

ÉVALUATION

DU PROGRAMME DE FORMATION EN

PRÉVENTION DU SUICIDE

SUR LE TERRITOIRE DE LA

MRC D'ANTOINE-LABELLE



Janvier 2006



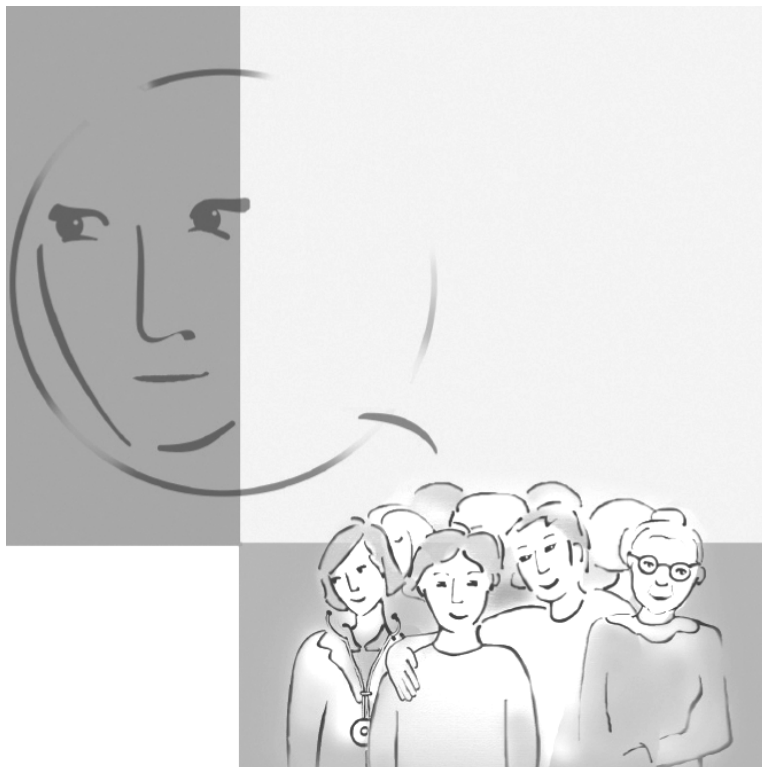
Agence de la santé
et des services sociaux
des Laurentides

Québec



Direction de santé publique

ÉVALUATION DU PROGRAMME DE FORMATION EN PRÉVENTION DU SUICIDE SUR LE TERRITOIRE DE LA MRC D'ANTOINE-LABELLE



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

Québec 

Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides

Direction de santé publique

Coordination de la surveillance, de la recherche
et de l'évaluation

1000, rue Labelle, bureau 210
Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5N6

Téléphone : (450) 436-8622

télécopieur : (450) 436-1761

Coordination :	Huguette Crête
Recherche et rédaction :	Gilbert Filion
Conseils méthodologiques :	Judith Légaré
Analyses statistiques :	Natalie Kishchuk
Communications :	Gilles Chaput
Graphisme :	Evelyn Butt
Secrétariat :	Hélène Michaud

Référence suggérée

Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides (2006). Évaluation du *Programme de formation en prévention du suicide sur le territoire de la MRC d'Antoine-Labelle*, Saint-Jérôme, Direction de santé publique des Laurentides, 194 pages.

Mots clés

1. Prévention du suicide
2. Approche populationnelle
3. Programme de formation
4. Sentiment de compétence en prévention du suicide
5. Sentinelles en prévention du suicide

Ce document est disponible en version intégrale sur le site Web de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides : <http://www.rrss15.gouv.qc.ca>

La reprographie à des fins non commerciales est autorisée à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2006
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
Santécom

ISBN : 2-89547-099-5

La réalisation de ce projet de recherche a été rendue possible grâce à une subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre du Programme de subventions en santé publique.

La forme masculine utilisée dans ce texte désigne, lorsqu'il y a lieu, aussi bien les femmes que les hommes.



Remerciements

La réalisation de l'évaluation du *Programme*, implanté sur le territoire de la MRC d'Antoine-Labelle, a été rendue possible grâce à la contribution de plusieurs personnes.

