h sur 24 h, 7 jours par semaine, offre son soutien aux intervenants de 1^{er} niveau du centre jeunesse lesquels peuvent y référer pour une information, une consultation, une intervention en situation de crise suicidaire ou encore pour discuter de certains cas sur une base individuelle ou de groupe.

Enfin, le Centre jeunesse de la Montérégie peut recourir, via le guichet d'accès en santé mentale, à des équipes de 3^e niveau composées de pédopsychiatres afin que certains jeunes obtiennent des traitements spécialisés.

■ Éléments d'appréciation

Depuis 2003-2004, l'équipe régionale de formation/postvention en prévention du suicide a réalisé près de 40 formations au Centre jeunesse de la Montérégie, ce qui représente environ 400 intervenants rejoints. Pour l'équipe régionale, ces formations, d'une journée, constituent surtout des activités de sensibilisation à l'intervention en situation de crise suicidaire.

L'équipe de 2^e niveau au Centre jeunesse de la Montérégie est interpellée environ trois fois par semaine par les intervenants de 1^{er} niveau. Son plus grand défi est d'agir en amont pour prévenir la récurrence des tentatives suicidaires.

Quant à l'équipe de 3^e niveau, son accès doit respecter l'application du principe de la hiérarchisation des services qui comporte un guichet d'accès en santé mentale, accessible et équitable pour tous et qui prévoit une référence préalable aux services de 1^{re} ligne en santé mentale (guichets d'accès) des CSSS.

4.3.3 *Développer des interventions en promotion-prévention auprès des jeunes, des adultes et des aînés*

Pour les jeunes, le *Plan d'action montréalais en prévention du suicide 2000-2003* (RRSSSM, 2001) prévoit différentes actions telles que réaliser un inventaire des activités de prévention du suicide en milieu scolaire; soutenir un réseau d'intérêt composé d'intervenants des milieux scolaires, communautaires et de la santé et services sociaux à l'égard de la problématique du suicide chez les jeunes; soutenir le développement de réseaux d'entraide par les pairs aidants; former les intervenants scolaires et autres intervenants jeunesse sur la problématique chez les jeunes et les moyens d'intervenir en promotion-prévention et expérimenter le programme Réseau-Ado en tant que projet de promotion en santé mentale, de prévention et d'intervention précoce face à la détresse des jeunes (RRSSSM, 2001).

Pour la population en général, le *Plan d'action montréalais en prévention du suicide 2000-2003* (RRSSSM, 2001), le *Programme national de santé publique 2003-2012* (MSSS, 2003), le *Plan d'action régional (PAR) de santé publique 2004-2007 Montréal* (RRSSSM, 2003), le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* (MSSS, 2005b) et la *Stratégie d'action jeunesse 2006-2009* (Ministère du conseil exécutif, 2006) soutiennent l'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide.

Pour les adultes et les personnes âgées, le *Plan d'action régional (PAR) de santé publique 2004-2007 Montréal* (RRSSSM, 2003) et le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* (MSSS, 2005b) retiennent comme cible d'action la sensibilisation du grand public et des professionnels sur les signes avant-coureurs des troubles anxieux et dépressifs.

Pour les jeunes

1) Réaliser un inventaire des activités de prévention du suicide

■ **État d'évolution du dossier**

Cet inventaire, réalisé en 2001, dans 86 écoles secondaires de la Montérégie, a permis :

- d'identifier les besoins en matière de prévention du suicide;
- d'identifier les différentes pratiques dans ce domaine (sensibilisation, intervention de crise, postvention, présence de groupes de pairs aidants, etc.) (Poissant, 2001).

■ **Éléments d'appréciation**

L'inventaire des activités de prévention du suicide dans les écoles secondaires de la Montérégie a permis d'identifier certains besoins et réaliser certaines actions de santé publique telles que :

- la formation des intervenants scolaires sur la problématique du suicide donnée par les formateurs de l'équipe régionale de formation/postvention et la formation sur les moyens d'intervenir en promotion-prévention donnée par la DSP de la Montérégie;
- la sensibilisation des intervenants sur les tables de concertation jeunesse de la DSP par rapport aux stratégies recommandées en prévention du suicide, réappuyées par *l'Avis scientifique sur la prévention du suicide auprès des jeunes* (INSPQ, 2004);
- la formation de formateurs de pairs aidants.

2) Soutenir un groupe d'intérêt composé d'intervenants des milieux scolaires, communautaires et de la santé et des services sociaux à l'égard de la problématique du suicide chez les jeunes

■ État d'évolution du dossier

Entre 2000 et 2003, la DSP a soutenu un groupe d'intérêt, soit environ 150 intervenants, afin de leur assurer une formation continue sur la problématique du suicide. Les activités ont été :

- l'organisation annuelle de colloques sur différents thèmes, en collaboration avec le syndicat des enseignants de Champlain et l'Association canadienne pour la santé mentale, filière Rive-Sud, (ex. : troubles mentaux chez les jeunes, intervention de crise suicidaire, postvention, suivi de deuil, homophobie, quête de sens);
- trois envois d'articles scientifiques aux membres inscrits au groupe d'intérêt (≈ 150 inscriptions).

L'arrêt des activités de soutien du groupe d'intérêt est attribuable à plusieurs facteurs dont la réduction des effectifs et la réorganisation des équipes de travail en santé publique.

■ Éléments d'appréciation

Le soutien d'un groupe d'intérêt composé d'intervenants des milieux scolaires, communautaires et de la santé et des services sociaux à l'égard de la problématique du suicide chez les jeunes a suscité :

- un intérêt des participants à l'égard des thèmes abordés lors des colloques;
- un partage d'information et d'expérience entre les différents milieux d'intervention lors de la tenue de ces colloques;
- le transfert des connaissances sur la problématique du suicide par des envois d'articles scientifiques auprès du groupe d'intérêt.

Notons que l'arrêt des activités du groupe d'intérêt est déploré par les membres de ce groupe.

3) Soutenir le développement de réseaux de pairs aidants

■ État d'évolution du dossier

Il s'agit d'un programme visant à développer les habiletés relationnelles des jeunes déjà interpellés par leurs pairs et à consolider leurs réseaux de soutien. L'intervention est basée sur une approche d'écoute active, d'aide à la résolution de problèmes et de référence à des ressources appropriées.

Entre 2000 et 2006, la DSP a réalisé, financé ou soutenu les activités suivantes :

- des formations régionales, de trois jours, offertes aux intervenants (enseignants, professionnels de la santé, animateurs de maisons de jeunes) afin qu'ils développent des habiletés à mettre en place des programmes de pairs aidants en milieu secondaire par rapport à l'écoute, la résolution de problèmes et la recherche de solutions pour eux-mêmes et pour leurs pairs. En soutien à cette démarche, un théâtre Forum centré sur l'importance de l'entraide et la résolution de problème a été présenté dans une vingtaine d'écoles de la Montérégie entre 2000 et 2002, rejoignant environ 3,000 élèves et 400 intervenants; activité réalisée par un intervenant du CLSC des Maskoutains;
- la mise en place et l'animation d'un comité régional de suivi de projets de pairs aidants composé d'intervenants pivots provenant des maisons de jeunes et d'organismes communautaires en prévention des toxicomanies.

Depuis 2004, la formation des pairs aidants offerte aux intervenants est assurée par deux organismes communautaires Le Carrefour le Moutier et Tel Jeunes. Ce dernier offre également la possibilité à des jeunes de recevoir un soutien téléphonique par rapport à leur rôle de pairs aidants dans le cadre d'un service appelé « Les jeunes branchés ».

En dernier lieu, soulignons la prudence de l'*Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes* à l'égard du recrutement, de l'encadrement, de la formation et du soutien des pairs aidants (Julien et Laverdure, 2004). Cependant, la DSP de la Montérégie tenait déjà compte des éléments de prudence soulevés par cet Avis scientifique que l'on retrouve dans le guide *Les jeunes et l'entraide* (Laurendeau et autres, 1992); guide qui a servi de balises pour la mise en place des réseaux de pairs aidants sur le territoire montréalais.

Toutefois, soulignons que l'approche « pairs aidants » aurait avantage à être balisée dans un cadre de référence qui tiendrait compte des différentes mises en garde à l'égard de son application.

■ Éléments d'appréciation

À ce jour, plus de 90 écoles secondaires de la Montérégie ont participé au programme de formation de pairs aidants et plus de 280 intervenants ont été formés.

Selon les informations obtenues par les membres du comité régional de suivi des projets de pairs aidants, le milieu scolaire apprécie la récurrence des formations offertes par le Carrefour le Moutier et Tel

Jeunes en raison de la mouvance des intervenants impliqués dans la réalisation et le soutien de groupes de pairs aidants en milieu scolaire.

Notons que la formation des pairs aidants vise à renforcer les habilités d'écoute des jeunes déjà interpellés par leurs pairs. De plus, cette mesure n'est pas rattachée spécifiquement à la problématique du suicide.

4) Sensibiliser et former des intervenants scolaires et autres intervenants jeunesse sur la problématique du suicide chez les jeunes et les moyens d'intervenir en promotion-prévention

Auprès des intervenants des écoles primaires

■ État d'évolution du dossier

- Réalisation de deux « Focus Group » afin de connaître les préoccupations et les besoins des intervenants ainsi que leur capacité d'accueil des élèves en situation de détresse;
- Mise sur pied d'un groupe de réflexion, auquel la DSP de la Montérégie était associée en tant que responsable de l'animation des rencontres, qui a donné lieu à l'émergence d'un projet à deux volets pour les écoles primaires, soit :
 - ↳ la promotion de la santé mentale chez les jeunes par le biais d'un conte intitulé « *Victor, Sandrine et le Dragon* », programme développé par le CPS de la Haute Yamaska;
 - ↳ l'utilisation du programme développé par la DSP de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine intitulé « *Le problème du suicide chez les enfants : Comprendre et agir à l'école primaire* » auprès des professeurs et des intervenants cliniques.

Essentiellement, ce projet prévoit la formation d'équipes d'intervention œuvrant en milieu scolaire auprès des jeunes présentant des idéations suicidaires ou ayant fait une tentative de suicide. Les équipes qui seront formées, sont appelées à sensibiliser les directions d'école et le personnel de soutien sur diverses composantes de la problématique du suicide dont le repérage et la référence des jeunes. De plus, ces mêmes équipes d'intervention sont invitées à promouvoir la santé mentale chez les jeunes par la présentation du conte « *Victor, Sandrine et le Dragon* ».

■ Éléments d'appréciation

Une commission scolaire, soit des Patriotes, avec l'implication du syndicat des enseignants de Champlain et la collaboration du CSSS Richelieu-Yamaska, a pris l'initiative de réaliser dans trois écoles primaires le conte « *Victor, Sandrine et le Dragon* » et la formation des professionnels des services complémentaires au programme intitulé : « *Le problème du suicide chez les enfants : Comprendre et agir à l'école primaire* ». La sensibilisation des enseignants sur la problématique du suicide chez les jeunes est prévue au cours de l'année 2007-2008.

Auprès des intervenants des écoles secondaires

■ **État d'évolution du dossier**

- Tournée des tables de concertation *À toute jeunesse* de la DSP pour sensibiliser les intervenants face à la problématique du suicide chez les jeunes et préciser les actions jugées efficaces;
- Projet pilote expérimenté dans la région de Longueuil intitulé « Agir ensemble sur la prévention du suicide chez les jeunes », offert par l'*Association québécoise de prévention du suicide* (AQPS). Bien que ce projet n'a pas été implanté, certaines de ses composantes ont été intégrées à la formation des pairs aidants notamment l'information aux jeunes des dangers de garder le secret d'une confidence suicidaire;
- Formation des intervenants à l'intervention de crise suicidaire et sur les mesures de postvention offertes par l'équipe régionale de formation/postvention en prévention du suicide.

■ **Éléments d'appréciation**

Suite à la tournée des tables de concertation auprès des intervenants jeunesse, il a été observé que les activités dans le cadre de la semaine « *Goût de vivre* » sont axées telles que prévues sur la promotion de la santé mentale des jeunes.

Concernant les formations données par l'équipe régionale, 13 % des participants rejoints pour l'intervention de crise proviennent du milieu scolaire et cette proportion est de 42 % pour les mesures de postvention.

La publication de l'*Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes* (Julien et Laverdure, 2004) a nécessité une révision des stratégies de sensibilisation des jeunes en milieu scolaire. En soutien à cette démarche, la DSP de la Montérégie a produit un document qui se veut un outil favorisant la révision et la mise à jour des pratiques en prévention du suicide dans les écoles secondaires. Sa diffusion est à venir.

5) *Expérimenter l'intervention Réseau-ADO*

■ **État d'évolution du dossier**

Dans le cadre du projet d'intervention *Grandir en santé mentale en Montérégie*, il a été retenu d'implanter l'intervention *Réseau ADO* qu'on définit comme un projet de promotion en santé mentale, de prévention et d'intervention précoce face à la détresse des jeunes de secondaire 1 et 3. Cette intervention vise à augmenter la connaissance des jeunes face aux facteurs qui conditionnent ou nuisent à une bonne santé mentale ; accroître chez les jeunes la verbalisation de leurs préoccupations, augmenter leur confiance face aux ressources d'aide et accroître leur utilisation des services (Gagnon et Poissant, 2006).

Pour évaluer la faisabilité et les retombées du projet en milieu scolaire, une expérimentation a été réalisée en 2003 et 2004 dans quatre territoires de CSSS (du Suroît, du Haut-Saint-Laurent, Champlain

et de la Haute-Yamaska). Le but était de vérifier l'adhésion des partenaires, l'animation et la réception des jeunes ainsi que la mise en place du filet de sécurité à la suite du dépistage des jeunes présentant des indices d'une détresse élevée, d'une situation de violence ou des idéations suicidaires.

■ Éléments d'appréciation

L'intervention *Réseau Ado* en tant que projet de promotion de la santé mentale, de prévention et d'intervention précoce face à la détresse des jeunes du secondaire, a démontré sa faisabilité.

Toutefois, en raison des activités de dépistage du projet, la DSP de la Montérégie souhaite que l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) ou un centre de recherche valide la stratégie séquentielle de dépistage et le questionnaire auto-administré utilisé ainsi que la capacité réelle des milieux d'assurer un suivi des jeunes référés. De plus, certaines caractéristiques de l'intervention devraient être revues afin de respecter les critères « École en santé ». Les conclusions des travaux de ces comités détermineront la poursuite de l'intervention *Réseau Ado*. Pour le moment, la DSP de la Montérégie ne recommande pas l'implantation de *Réseau-Ado*.

Pour la population en général

6) Implanter des réseaux de sentinelles en prévention du suicide

■ État d'évolution du dossier

En 2005-2006, un groupe de travail, composé de huit représentants des DSP et du MSSS, a participé à l'élaboration du *Cadre de référence pour l'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide* (MSSS, 2006). Ce cadre de référence définit qui sont les sentinelles et leur rôle, la contribution des réseaux de sentinelles à la prévention du suicide, les étapes d'implantation et les conditions de réussite.

Dans ce document, « les personnes qui jouent le rôle de sentinelles sont des adultes susceptibles d'être en contact avec des personnes suicidaires par leur travail, leurs activités bénévoles, la place qu'ils occupent dans leur milieu ou leur communauté ou par leurs qualités d'aidants naturels. Ce sont des personnes choisies pour leur lien étroit avec les groupes ou les milieux à risque, s'engageant de façon volontaire, qui sont formées et soutenues pour jouer le rôle attendu d'elles auprès des personnes suicidaires » (MSSS, 2006, p. 29).

En Montérégie, les cadres supérieurs et intermédiaires des CSSS ont été informés des composantes du *Cadre de référence pour l'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide* (MSSS, 2006) et des stratégies de déploiement de ces réseaux dans différents milieux. De plus, le *Plan de déploiement des réseaux de sentinelles en Montérégie* (Roy, 2007) leur a été présenté en février 2006. Les intervenants terrain, désignés pour implanter les réseaux de sentinelles sur chaque territoire de CSSS, ont également reçu une formation en mai 2007 afin de les soutenir dans leur rôle. Actuellement, la DSP collabore avec l'AQPS sur la formation des sentinelles qui sera disponible à l'automne 2007.

■ Éléments d'appréciation

La Montérégie a assuré un leadership sur le plan de la coordination des travaux du groupe de travail provincial à l'égard de l'élaboration du *Cadre de référence pour l'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide* (MSSS, 2006).

La démarche de validation du cadre de référence auprès de 170 professionnels de différentes régions du Québec permet de constater sa pertinence. Sur le plan du contenu, le cadre de référence vise une uniformité de la pratique appuyée sur une logique d'intervention et sa généralisation sur l'ensemble du territoire québécois. L'évaluation de cette mesure est également prévue.

Le déploiement de cette mesure est sous la responsabilité des CSSS et la DSP les soutient dans cette démarche en outillant les responsables de l'implantation et les formateurs des sentinelles. En 2006, quelques réseaux de sentinelles ont été mis sur pied sur le territoire.

Pour les adultes et les aînés

7) Sensibiliser le grand public et les professionnels aux signes avant-coureurs des troubles anxieux et dépressifs

■ État d'évolution du dossier

En Montérégie, aucune activité n'a été réalisée pour sensibiliser le grand public et les professionnels aux signes avant-coureurs des troubles anxieux et dépressifs.

À ce jour, les agences régionales sont en attente d'une campagne nationale, prévue en 2008-2009.

■ Éléments d'appréciation

Dans l'attente d'une campagne nationale de sensibilisation du grand public et des professionnels aux signes avant-coureurs des troubles anxieux et dépressifs, il serait souhaitable que les CSSS prévoient un arrimage entre les différents services afin d'absorber l'augmentation prévisible et souhaitée des demandes d'aide.

4.4 Contrer la banalisation et la dramatisation du suicide en développant le sens de la solidarité et des responsabilités

Constatant que « les messages véhiculés à l'égard du suicide font de cet événement un geste « banalisé » socialement acceptable et contre lequel on pense qu'il est impossible d'agir », diverses mesures ont été proposées dans la *Stratégie québécoise face au suicide* pour contrer cette banalisation et dédramatiser le traitement médiatique du suicide (MSSS, 1998, p. 47). Ces mesures prises en considération dans le *Plan d'action montréalais en prévention du suicide 2000-2003* (RRSSSM, 2001) prévoient l'élaboration d'un plan de communication afin de promouvoir la responsabilité collective et individuelle, l'entraide et la solidarité face au suicide et d'améliorer la qualité de l'information auprès de la

population et des intervenants ainsi que des actions visant à améliorer les relations et les collaborations avec les médias pour favoriser un traitement adéquat de l'information relative au suicide (RRSSSM, 2001). En 2003, le *Programme national de santé publique 2003-2012* (MSSS, 2003) et le *Plan d'action régional (PAR) de santé publique 2004-2007* (PAR) Montérégie (RRSSSM, 2003) retiennent comme activité pour faire diminuer la tolérance sociale face au suicide par la concertation avec les partenaires du réseau et ceux des autres secteurs.

■ État d'évolution du dossier

En cours d'élaboration du *Plan d'action montréalais en prévention du suicide 2000-2003*, une recherche a été réalisée par Groulx (2000) qui documente le traitement journalistique à l'égard de la violence et du suicide. Selon l'auteure, le traitement de l'information est souvent sensationnaliste et peu axé sur une meilleure compréhension de la violence et du suicide ou sur l'aide et les ressources disponibles dans les communautés. Les recommandations de cette étude se rapportent à différentes mesures visant une meilleure collaboration entre les acteurs en violence, en suicide et du monde des médias.

En 2005, ce dossier a fait l'objet d'un intérêt renouvelé en Montérégie. Une réflexion a été réalisée : elle consiste en une démarche visant à identifier les activités de sensibilisation à mettre en œuvre afin de contrer la tolérance sociale face au suicide sur tous les territoires de CSSS dans le cadre d'une concertation intersectorielle (Julien, 2006).

■ Éléments d'appréciation

Les recommandations du rapport Groulx (2000) ont été discutées au sein de l'Agence mais aucune suite n'a été donnée.

Quant à l'étude de Julien (2006), elle soulève des questionnements à propos des attitudes sur lesquelles il faudrait intervenir de même que sur les moyens qu'il faudrait mettre en œuvre pour contrer la tolérance sociale face au suicide.

« Compte tenu que les questions soulevées dans ce document dépassent l'intérêt régional, il est proposé de recommander aux instances chargées de réviser le PNSP de former un groupe de travail qui verrait à produire des repères, tant au niveau éthique, théorique qu'opérationnel, pour juger de la pertinence, de la cohérence et de la sécurité des actions qui visent à agir sur les attitudes des Québécois face au suicide. Ce groupe pourrait faire le point sur les connaissances à propos des attitudes des Québécois face au suicide et les facteurs susceptibles de les influencer, identifier différentes voix d'action susceptibles d'agir sur les attitudes en cause et sur les conditions de leur mise en œuvre et enfin, produire les outils susceptibles de soutenir la mise en œuvre des actions qui auront été retenues » (Julien, 2006, p. 37).