Nous tenons à remercier tous ceux et celles qui ont contribué d'une façon ou d'une autre à cette évaluation. Même si les conclusions de ce rapport ne représentent pas nécessairement leur point de vue, nous tenons à souligner la contribution exceptionnelle des personnes et organismes suivants :

Michel Bolduc, Maison Lyse Beauchamp,

Julie Campbell et Amélie Gauthier, Centre prévention suicide (CPS) le Faubourg,

François Chagnon et Isabelle Marcoux, Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE),

Georges Décarie, André Ducharme, Louise Picard et Denise Lafontaine, CSSS d'Antoine-Labelle,

Laurent Garneau, CPS-02, Saguenay-Lac-St-Jean,

Denise Lafontaine, CSSS d'Antoine-Labelle,

Édith St-Hilaire, Direction de santé publique Chaudière-Appalaches,

Michèle Thomas, Maison Clothilde.

Merci enfin à Diane Larose, conceptrice du *Programme* et initiatrice du projet d'intervention sur le territoire à l'étude.

Cette évaluation a été rendue possible grâce à une subvention conjointe du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans le cadre du *Programme de subventions en santé publique* (PSSP) et de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides (Agence).



Table des matières

Remerciements.....	3
Table des matières.....	5
Résumé	7
Avant-propos.....	19
Introduction.....	21
1. Problématique du suicide	23
1.1 Phénomène du suicide.....	23
1.2 Facteurs associés au suicide.....	26
2. Pertinence du Programme-cadre « Tous ensemble pour la vie »	33
2.1 Valoriser le sens de la vie en s'appuyant sur les solidarités et les responsabilités	34
2.2 Reconnaître les compétences et le potentiel de l'individu et de la société à faire face à la problématique du suicide.....	35
2.3 Miser sur les intervenants et services existants.....	37
2.4 Expérimentations prometteuses	38
3. Programme de formation « Tous ensemble pour la vie »	43
3.1 Assises du <i>Programme</i>	43
4. Évaluation	49
4.1 Objectifs et buts.....	49
4.2 Méthodologie	50
4.2.1. Stratégie de recherche	50
4.3 Participants à l'étude	51
4.4 Variables à l'étude.....	51
4.4.1. Variable dépendante.....	51
4.4.2. Variables indépendantes	58
4.4.3. Indicateurs de l'implantation du <i>Programme</i>	60
4.5 Retombées potentielles du <i>Programme sur la problématique du suicide</i>	60
4.6 Source de données.....	61
4.7 Traitement et analyse des données.....	62



5. Résultats de l'implantation du <i>Programme</i>	65
5.1 Présentation du contexte : l'émergence.....	65
5.2 Mise en œuvre.....	68
5.3 Implantation du <i>Programme</i>	72
6. Analyse de l'effet du <i>Programme</i> sur le sentiment de compétence.....	83
6.1 Évolution des croyances.....	84
6.2 Sentiment de compétence en prévention du suicide	86
6.3 Perception des retombées potentielles	95
7. Facteurs associés au sentiment de compétence en prévention du suicide.....	103
7.1 Formation en prévention du suicide.....	103
7.2 Caractéristiques personnelles	111
7.3 Alliance avec les services.....	113
8. Discussion	123
8.1 Validité et limites des résultats	123
8.2 Facteurs associés au sentiment de compétence.....	128
8.3 Enjeux et défis.....	132
Pistes d'action	141
Conclusion	145
Références	151
Annexe 1 - Questionnaires PRÉ, POST et SUIVI (3 mois)	161
Annexe 2 - Canevas d'entrevues	169
Annexe 3 - Évolution des croyances et du sentiment de compétence en prévention du suicide (%), PRÉ, POST, SUIVI (3 mois).....	173
Annexe 4 - Analyses statistiques portant sur l'évolution des croyances et du sentiment de compétence en prévention du suicide, PRÉ, POST, SUIVI (3 mois).....	175
Annexe 5 - Analyses statistiques portant sur l'évolution des croyances et du sentiment de compétence en prévention du suicide, « citoyens » et « intervenants » ensemble, PRÉ, POST	183
Annexe 6 - Cadre d'analyse.....	185
Annexe 7 - Activités entourant la prévention et l'action face au suicide sur le territoire de la MRC d'Antoine-Labelle	191



Résumé

Le taux de suicide au Québec est l'un des plus élevés des pays industrialisés, particulièrement du côté des hommes, qui sont en proportion près de quatre fois plus nombreux que les femmes à décéder par suicide. À l'échelle des régions sociosanitaires, les Laurentides affichent un taux comparable à celui du Québec, comme c'est le cas à l'échelle du territoire de la MRC d'Antoine-Labelle.