4.5 Réduire l'accès et minimiser les risques associés aux moyens

Dans le cadre du *Plan d'action montréalais en prévention du suicide 2000-2003* (RRSSSM, 2001), il est prévu de poursuivre l'implication de la santé publique dans la *Coalition nationale pour le contrôle des armes à feu* et faire un suivi des recommandations formulées sur les suicides au pont Jacques-Cartier. Également, ce plan d'action tout comme le *Programme national de santé publique 2003-2012* (MSSS, 2003) et le *Plan d'action régional (PAR) de santé publique 2004-2007* Montréal (RRSSSM, 2003) souhaitent sensibiliser les intervenants sur l'importance de vérifier la présence d'armes à feu et de médicaments auprès des personnes suicidaires et de les informer des procédures pour les saisir. Chez les personnes âgées, il a été retenu de prévenir la possession inappropriée de médicaments par un ménage de la pharmacie personnelle. Cette dernière mesure a été inscrite dans le *Plan d'action régional 2005-2010* (PALV), de l'Agence (ADRLSSSM, 2005).

4.5.1 Poursuivre l'implication de la santé publique pour le contrôle des armes à feu

■ État d'évolution du dossier

En ce qui concerne le contrôle des armes à feu, les actions de santé publique ont consistées à soutenir les initiatives de la *Coalition nationale* entre 2000 et 2006 pour faire adopter la *Loi sur les armes à feu*, C-68, et assurer une vigilance quant à son application en faisant connaître les actions proposées (transmission de l'information, lettres d'appui, moyens de pression auprès des députés, etc.).

Plus récemment, en 2006, la DSP de la Montérégie a produit un document de travail présenté à la Table de concertation nationale de santé publique qui décrit l'importance de la Loi C-68 comme moyen d'identification des propriétaires d'armes à feu et de contrôle de l'utilisation et de l'entreposage de celles-ci ainsi que de ses impacts sur les facteurs de risque associés au suicide.

■ Éléments d'appréciation

En Montérégie, les actions de santé publique à l'égard du contrôle des armes à feu se résument donc à un rôle d'influence et de sensibilisation des intervenants et des décideurs face à l'application de la Loi C-68.

4.5.2 Limiter l'accès au pont Jacques-Cartier

■ État d'évolution du dossier

C'est en janvier 2002 qu'un groupe de travail est formé pour formuler des recommandations en vue de réduire le nombre important de suicides qui, chaque année, se produit sur le pont Jacques-Cartier. Ce groupe de travail, initié par le coroner Paul G. Dionne à la suite du dépôt de son rapport d'investigation sur le suicide d'un homme à partir du pont Jacques-Cartier, est composé des décideurs de la gestion du

pont, de policiers, pompiers et ambulanciers ainsi que de professionnels et gestionnaires des milieux de la santé, des services sociaux et communautaires (Dionne, 2002).

En octobre 2002, le coroner Dionne présente les recommandations du groupe de travail, soit :

- réaliser une étude de faisabilité, menée par une firme de consultants, afin de déterminer quel type de barrière anti-saut pourrait être installée sur le pont;
- installer des téléphones dédiés et des affiches sur le pont;
- implanter une équipe de patrouille civile à vélo sur le pont;
- favoriser le repérage des personnes suicidaires qui se rendent sur le pont;
- favoriser une prise en charge et un suivi coordonnés dans des hôpitaux désignés, aux personnes qui font une tentative de suicide depuis le pont;
- assurer la formation des intervenants en première ligne et la mise à jour régulière de celle-ci;
- sensibiliser les médias au phénomène de contagion et favoriser une couverture médiatique responsable pour réduire les risques de suicide;
- mettre en place un mécanisme de suivi des recommandations.

À la demande de La Société des ponts fédéraux, une étude de faisabilité pour l'installation d'une barrière anti-saut sur le pont Jacques-Cartier est réalisée, en octobre 2003, par une firme de consultants indépendants. Dans son rapport, une analyse psychologique du comportement suicidaire, élaborée par le docteur Marc Daigle, mentionne que le risque de déplacement vers d'autres lieux ou vers d'autres moyens de se suicider, advenant l'installation de barrières anti-saut sur le pont Jacques-Cartier, serait faible, du moins à court et à moyen terme; ce rapport précise le type de barrière anti-saut répondant globalement le mieux aux différents critères techniques, esthétiques et économiques retenus.

■ Éléments d'appréciation

Suite à l'étude de faisabilité et de l'attitude positive des médias, l'ensemble des recommandations du groupe de travail sur le suicide depuis le pont Jacques-Cartier ont été mises de l'avant. Entre autres éléments, la Société des ponts fédéraux a entrepris l'installation de la barrière anti-saut sur le pont Jacques-Cartier au printemps 2004.

Depuis l'installation de cette barrière anti-saut, en novembre 2004, on est passé de 43 à 3 tentatives de suicide et de 9 à 3 suicides annuellement sur le pont Jacques-Cartier. Concernant ces suicides, deux d'entre eux se sont produits à un même endroit sur ce pont et des correctifs ont été apportés à la barrière anti-saut suite à ces événements.

4.5.3 Sensibiliser les intervenants à l'égard de la vérification de la présence d'armes à feu ou de médicaments chez les personnes suicidaires

Auprès des intervenants

■ État d'évolution du dossier

Des actions de sensibilisation des intervenants sur l'importance de vérifier la présence d'armes à feu ou de médicaments chez les personnes suicidaires ainsi que les informer des procédures pour faire saisir une arme à feu, si nécessaire, ont été réalisées dans le cadre des formations à l'intervention de crise suicidaire offertes par l'équipe régionale de formation/postvention. De plus, des dépliants de sensibilisation, *Les armes et vous : Êtes-vous à l'abri du drame?* et *Les médicaments et vous : de bonnes habitudes pour la vie* du Centre de prévention du suicide 02, ont été distribués par cette même équipe régionale dans différents organismes du milieu et les pharmacies.

■ Éléments d'appréciation

Pour informer et outiller davantage les intervenants à l'égard de la vérification d'armes à feu chez les personnes suicidaires, l'équipe santé mentale de la DSP de la Montérégie a élaboré une offre de service. Il s'agit d'un atelier d'information qui est offert dans les CSSS depuis mars 2007. Quant au volet médicament, l'atelier d'information réfère à la grille de soutien à l'intervention produite dans le cadre de l'évaluation du projet *Ménage de la pharmacie* réalisée par la DSP (Viens, Moisan, Massicotte et Lagacé, 2004).

Auprès des personnes âgées

■ État d'évolution du dossier

Un projet pilote d'intervention intitulé *Ménage de la pharmacie*, réalisé au CSSS Champlain (mission CLSC Saint-Hubert), a fait l'objet d'une évaluation d'implantation et de résultats en mars 2004 (Viens, Moisan, Massicotte et Lagacé, 2004).

Dans la perspective de démontrer la faisabilité et l'utilité de l'intervention, ce projet pilote a permis de rejoindre la clientèle recevant des soins infirmiers à domicile qui présente une condition chronique pour une période prolongée.

Ce projet « a pour but d'améliorer la gestion que fait la population ciblée des médicaments qu'elle a en sa possession et en diminuer l'usage inadéquat. Plus précisément, il s'agit d'éliminer du domicile du client tout médicament inutile, périmé ou en quantité irrationnelle; identifier les lacunes dans la façon d'entreposer, de conserver ou de gérer les médicaments; corriger ces lacunes ou référer, si indiqué, le client au pharmacien ou à son médecin afin qu'il reçoive le soutien professionnel nécessaire » (Viens, Moisan, Massicotte et Lagacé, 2004, p. 20).

Pour y parvenir, l'intervention choisie est l'examen des médicaments conservés au domicile du client par l'infirmière des soins à domicile. Pour aider l'infirmière à effectuer son intervention, une grille-outil a été élaborée et une procédure d'examen des médicaments conservés à domicile a été prévue.

■ Éléments d'appréciation

L'évaluation de l'implantation et des résultats du projet pilote *Ménage de la pharmacie* (Viens, Moisan, Massicotte et Lagacé, 2004) présente les résultats suivants.

- La population rejointe (n : 87) se compose de 72 % de femmes et de 29 % d'hommes âgés de 65 ans et plus dans une proportion de 93 %; l'âge moyen de ce groupe est de 77 ans.
- En moyenne, chaque individu compte 15 médicaments ou produits naturels différents dont 11 médicaments prescrits, trois médicaments en vente libre et un produit naturel.
- De plus, 67 % de la clientèle rejointe présente au moins un problème quant à la gestion de ses médicaments ou produits naturels; les problèmes les plus fréquemment rencontrés se rapportent aux médicaments périmés ou qui ne sont plus requis et à l'entreposage.
- Les interventions proposées, quand un problème ou plus a été identifié, ont été réalisées dans une proportion de 78 %, soit par le client ou par l'infirmière si la situation l'exigeait.

La réalisation de l'intervention *Ménage de la pharmacie* représente une activité viable dans les CSSS en autant que les directions générales en fassent un projet d'établissement. Qui plus est, ce projet paraît être une intervention de nature à diminuer certains dangers reliés à l'usage des médicaments et produits naturels à l'égard particulièrement des médicaments périmés, de ceux qui ne sont plus requis et de ceux dont l'entreposage est inadéquat (Viens, Moisan, Massicotte, Lagacé, 2004).

Cette intervention a donc été inscrite au *Plan d'action régional 2005-2010*, « Les services aux personnes âgées en perte d'autonomie » pour réalisation par les CSSS (ADRLSSSM, 2005).

5. ANALYSE ET PISTES D'AMÉLIORATION

Suite à l'analyse descriptive détaillée de l'évolution des différentes mesures déployées sur la problématique du suicide en Montérégie, présentée à la section précédente, l'analyse transversale de contenu dégage les progrès réalisés et les améliorations souhaitées selon des types de service, des axes d'action et des catégories d'activité.

Les types de service concernent trois aspects du continuum d'intervention en santé mentale et suicide, soit :

- **Les services de promotion de la santé mentale et de prévention.** En lien avec le *Programme national de santé publique* (PNSP), ces activités regroupent un ensemble de mesures destinées à prévenir le suicide en agissant sur certains risques ou en réduisant les conditions sociales défavorables. Cette définition inclut la notion de promotion de la santé dont le but est de créer des conditions et des habitudes de vie favorables à la santé et au bien-être de la population (MSSS, 1998). À cet effet, les activités de promotion de la santé mentale et de prévention du suicide visent notamment la sensibilisation des intervenants, le soutien des milieux pour l'implantation de réseaux de sentinelles, la réduction de l'accès aux moyens et la diminution de la tolérance face au suicide.
- **Les services de crise suicidaire.** Ces services se rapportent à la gamme essentielle de service qui sont l'intervention téléphonique de crise suicidaire, l'intervention de crise « face à face » dans la communauté, le suivi de crise et le suivi étroit des personnes présentant un potentiel suicidaire élevé ainsi que l'hébergement de crise temporaire.
- **Les services de postvention.** Ces services, qui font également partie de la gamme essentielle de services, concernent l'intervention milieu à la suite d'un suicide et les services aux endeuillés par suicide (individuel, familial ou de groupe).

L'examen du corpus d'information issu de l'analyse descriptive permet de mettre en évidence certains axes structurants de l'action au cours de la période étudiée. Ces axes se rapportent aux quatre aspects suivants :

- L'axe **offre de service** réfère à des activités spécifiques à l'intention des clientèles ou des intervenants pour répondre à certains besoins. Cet axe couvre les dimensions du continuum d'intervention en santé mentale (incluant le suicide), soit prévenir, guérir et soutenir.
- L'axe **sensibilisation et développement des compétences** des intervenants renvoie principalement aux activités d'information et de formation.

- L'axe **études et projets pilotes** a trait aux activités de recherche et d'évaluation pour améliorer les connaissances, objectiver les situations ou fournir des éléments d'aide à la prise de décision.
- L'axe **mobilisation, concertation et mise en œuvre des mécanismes de liaison** entre les partenaires fait référence à des activités de planification de l'action, de mobilisation et de concertation des acteurs dans le cadre de projets spécifiques et de la mise en commun d'outils de travail pour assurer une accessibilité et une continuité des services auprès des clientèles suicidaires.

Les catégories d'activité regroupent quatre ensembles d'action qui réfèrent à des étapes de développement. Ces catégories sont définies comme suit :

- La catégorie **orientation** réfère à des activités qui précèdent l'action elle-même. Il s'agit d'activités de planification et de programmation ou encore d'études ou de projets pilotes.
- La catégorie **mise en œuvre** concerne des activités qui émergent du processus de planification et de programmation.
- La catégorie **développement de l'accessibilité des services** a trait à des activités déjà existantes qui s'inscrivent dans une perspective de consolidation de l'action.
- La catégorie **accompagnement et transfert des connaissances** constitue une modalité de soutien aux intervenants dans la réalisation des activités ou celles qu'on souhaite améliorer.

Les propos qui suivent, présentent les résultats de cette analyse transversale.

5.1 *Classification des progrès réalisés et des améliorations souhaitées par type de service*

Cette section rend compte pour chacun des types de service identifiés, les progrès réalisés et les améliorations souhaitées par catégorie d'activité tout en indiquant l'axe structurant de l'action. Rappelons que ces résultats proviennent des propos rapportés par les répondants consultés et ne représentent pas le portrait exhaustif de ce qui est réalisé sur le territoire. Par contre, ils présentent les principales préoccupations des différents acteurs. La synthèse de cette démarche est présentée au tableau 2.

TABLEAU 2
Classification des progrès réalisés et des améliorations souhaitées sur la problématique du suicide en Montérégie par catégorie d'activité selon les types de service tout en indiquant les axes d'action ¹

1. ACTIVITÉS D'ORIENTATION

PROGRÈS RÉALISÉS	AMÉLIORATIONS SOUHAITÉES
Services de promotion et de prévention • Rapport de travail à la TCNSP concernant l'importance du contrôle des armes à feu (2) • Participation au groupe de travail recommandant l'installation d'une barrière anti-saut sur le pont Jacques-Cartier (2) • Participation à l'élaboration d'un cadre de référence provincial concernant les réseaux de sentinelles (2) • Expérimentation du projet Réseau-Ado (3) • Expérimentation du programme PPS-MD auprès des médecins (3) • Réalisation d'un inventaire des activités en prévention du suicide dans les écoles secondaires (3) • Étude régionale concernant la tolérance face au suicide (3) • Expérimentation de l'intervention <i>Ménage de la pharmacie</i> (3) • Élaboration d'une offre de service en santé publique (atelier d'information) pour sensibiliser les intervenants au risque associé à l'accessibilité à une arme à feu et aux médicaments chez les personnes suicidaires et à l'importance de la vérification (2) Services de crise suicidaire • Mise en place d'un comité régional de programmation en prévention du suicide entre 1999 et 2002 (4) • Développement d'une vision commune des actions à prioriser dans le cadre du <i>Plan d'action montréalais en prévention du suicide</i> (4) • Développement d'un programme de formation en matière d'intervention de crise suicidaire (2) • Expérimentation d'activités de suivi à la formation (coaching) sur l'intervention de crise suicidaire (3) Services de postvention • Développement d'un programme de formation sur les mesures de postvention arrimé à la logique d'intervention du <i>Programme de postvention en milieu scolaire</i> (2)	Services de promotion et de prévention • Établissement d'un cadre formel de l'approche « pairs aidants » (2) • Réflexion à poursuivre sur la nature et la pertinence du projet Réseau Ado (3) • Réflexion à poursuivre pour juger de la pertinence, de la cohérence et de la sécurité des mesures à mettre en œuvre pour contrer la tolérance face au suicide (3) • Connaissance des orientations provinciales à l'égard des actions à mener en prévention du suicide face à la sensibilisation du public et des professionnels sur les signes avant-coureurs des troubles anxieux et dépressifs (2) • Poursuite de la réflexion sur les moyens d'outiller les médecins pour mieux détecter et traiter les personnes suicidaires et celles présentant des troubles mentaux (3) Services de crise suicidaire • Établissement de balises communes en matière de suivi étroit pour les personnes à potentiel suicidaire élevé (document de travail au MSSS) (4) • Établissement de mécanismes de liaison entre la ligne régionale d'intervention de crise suicidaire (1 866 APPELLE) et la ligne Info-Social (4) • Identification d'un modèle d'organisation de service permettant l'application de l'article 8 de la Loi P-38.001 pour assurer une alternative à l'hospitalisation des clientèles en crise suicidaire (4) Services de postvention • Clarification des rôles et des responsabilités entre les partenaires (CPS / centres de crise et CSSS) à l'égard des services aux personnes endeuillées par suicide par des ententes formelles (4)

1. Quatre axes structurants de l'action sont identifiés :
1. Offre de service
2. Sensibilisation et développement des compétences
3. Études et projets pilotes
4. Mobilisation, concertation et mise en œuvre de mécanismes de liaison

TABLEAU 2
Classification des progrès réalisés et des améliorations souhaitées sur la problématique du suicide en Montérégie par catégorie d'activité selon les types de service tout en indiquant les axes d'action ¹
(suite)

2. ACTIVITÉS DE MISE EN OEUVRE

PROGRÈS RÉALISÉS	AMÉLIORATIONS SOUHAITÉES
Services de promotion et de prévention • Émergence de l'organisme communautaire L'Odyssée à l'égard de la demande d'aide des hommes (1) • Soutien de l'organisme l'Odyssée face à la sensibilisation de la demande d'aide des hommes et de la mise en place de groupes d'entraide (2) • Déploiement de quelques réseaux de sentinelles et arrimage avec le cadre de référence provincial en 2006 (1) • Sensibilisation des intervenants par l'équipe régionale au risque que représente l'accessibilité à une arme à feu chez les personnes suicidaires (2) • Mobilisation de multiples partenaires en matière de prévention du suicide (4) Services de crise suicidaire • Mise en place d'une ligne régionale d'intervention de crise suicidaire (1 866 APPELLE) (1) • Mise en place d'une équipe 2^e niveau dans le Centre Jeunesse pour soutenir les intervenants de 1^{er} niveau (1) • Financement des CPS/centres de crise à l'égard du suivi étroit pour les personnes à potentiel suicidaire élevé (1) • Mobilisation et concertation des partenaires locaux à l'égard de la problématique suicidaire (4) • Émergence de projets de maillage de l'offre de service auprès des personnes à potentiel suicidaire élevé (4) • Approche mieux coordonnée pour assurer l'accessibilité et la continuité des services auprès des personnes suicidaires (4) • Déploiement de mécanismes de liaison entre les partenaires (fiches de référence, grilles d'évaluation de l'urgence suicidaire, dossiers cliniques, agents de liaison, etc.) (4) • Mise en place d'une équipe régionale de formation à l'intervention de crise suicidaire (2) Services de postvention • Mise en place d'une équipe régionale de formation aux mesures de postvention (2) • Déploiement de protocoles de postvention, particulièrement dans les écoles secondaires, par l'équipe régionale (1)	Services de promotion et de prévention • Augmentation de la capacité d'action des CSSS concernant le déploiement des réseaux de sentinelles (1) Services de crise suicidaire • Poursuite des activités de concertation régionales afin d'assurer une cohérence d'ensemble à l'égard de l'application des mesures locales face au suicide (4) • Accessibilité à des suivis de formation (coaching) sur l'intervention de crise suicidaire (2) • Déploiement d'activités spécifiques auprès des hommes présentant des problèmes de comorbidité (1) Services de postvention • Déploiement de protocoles de postvention dans les écoles primaires, les CEGEP et particulièrement les milieux de travail (1)

1. Quatre axes structurants de l'action sont identifiés :
 1. Offre de service
 2. Sensibilisation et développement des compétences
 3. Études et projets pilotes
 4. Mobilisation, concertation et mise en œuvre de mécanismes de liaison

TABLEAU 2
Classification des progrès réalisés et des améliorations souhaitées sur la problématique du suicide en Montérégie par catégorie d'activité selon les types de service tout en indiquant les axes d'action ¹
(suite)