Situation déjà préoccupante, ce territoire connaissait, durant la période 2001-2002, une « vague » de 23 suicides, dont six dans le seul mois d'avril 2002, faisant en sorte de presque doubler le nombre de suicides observés en moyenne par année. Les acteurs du territoire se sont mobilisés. Ils ont analysé la situation qui prévalait sur le territoire, avec la collaboration des instances régionales en santé et services sociaux.

À cet effet, une analyse détaillée des facteurs associés aux suicides survenus sur ce territoire à partir des dossiers du coroner et une revue de la littérature scientifique sur les approches prometteuses dans le domaine de la prévention du suicide et ce, en lien avec les orientations ministérielles en matière de prévention du suicide (*Stratégie québécoise d'action face au suicide – S'entraider pour la vie, 1998, Programme national de santé publique 2003-2012*), et la consultation de la population, révélaient certaines lacunes susceptibles d'expliquer la surmortalité par suicide sur ce territoire. Au-delà des facteurs psychopathologiques, génétiques, comportementaux ou transitoires pouvant affecter la capacité d'adaptation d'un individu et pouvant éventuellement mener à une crise suicidaire, d'autres facteurs influencent la problématique du suicide.

Au plan de l'environnement social, l'individualisme de la société, les fausses croyances et préjugés sur le suicide, la méconnaissance de la problématique du suicide, ainsi que le manque de solidarité et de responsabilité sociales autour d'actions visant à endiguer le problème, constituent des facteurs sociaux qui inhibent notre capacité, comme collectivité, à faire face à la problématique du suicide.

Au niveau des milieux de vie et réseaux de soutien, l'isolement, le manque d'information sur les ressources d'aide dans le milieu, le manque de reconnaissance des signes de détresse derrière les comportements autodestructeurs, les lacunes en matière de connaissance de la problématique du suicide constituent des



facteurs qui affectent la capacité des milieux de vie et des membres du réseau de soutien de prendre en charge la problématique du suicide.

Le système sociosanitaire comporte plusieurs lacunes, notamment en matière de prise en charge des personnes suicidaires pendant et après la crise, le manque de reconnaissance et d'utilisation des aptitudes de l'individu et de la société dans la lutte contre le suicide et le manque de connaissances de la problématique du suicide constituent des facteurs qui peuvent avoir pour effet de priver la personne souffrante du soutien efficient optimal que pourrait générer l'action concertée de son réseau et des intervenants des services de son milieu. Enfin, au plan individuel, le fait que certains groupes vulnérables, dont les hommes, qui ont de la difficulté à reconnaître leur souffrance ou à demander de l'aide, ou encore qu'ils sont difficiles à rejoindre, constituent d'autres facteurs de risque de suicide. En somme, le suicide est une problématique de santé publique qui affecte et interpelle tous les acteurs et secteurs d'une communauté. Pour l'endiguer, il faut agir sur plusieurs plans et cibler l'individu, ses milieux de vie et réseaux d'appartenance, le système sociosanitaire et l'environnement social.

Ainsi, au terme des travaux d'analyse et de réflexion, les promoteurs identifiaient 22 mesures visant la prévention, l'intervention et la postvention.

Le *Programme-cadre de formation de citoyens et d'intervenants en prévention du suicide « Tous ensemble pour la vie »* est l'une de ces mesures. Inspiré de programmes de formation de type sentinelles en prévention du suicide réalisés dans d'autres régions, « *Tous ensemble pour la vie* » va au-delà de la formation de sentinelles en prévention du suicide. Il adopte une approche globale ciblant l'individu, les milieux de vie et réseaux d'appartenance, le système sociosanitaire et l'environnement social du territoire. La stratégie privilégiée vise le renforcement du potentiel des individus et de la collectivité à faire face à la problématique du suicide. Pour ce faire, le *Programme* adopte d'une part une approche de promotion de la santé mentale. En effet, les thématiques abordées dans le cadre de la formation visent à sensibiliser les participants à la problématique du suicide, à valoriser l'aide et l'entraide, à solidariser et à responsabiliser les participants, dans la perspective d'un renforcement du tissu social. D'autre part, le *Programme* vise l'amélioration des habiletés des citoyens à repérer, soutenir et référer une personne en détresse ou suicidaire vers les services appropriés à son état. Il vise également à mettre à jour les connaissances des intervenants et à promouvoir la transformation des pratiques de façon à reconnaître que les citoyens,