3. ACTIVITÉS DE DÉVELOPPEMENT DE L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES

PROGRÈS RÉALISÉS	AMÉLIORATIONS SOUHAITÉES
Services de promotion et de prévention • Installation d'une barrière anti-saut sur le pont Jacques-Cartier (1) Services de crise suicidaire • Accessibilité d'une ligne téléphonique régionale d'intervention de crise suicidaire 24h/7j (1) • Augmentation de la demande d'aide des hommes via la ligne téléphonique régionale d'intervention de crise suicidaire (1) • Rehaussement du nombre de suivis de crise et de suivis étroits auprès des personnes suicidaires (1) Services de postvention • Développement des services aux personnes endeuillées par suicide (1) • Soutien des CPS/centres de crise et des CSSS dans l'accompagnement des milieux en matière de postvention (1) • Collaboration entre les CPS/centres de crise et les CSSS en matière de postvention milieu (4)	Services de crise suicidaire • Ajout de lits d'hébergement de crise, sécuritaires et disponibles dans l'ensemble des sous-régions (1) • Développement des services d'intervention de crise « face à face », avec déplacement dans la communauté (1) • Recours adéquat aux services par une approche en réseau intégré de service à l'égard de la crise et de la crise suicidaire et de l'utilisation appropriée des services d'urgence (1) • Offre de service en matière de formation des intervenants répartie équitablement entre les CSSS concernant l'intervention de crise suicidaire (2) • Consolidation des mécanismes de liaison entre les CPS/centres de crise et les CSSS particulièrement dans les services d'urgence et de psychiatrie et arrimage avec les services de 1^{re} ligne en santé mentale des CSSS-jeunes et adultes (4) Services de postvention • Accessibilité de la gamme des services aux personnes endeuillées par suicide (1) • Offre de service en matière de formation des intervenants répartie équitablement entre les CSSS concernant les mesures de postvention (2)

4. ACTIVITÉS D'ACCOMPAGNEMENT ET TRANSFERT DES CONNAISSANCES

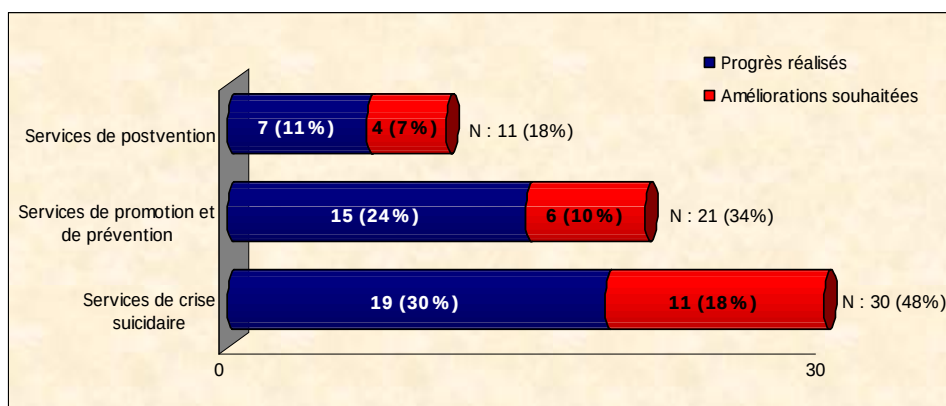
PROGRÈS RÉALISÉS	AMÉLIORATIONS SOUHAITÉES
Services de crise suicidaire • Développement d'une expertise d'intervention de crise suicidaire dans les CPS/centres de crise (1) • Transfert de l'expertise sur l'intervention de crise suicidaire dans les milieux (2) • Soutien clinique individuel des intervenants en matière d'intervention de crise suicidaire par les CPS/centres de crise (2) • Sensibilisation des intervenants aux particularités des hommes via les formations données par l'équipe régionale (2) Services de postvention • Transfert de l'expertise sur les mesures de postvention dans les milieux (2)	Services de promotion et de prévention • Mobilisation de différents partenaires en santé publique par des activités d'information et de formation continue auprès des intervenants (groupe d'intérêt) (2)

1. Quatre axes structurants de l'action sont identifiés :
1. Offre de service
2. Sensibilisation et développement des compétences
3. Études et projets pilotes
4. Mobilisation, concertation et mise en œuvre de mécanismes de liaison

Ainsi, pour la période étudiée, soit entre 2000 et 2006, l'analyse des activités recensées face à la problématique du suicide en Montérégie, présentée au tableau 2, a permis de mettre en évidence les aspects mobilisateurs de l'évolution des services. Tout d'abord, cette analyse fait ressortir les progrès réalisés et les améliorations souhaitées. À cet effet, il s'avère que le nombre de progrès réalisés est supérieur à celui des améliorations souhaitées dans une proportion de 66 % (41/62 activités ou mentions recensées).

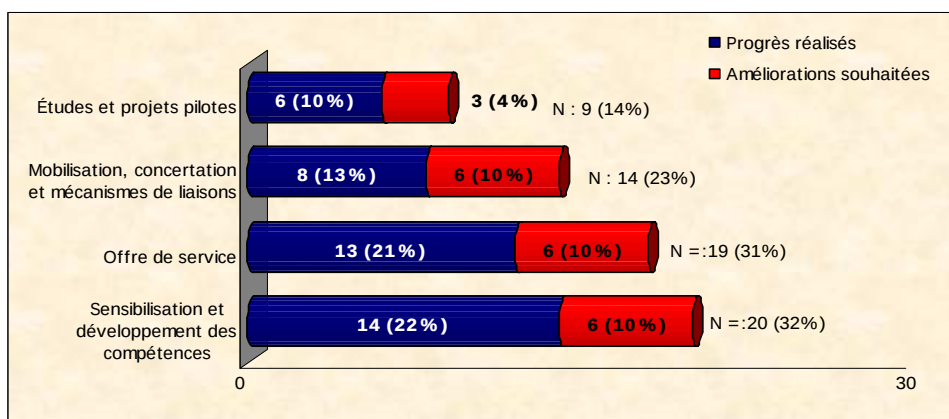
Par type de service, la figure 1 montre que les progrès réalisés et les améliorations souhaitées se situent davantage dans les services de crise suicidaire qui regroupent 48 % des mentions (n : 30). Les services de promotion de la santé mentale et de prévention du suicide ainsi que les services de postvention comptent respectivement pour 34 % (n : 21) et 18 % (n : 11) des mentions.

Figure 1
Répartition (n, %) des progrès réalisés et des améliorations souhaitées face à la problématique du suicide en Montérégie selon des types de service (n : 62)



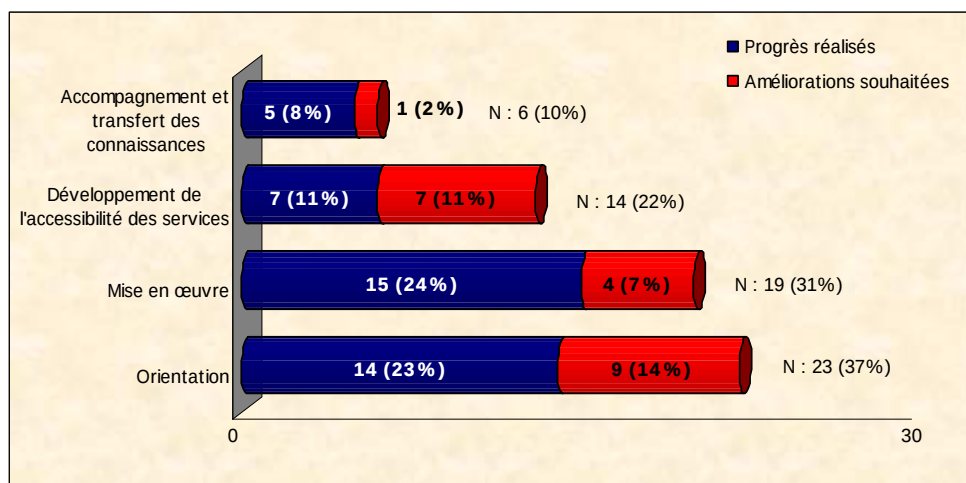
Par axe structurant de l'action, la figure 2 nous révèle les types d'action qui ont été déployés ou qui devraient être améliorés. Ainsi, nous observons que la majorité des actions recensées se rapporte à l'axe sensibilisation et développement des compétences (ex. : formation des intervenants) et l'axe offre de service (ex. : développement des services aux personnes endeuillées par suicide).

Figure 2
Répartition (n, %) des progrès réalisés et des améliorations souhaitées face à la problématique du suicide en Montérégie selon des axes structurants de l'action (n : 62)



Par catégorie d'activité, la figure 3 situe les activités recensées selon leur étape de développement. Tant pour les progrès réalisés que les améliorations souhaitées, ces activités concernent principalement les activités d'orientation (ex. : participation au groupe de travail recommandant l'installation d'une barrière anti-saut sur le pont Jacques-Cartier) et les activités de mise en œuvre (ex. : émergence de projets de maillage de l'offre de service auprès des personnes à potentiel suicidaire élevé).

Figure 3
Répartition (n, %) des progrès réalisés et des améliorations souhaitées face à la problématique du suicide en Montérégie selon des catégories d'activité (n : 62)



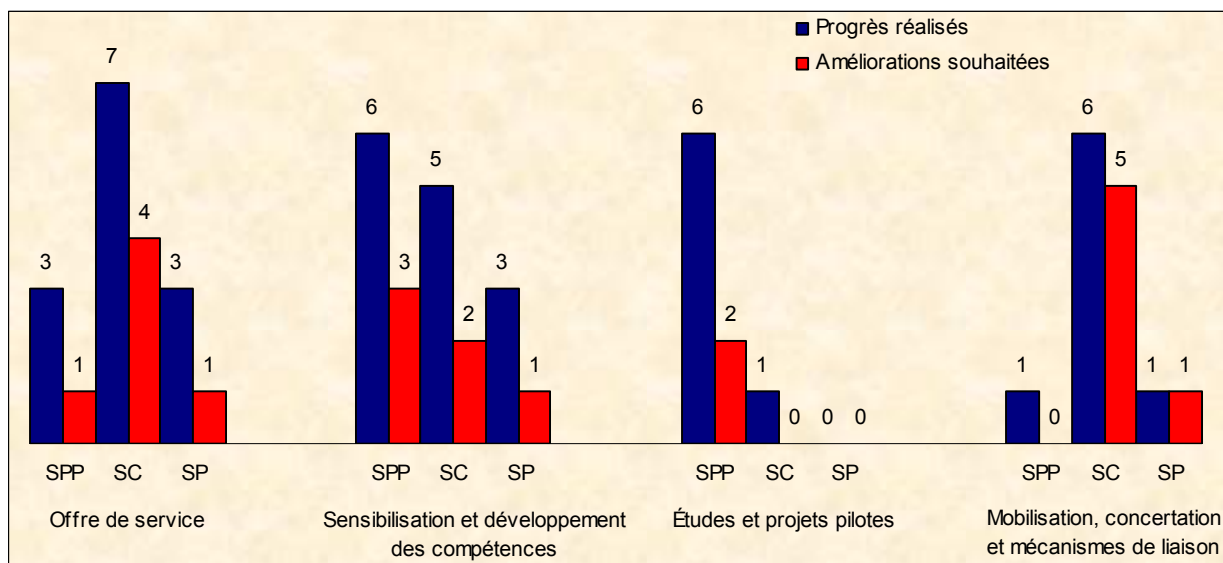
Également, cette analyse transversale par axe structurant de l'action et par catégorie d'activité a permis de mieux préciser les progrès réalisés et les améliorations souhaitées pour chacun des types de service. Les figures 4 et 5 appuient les propos qui suivent.

Concernant les services de promotion de la santé mentale et de prévention du suicide, les progrès réalisés concernent deux axes structurants de l'action, soit les activités de sensibilisation et de développement des compétences des intervenants et les études ou projets pilotes (ex. : expérimentation du programme PPS-MD auprès des médecins). Les améliorations souhaitées se situent dans ces mêmes axes comme, la poursuite de la réflexion pour contrer la tolérance face au suicide ou encore pour sensibiliser le public ou les professionnels sur les signes avant-coureurs des troubles anxieux et dépressifs.

Les activités d'orientation (ex. : études et projets pilotes) et les activités de mise en œuvre (ex. : mobilisation de partenaires multiples dans la réalisation de projets) circonscrivent bien les progrès réalisés comme les améliorations souhaitées en promotion de la santé mentale et en prévention du suicide.

Figure 4

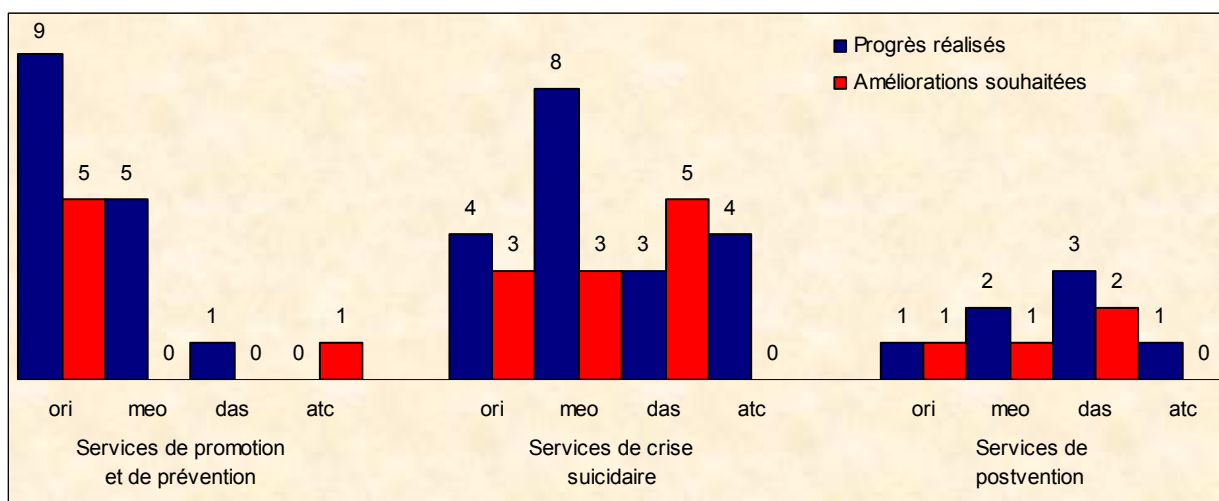
Répartition (n) des progrès réalisés et des améliorations souhaitées face à la problématique du suicide en Montérégie selon des axes d'action et par type de service (n : 62)



SPP : services de promotion et de prévention SC : services de crise suicidaire SP : services de postvention

Figure 5

Répartition (n) des progrès réalisés et des améliorations souhaitées face à la problématique du suicide en Montérégie selon des types de service et par catégorie d'activité (n : 62)



ORI : orientation
MEO : mise en œuvre

DAS : développement de l'accessibilité des services
ATC : accompagnement et transfert des connaissances

Concernant les services de crise suicidaire, les progrès réalisés se situent dans trois axes structurants de l'action, soit l'offre de service (ex. : mise en place d'une équipe de 2^e niveau au Centre jeunesse de la Montérégie pour soutenir les intervenants de 1^{re} niveau face à des jeunes présentant des problématiques suicidaires), la sensibilisation et le développement des compétences des intervenants ainsi que la mobilisation, la concertation et les mécanismes de liaison entre les partenaires (ex. : grilles ou fiches de référence, agents de liaison, etc.). Par contre, la consolidation de ce dernier axe est également identifiée parmi les améliorations souhaitées.

Les activités de mise en œuvre (ex. : projet de maillage de l'offre de service et financement des CPS/centres de crise pour assurer le suivi étroit des personnes à potentiel suicidaire élevé) et les activités d'accompagnement et de transfert des connaissances (ex. : formation et soutien des intervenants) caractérisent bien les progrès réalisés dans les services de crise suicidaire. Quant aux améliorations souhaitées, elles se rapportent entre autres éléments au développement de l'accessibilité des services de crise suicidaire (ex. : intervention « face à face » dans le milieu et lits d'hébergement de crise) qui devraient s'inscrire dans une approche de réseaux intégrés de service à l'égard de la gestion de la crise et de la crise suicidaire et de l'utilisation appropriée des services d'urgence.

Concernant les services de postvention, les progrès réalisés se situent dans deux axes structurants d'action qui sont la sensibilisation et le développement des compétences des intervenants et l'amélioration de l'offre de service au plan de la postvention milieu et du soutien des personnes endeuillées.

Les activités de développement de l'accessibilité des services de postvention caractérisent bien les progrès dans ce domaine d'intervention. Cependant, les activités d'orientation (ex. : la clarification des rôles et des responsabilités entre les partenaires) et l'accessibilité à la gamme de service aux personnes endeuillées font partie des améliorations souhaitées.

5.2 Défis et opportunités d'action

Après avoir dégagé des aspects mobilisateurs et structurants de l'évolution des services face à la problématique du suicide en Montérégie, nous abordons, au terme de ce rapport, les principaux défis qui émergent des améliorations souhaitées, présentées au tableau 2, selon quatre types de service (services de promotion de la santé mentale et de prévention du suicide, services de crise suicidaire, services de postvention et services de formation des intervenants). Par la suite, nous attirons l'attention sur des opportunités d'action pour répondre aux différents défis identifiés.

Services de promotion de la santé mentale et de prévention du suicide

L'analyse de ces services fait ressortir les défis suivants :

1. Augmenter la capacité d'action des CSSS concernant le déploiement des réseaux de sentinelles dans une perspective de renforcement ou de soutien des communautés locales.

2. Mettre à profit le potentiel d'intervention préventive des médecins dans la détection des personnes présentant des idéations ou des comportements suicidaires, ainsi que la détection de la dépression. Cette pratique clinique préventive (PCP) devrait être soutenue en santé publique.
3. Revoir la planification de l'intervention en lien avec les nouvelles orientations du *Programme national de santé publique* (PNSP) révisé et poursuivre les travaux avec les centres de recherche afin d'avoir une meilleure connaissance des facteurs de risque du suicide et des moyens d'agir en promotion de la santé mentale et en prévention du suicide.

Services de crise suicidaire

L'analyse des activités reliées à l'intervention de crise suicidaire met en évidence les principaux défis suivants :

4. Préciser les rôles et les responsabilités entre les organismes concernés par la problématique du suicide afin d'accroître l'efficacité des interventions en précisant entre autres le cheminement de la demande des jeunes et des adultes.

À cet égard, la mobilisation et l'adhésion des médecins, des urgentologues et des psychiatres des urgences des CSSS et de l'Hôpital Charles LeMoine sont indispensables pour assurer l'accessibilité et la continuité des services.

5. Réaliser une harmonisation et un arrimage des pratiques (ex. : définitions, approches, suivis, etc.), notamment entre les services téléphoniques, Info-Social et intervention de crise suicidaire 1 866 APPELLE, ainsi qu'entre les CPS/centres de crise et les équipes de 1^{re} ligne en santé mentale des CSSS.
6. Développer une plus grande mobilisation et concertation entre les partenaires en assurant un leadership local et régional dans le déploiement de réseaux intégrés de service, en tenant compte des caractéristiques du découpage territorial, à l'égard de la gestion de la crise et de la crise suicidaire et de l'utilisation appropriée des services d'urgence.
7. Consolider les mécanismes de liaison et de référence à l'aide d'outils ou de moyens appropriés (ex. : outils de repérage, fiches de référence, agents de liaison, etc.) ou selon des modalités convenus entre les établissements et les organismes communautaires dans le cadre des réseaux locaux de services (RLS) de santé et de services sociaux de la Montérégie. Ce défi concerne les clientèles, particulièrement les hommes, présentant des problèmes de comorbidité ou ayant un potentiel suicidaire élevé.
8. Identifier un modèle d'organisation de service permettant l'application de l'article 8 de la Loi P-38.001 pour assurer une alternative à l'hospitalisation des clientèles en crise suicidaire.
9. Accroître les lits d'hébergement de crise, adaptés à la clientèle suicidaire, sécuritaires et disponibles sur l'ensemble des sous-régions de la Montérégie.

Services de postvention

En ce qui concerne les services de postvention à la suite d'un suicide dans le milieu, les principaux défis à relever sont :

10. Clarifier les rôles et les responsabilités entre les CPS/centres de crise et les CSSS à l'égard des services de postvention milieu et des services individuels aux endeuillés.
11. Assurer dans chacun des territoires de CSSS une équité et une uniformité de l'offre de service.
12. Augmenter l'offre de service particulièrement dans les milieux de travail afin de répondre aux besoins des adultes.

Services de formation des intervenants

En ce qui a trait à ce type de service, les principaux défis concernent les aspects suivants :

13. Arrimer l'équipe régionale de formation/postvention avec les instances responsables de la formation (Direction de la planification et du développement de la main d'œuvre de l'Agence, Table montérégienne des directeurs des ressources humaines, réseaux clinico-administratifs jeunes et adultes-santé psychosociale) afin que l'offre de formation réponde bien aux besoins des intervenants et que les organisations concernées puissent mettre en place les conditions favorable pour assurer le transfert des apprentissages.
14. Actualiser l'offre de service en matière de formation des intervenants (*coaching*) afin qu'elle tienne compte des différents documents d'orientation actuels.

Sur le plan des opportunités d'action, une voie de passage peut être envisagée pour faire face à plusieurs défis mentionnés ci-dessus. Cette voie s'inscrit dans le contexte de renouvellement de la gouverne du système de santé et des services sociaux du Québec.

Parmi les changements proposés, le projet clinique est au cœur de la planification des services des CSSS et des réseaux locaux de services (RLS). Ce projet repose sur deux principes, soit la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services.

Selon cette vision, les RLS représentent un premier levier d'action. Ils doivent garantir l'accès à une large gamme de service à une population définie dont ils sont responsables. Ils ont aussi à travailler dans un contexte de hiérarchisation, ce qui signifie qu'ils n'ont pas à tout produire eux-mêmes, et qu'ils doivent se doter d'entente de service pour compléter leur offre de service (ADRLSSSM, 2005b).

Également, dans la perspective où le projet clinique fait référence à la démarche que doit effectuer chaque CSSS afin de réorganiser ses services de façon à faciliter le parcours des personnes dans le réseau de la santé et des services sociaux, il concourt à offrir des services mieux intégrés et à relever les défis quant à l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services notamment auprès des personnes suicidaires, et ce, tant au regard du prévenir, que du guérir et du soutenir.

Les travaux des réseaux clinico-administratifs (RCA) représentent un deuxième levier d'action. Ils visent à traiter de priorités communes, identifiées par tous les membres, afin de réviser les pratiques et les modes d'organisation à l'égard de ces priorités. La préoccupation est de réaliser des succès visibles et mobilisateurs et de mettre en place diverses modalités permettant l'adoption, l'adaptation et le transfert des connaissances sur les meilleures pratiques et les modes d'organisation les plus efficaces (ASSSM, 2006).

Le RCA jeunes, le RCA adultes-santé psychosociale et le RCA santé publique ont identifié des orientations régionales. Parmi celles-ci, mentionnons les aspects suivants :

- La clarification de la hiérarchisation et l'harmonisation de la trajectoire de service pour les enfants et les jeunes aux prises avec une ou plusieurs difficultés;
- La hiérarchisation des services (rôles et responsabilités) notamment pour la clientèle santé mentale-adultes;
- Le développement de stratégies et de mesures préventives en matière de promotion de la santé mentale (ASSS, 2007).

En lien avec ces orientations régionales et les quatorze défis mentionnés précédemment, nous identifions trois cibles d'action prioritaires face à la problématique du suicide en Montérégie.

La première cible d'action vise à préciser le cheminement de la demande de service d'une personne, jeune ou adulte, en situation de crise/suicide, afin de lui offrir une réponse adaptée et concertée entre les différents dispensateurs concernés.

La deuxième cible d'action s'inscrit dans le cadre de l'implantation progressive de l'Info-Social et de la mise en place de l'offre des services psychosociaux généraux. Ce contexte représente une opportunité pour préciser les rôles et les responsabilités des dispensateurs et consolider les réseaux intégrés de service crise/suicide qui comportent une gamme essentielle de service en amont des urgences. Cette gamme comprend notamment le suivi étroit, l'hébergement temporaire, l'actualisation de l'article 8 de la Loi P.38.001 sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui ainsi que le développement de l'accessibilité des services de postvention auprès des individus et des milieux touchés par le suicide.

La troisième cible d'action concerne le développement de stratégies et de mesures préventives en matière de promotion de la santé mentale. À cet égard, il importe de valoriser et consolider les interventions qui favorisent une bonne adaptation sociale et de prévenir une gamme de problèmes psychosociaux tels que dépendance, abus, négligence, violence, suicide (ASSS, 2007). Le soutien à l'implantation de réseaux sentinelles et de pratiques cliniques préventives constituent certainement une des priorités en santé publique.

Par ailleurs, mentionnons que l'information obtenue dans le cadre de cette analyse de contenu fait valoir des préoccupations liées à l'accessibilité et à la continuité des services offerts face à la problématique du suicide. Par contre, au-delà des actions conduisant au développement des compétences des

intervenants, les préoccupations reliées à la qualité de ces services sont peu affirmées ou explicites. Ainsi, dans une perspective d'amélioration de la qualité, en ce domaine comme dans tous les autres, certaines actions mériteraient d'être plus accentuées telles que :

- La mise à jour des connaissances à l'égard des interventions les plus efficaces;
- L'appréciation de la qualité de l'intervention auprès des intervenants et des clientèles rejointes;
- La vérification des normes de qualité sur l'intervention en prévention, lors de la crise suicidaire et en postvention à la suite d'un suicide.

CONCLUSION

Au terme de ce travail d'appréciation des diverses mesures déployées sur la problématique du suicide en Montérégie entre 2000 et 2006, force nous est de reconnaître les progrès réalisés, mais aussi les améliorations qui restent à apporter à nos interventions dans ce domaine. Celles-ci doivent tenir compte de l'évolution des besoins tout en prenant compte des actions prioritaires identifiées notamment dans le *Programme national de santé publique 2003-2012* et le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*.

Le suicide est devenu, au cours des dernières décennies, un grave problème de santé publique. De plus, comme nous l'avons signalé au début de ce rapport, la surmortalité masculine par suicide est significative dans tous les groupes d'âge, mais plus marqué chez les 15-19 ans et les 30-49 ans.

Prise individuellement, chacune des mesures considérées dans ce rapport, en supposant qu'elle soit d'une efficacité optimale, ne peut contribuer à résoudre un problème aussi complexe et important qu'est le suicide. Par conséquent, nous devons faire évoluer nos pratiques et interventions actuelles en tenant compte des opportunités offertes par le nouveau contexte qui prévaut dans le réseau montréalais des services de santé et des services sociaux. Une approche plus systémique dans l'offre de service est nécessaire et celle-ci requiert d'une manière incontournable tous les acteurs concernés de ce réseau ainsi que les partenaires intersectoriels.

La problématique du suicide nous invite également à poursuivre la réflexion pour répondre de façon optimale aux besoins des groupes vulnérables. Quelles sont les pratiques ou les normes éprouvées en ce domaine? Quels sont les facteurs mobilisateurs et structurants des actions en cours? Comment ordonnancer ces actions pour induire un angle de changement significatif et durable? Les réponses à ces questions sont susceptibles de conduire au succès attendu de nos interventions en réponse aux besoins.

Au-delà de ces questionnements, la présente démarche évaluative permet d'entreprendre des actions immédiates face à la problématique du suicide en Montérégie.

Tout d'abord, il nous semble que le mandat accordé par l'Agence en 2004 aux CPS/centre de crise avec la collaboration des CSSS pour élaborer une programmation opérationnelle (mobilisation des partenaires et maillage de l'offre de service) ainsi que l'allocation d'un budget récurrent aux CPS/centre de crise pour assurer le suivi étroit des personnes à potentiel suicidaire élevé, constituent des mesures structurantes de l'action qui devraient être actualisées.

De plus, en lien avec les orientations régionales recommandées par les RCA jeunes, adultes-santé psychosociale et santé publique, il a été identifié des cibles d'action prioritaires face à la problématique du suicide en Montérégie. Ces cibles d'action, mentionnées à la page 74, consistent notamment à préciser le cheminement de la demande de service d'une personne en situation de crise suicidaire, à clarifier les rôles et les responsabilités des dispensateurs, à consolider les réseaux intégrés de service en

amont des urgences et à soutenir l'implantation des réseaux sentinelles et de pratiques cliniques préventives en santé publique. Ceci permettra de faire converger nos actions et aussi, on l'espère, de contribuer à diminuer le nombre de suicides sur notre territoire.

ANNEXE 1

TABEAU A-1
SYNTHÈSE DES PROJETS DE MAILLAGE DE L'OFFRE DE SERVICE AUPRÈS
DES PERSONNES À POTENTIEL SUICIDAIRE ÉLEVÉ SUR LE TERRITOIRE MONTÉRÉGIE
EN 2006-2007

Présence de mécanismes de référence des clientèles suicidaires entre les CSSS et les CPS/centres de crise (✓)										
Territoires de CSSS	Territoires des CPS/centres de crise	CSSS			CPS/Centres de crise			Mécanismes de liaison		
		Urgence/Psychiatrie	1^{re} ligne santé mentale	Suivis de crise ou de deuil *	Lits d'hébergement de crise (N)	Fiches référence	Grilles urgence suicidaire	Agents de liaison		
		Référence lits de crise	Référence suivi	Référence suivi						
Sorel-Tracy	CPS Suicide Alerte	✓	✓	✓	N : 24	Aucun lit sur le territoire	✓	✓	✓	✓
La Pommerai De la Haute-Yamaska	CPS de la Haute-Yamaska	✓	(dépliants)	✓	N : 101	N : 6 Le Passant (3) Entr'elles (3)	CPS	✓	✓	✓
Haut-Richelieu/ Rouville	CPS du Haut-Richelieu			✓	N : 80	Aucun lit sur ce territoire	✓	✓	✓	✓
Richelieu-Yamaska	Centre de crise Contact Richelieu-Yamaska	✓		✓	N : 20	N : 1	✓	✓	✓	✓
Jardins-Roussillon	Centre de crise La Maison sous les arbres	✓	(dépliants)	✓ (dépliants)	N : 113	N : 2	✓	✓	✓	Équipes traitantes
Du Haut-Saint-Laurent Du Suroît Vaudreuil-Soulanges	Centre de crise Le Tournant	✓	✓	✓	N : 57	N : 2	À venir	À venir	À venir	À venir
Champlain Pierre-Boucher	Centre de crise L'Accès	✓	✓	✓	N : 803	N : 5	✓	Dossiers cliniques	Agents de liaison/ Équipes traitantes	

* Cette information est fournie à titre indicatif puisque les suivis de crise, les caractéristiques des clientèles (intensité de la crise suicidaire), la durée des suivis et le nombre de rencontres, par individu diffèrent d'un organisme à un autre. Qui plus est, les méthodes de calcul des suivis peuvent être différentes selon qu'on inclut ou non d'autres services (ex. : suivi en hébergement de crise, relance, intervention de crise).

RÉFÉRENCES

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE (2005). *Plan d'action régional 2005-2010, Les services aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, 78 p.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE (2005b). *Le continuum d'intervention, santé mentale-adultes*, Direction de la gestion de l'information et des connaissances, 29 p.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE (2006). *Mise en œuvre du projet montréalais de santé et de bien-être, Grille de présentation des axes de travail*, Direction de la gestion de l'information et des connaissances, Document de travail.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE (2007). *Démarche et description des orientations régionales recommandées par les RCA au CCSM*, document de travail, 51 p.

BÉLANGER, Y. (2005). *Démarche de mobilisation et de concertation en prévention du suicide sur les territoires des MRC Haute-Yamaska et Brome-Missisquoi*, Centre de prévention du suicide de la Haute-Yamaska, 29 p.

BÉLANGER, Y. (2005). *Démarche de mobilisation et de concertation en prévention du suicide sur le territoire de Sorel-Tracy*, Suicide alerte, 33 p.

BOYER, R., et autres (1998). « Idéations suicidaires et parasuicide », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, 2^e édition, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 17.

BUREAU DU CORONER (2004). *Rapport annuel de gestion 2003-2004*, Québec, www.coroner.gouv.qc.ca, 63 p., consulté le 28 mai 2006.

CLSC de la Montérégie (2004). *Évaluation du plan d'action montréalais en prévention du suicide*, 7 p. (Document de travail).

CENTRE DE CRISE L'ACCÈS (2006). *Données statistiques 2004-2005, 2005-2006*, (Document de travail).

CENTRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE DE LA HAUTE-YAMASKA (2005). *Rapport annuel 2004-2005*, 54 p.

CENTRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE DE LA HAUTE-YAMASKA (2006). *Rapport annuel 2005-2006*, 73 p.

CENTRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE DU HAUT-RICHELIEU (2005). *Rapport annuel d'activités 2004-2005*, 37 p.

CENTRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE DU HAUT-RICHELIEU (2006). *Rapport annuel d'activités 2005-2006*, 36 p.

CENTRES DE LA SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA RÉGION DE LA MONTÉRÉGIE (2005). *Crise-Ado-Famille-Enfance, Programme d'intervention immédiate et intensive pour les familles et les jeunes en crise*, Valleyfield, Centre de Santé et de Services sociaux du Suroît, 19 p.

COMITÉ CRISE ET CRISE SUICIDAIRE (2005). *Les services de santé mentale*, CSSS Haut-Richelieu/Rouville, 7 p.

COMITÉ RÉSEAU INTÉGRÉ EN SANTÉ MENTALE DU SUROÎT (2005). *Projet de maillage de services pour accroître l'offre de services auprès des personnes à potentiel de suicidaire élevé*, région du Suroît comprenant les territoires Haut-Saint-Laurent, Beauharnois-Salaberry, Vaudreuil-Soulanges, 17 p.

COMITÉ SANTÉ MENTALE DU TERRITOIRE RICHELIEU-YAMASKA (2005). *Projet de maillage pour accroître l'offre de services aux personnes à risque suicidaire, volet mécanisme de référence et coordination de suivi*, Réseau local de services Richelieu-Yamaska, Centre de santé et de services sociaux Richelieu-Yamaska, 13 p.

CONTACT RICHELIEU-YAMASKA (2005). *Rapport annuel 2004-2005*.

CONTACT RICHELIEU-YAMASKA (2005). *Rapport annuel 2005-2006*.

FOURNIER, M. (2003). *Le suicide* Emile Durkheim, 1897 Reed, Puf, coll. « Quadrige », 2002, dans La bibliothèque idéale des sciences humaines, Hors-série, n° 42.

GRAVEL, P. (2007). « Semaine de prévention du suicide – les personnes âgées sont de plus en plus nombreuses à se suicider », *Le Devoir*, 5 février 2007.

GROULX, J. (2000). *Violence et suicide dans les médias d'information écrits de la Montérégie et de la presse nationale*, Rapport de recherche, Régie régionale de la santé et des services sociaux, Direction de la santé publique, 87 p.

HÔPITAL CHARLES LEMOYNE (2001). *Grandir en santé mentale en Montérégie*, projet d'implantation d'un réseau intégré de service pour les jeunes aux prises avec un problème de santé mentale, Longueuil, Direction de la planification et des communications, 71 p. plus annexes.

- INFO-SOCIAL, MONTRÉGIE (2006). *Données statistiques 2004-2005, 2005-2006 sur la problématique suicidaire*, (Document de travail).
- JULIEN, M. et J. LAVERDURE (2004). *Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes*, Institut national de santé publique du Québec, 50 p.
- JULIEN, M. (2006). *Faire diminuer la tolérance et la banalisation face au suicide, éléments de réflexion*, Longueuil, Direction de santé publique, Agence de la Santé et des Services sociaux de la Montérégie, 50 p.
- LA MAISON SOUS LES ARBRES (2005). *Rapport annuel d'activités 2004-2005*, 28 p.
- LA MAISON SOUS LES ARBRES (2006). *Rapport annuel d'activités 2005-2006*, 31 p.
- LESAGE, A. et autres (1994). « Suicide and Mental Disorders : A Case-Control Mental Study of Young Men » dans *American Journal of Psychiatry*, vol.151, n° 7, p. 1063-1068.
- LE TOURNANT (2005). *Rapport annuel d'activités 2004-2005*, 20 p.
- LE TOURNANT (2006). *Rapport annuel d'activités 2005-2006*, 26 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1989). *Politique de santé mentale*, Québec, Direction des communications, 79 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, Direction des communications, 93 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Direction générale de la santé publique, 103 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998). *Stratégie québécoise d'action face au suicide*, Québec, Direction des communications, 94 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Direction générale de la santé publique, 133 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005a). *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 120 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005b). *Plan d'action en santé mentale, La force des liens 2005-2010*, Direction des communications, 89 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006). *L'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide, Cadre de référence*, Direction des communications, 70 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006). *Service Info-Santé et Info-Social, Cadre de référence sur les aspects cliniques de la santé et du social des services de consultation téléphonique 24 heures, 7 jours à l'échelle du Québec*, Document de travail, décembre, 39 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007). *Le suivi étroit pour les personnes à potentiel suicidaire élevé*, Document de travail, 7 p.

MINISTÈRE DU CONSEIL EXÉCUTIF (2006). *Stratégie d'action jeunesse 2006-2009*, Québec, Secrétariat à la communication gouvernementale, p. 17.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001, La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Bureau des publications, 172 p.

PAUZÉ, R., J. JOLY, E. YERGEAU, J. TOUPIN ET L. TOUCHETTE (2005). *Évolution des jeunes et des familles desservies par le programme Crise-Ado-Famille-Enfance*, Sherbrooke, Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance de l'Université de Sherbrooke, 161 p.

POISSANT, J. (2001). *Pratiques et besoins face à la problématique du suicide en milieu scolaire*, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 32 p.

POTVIN, N. (2004). *Évaluation de l'implantation de la stratégie québécoise d'action en face du suicide*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale adjointe de l'évaluation de la recherche et des affaires extérieures, 114 p.

PRÉVILLE, M., et autres (2004). *Rapport d'évaluation du programme PPS-MD : Programme de prévention du suicide s'adressant aux omnipraticiens*, Université de Sherbrooke, Direction de santé publique de l'Agence de développement de réseaux locaux de service de santé et de services sociaux de la Montérégie, 52 p.

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (2006). *Nombre d'usagers et nombre d'interventions par groupe d'âge pour la raison, problématique suicidaire, et pour l'action, intervention en situation de crise, 2004-2005, 2005-2006, dans les CSSS de la Montérégie*, (Document de travail).

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE (1998). *Programme jeunesse, devis d'allocation de 700 000 \$, projet régional d'intervention auprès des jeunes et des familles en crise*, Longueuil, Direction de l'organisation des services à la clientèle, 21 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE (1999). *Pour être à la hauteur du plan de consolidation 1999-2002*, Longueuil, Direction de l'organisation des services à la clientèle.

- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE (2001). *Plan d'action montérégien en prévention du suicide 2000-2003*, Longueuil, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation et Direction de l'organisation des services à la clientèle, 43 p. plus annexes.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE (2003). *Plan d'action régional (PAR) de santé publique 2004-2007*, Longueuil, Direction de santé publique, 184 p.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE (2001). *Réseau de services intégrés : ses principes, concepts et composantes*, Direction de la santé publique et de l'évaluation.
- RÉSEAU DE SERVICES INTÉGRÉS ADULTES SANTÉ MENTALE SOUS-RÉGION DE LONGUEUIL (2001). *Fiche de liaison pour personne suicidaire, Fiche de référence pour personne suicidaire*, documents de travail.
- ROY, F. (2007). *Plan de déploiement des réseaux de sentinelles en Montérégie 2006-2009*, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 4 p.
- ROSS, L. et H. FRANÇOIS (2007). *Profil du suicide au Québec 1981-2005 : mise à jour en 2007*, Services de la surveillance de l'état de santé, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, (présentation d'acétates), Janvier.
- SAINT-LAURENT, D. et M. GAGNÉ (2007). *La mortalité par suicide au Québec : évolution du problème*, Institut national de santé publique du Québec, (présentation d'acétates), Janvier.
- SAINT-LAURENT, D. et C. BOUCHARD (2002). *L'épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente?*, <http://www.inspq.qc.ca>, 44 p., consulté le 29 mai 2006.
- SAUVAGEAU, Y. et J. PAYETTE (1993). *Enquête sociale et de santé et la santé en Montérégie, ça va en 1992-1993*, Longueuil, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux.
- SEGUIN, M., F. ROY et autres (2005). *Intervenir à la suite d'un suicide, Programme de postvention en milieu scolaire*, Éditions Logique, 114 p.
- SEGUIN, M., L. DESCHÊNES et F. ROY (2005). « Les stratégies de prévention du suicide au Québec » dans *Le suicide et sa prévention*, Rennes, Éditions de l'école nationale de la santé publique, p. 193-207.
- SUICIDE ACTION MONTRÉAL (2001). *Projet Marco*, Protocole pour la continuité aux personnes suicidaires, Montréal, 18 p.
- SUICIDE ALERTE (2005). *Rapport d'activités 2004-2005*, 17p.

SUICIDE ALERTE (2006). *Rapport d'activités 2005-2006*, 22 p.

TECSULT INC (2003). *Étude de faisabilité pour l'installation d'une barrière anti-saut sur le pont Jacques-Cartier*, Montréal, La Société des ponts fédéraux limitée, 65 p.

VERMETTE, G. (2004). *Planification d'un plan local d'engagement concerté en prévention du suicide*, région de Châteauguay, Synthèse des focus-groups, document de travail, 18 p.

VIENS, C., S. MOISAN, J. MASSICOTTE et A. LAGACÉ (2004). *Ménage de la pharmacie, évaluation de l'implantation et des résultats du projet pilote d'intervention au CLSC Saint-Hubert*, Longueuil, Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de service de santé et de services sociaux de la Montérégie, 52 p.

VIENS, C., F. ROY et D. GAGNON (2007). *Équipe régionale de formation/postvention en prévention du suicide sur le territoire montréalais*, Rapport d'appréciation des activités de formation, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 59 p.