notamment les membres du réseau de soutien, sont capables de faire face à la problématique du suicide et qu'ils peuvent être des alliés des intervenants (information privilégiée des proches sur l'état de situation du « client », partenaire dans l'élaboration du plan d'intervention et de suivi du « client » et la transaction avec les services). La formation aborde également les besoins du réseau de soutien et ses limites quant à sa capacité d'assister une personne en détresse ou suicidaire. C'est donc par des activités de prévention que le *Programme* vise en plus le renforcement du filet de sécurité en prévention du suicide. Cette mobilisation élargie, des acteurs et secteurs d'une collectivité en prévention du suicide constitue une approche populationnelle de réduction des tentatives de suicide et des suicides sur le territoire.

Ainsi, « *Tous ensemble pour la vie* », inspiré de programmes de formation réalisés dans d'autres contextes, a été développé et adapté aux besoins, aux caractéristiques du milieu à l'étude, tout en considérant les principes liés à l'action de la *Stratégie québécoise*, soit la reconnaissance que l'individu et la société ont certaines compétences pour faire face à la problématique du suicide et le potentiel pour en développer de nouvelles, la valorisation du sens de la vie en s'appuyant sur les solidarités et les responsabilités et la prise en compte des intervenants et des services existants.

Malgré l'éventail des cibles visées par le *Programme* (stratégie globale d'intervention), l'évaluation proposée se limite à répondre à la question suivante : « *Le Programme de formation en prévention du suicide, tel que dispensé, favorise-t-il le sentiment de compétence dans l'exercice d'une fonction de type sentinelles en prévention du suicide?* ». L'évaluation porte donc sur un aspect de la formation en prévention du suicide, soit l'évolution du sentiment de compétence à repérer, soutenir et référer une personne en détresse ou suicidaire vers les ressources appropriées à son état suite à la formation reçue. S'y ajoute une mesure relative à l'évolution des croyances sur le suicide, comme indice de l'évolution des attitudes au regard du suicide. Les autres dimensions de l'implantation (alliance des intervenants avec le réseau de soutien) sont appréciées qualitativement comme variables ayant une influence sur le degré d'atteinte des résultats.

La stratégie d'évaluation emprunte à l'approche d'étude de cas et vise à mettre en relief les facteurs associés aux résultats de l'implantation et de l'effet du *Programme* sur le sentiment de compétence en prévention du suicide. L'approche évaluative est participative (les acteurs sont impliqués à toutes les étapes de l'évaluation) et formative (suivi systématique de l'intervention et rétroaction ponctuelle aux



promoteurs de l'intervention, leur permettant d'effectuer les ajustements, s'il y a lieu, au cours de l'implantation). Le cadre conceptuel souligne que les caractéristiques personnelles (« intervenants » ou « citoyens »), l'alliance des « citoyens » formés avec les services et la formation elle-même influencent le sentiment de compétence en prévention du suicide.

L'évaluation du *Programme* et de son effet sur la compétence ressentie comprenait quatre volets :

- ✓ Une évaluation d'implantation (formative) du *Programme*, comprenant une description des étapes de l'implantation, soit le contexte d'émergence et la mise en œuvre du *Programme* et les résultats se rapportant aux caractéristiques des milieux et des participants rejoints et les activités de suivi;
- ✓ Une évaluation de l'effet (évaluation sommative), par une étude pré-post sans groupe témoin visant à apprécier l'effet du *Programme* sur le sentiment de compétence en prévention du suicide, soit le sentiment d'être à l'aise de repérer, de soutenir et de référer une personne en détresse ou suicidaire vers les ressources, de même que sur l'évolution, chez les participants, des croyances à propos du suicide;
- ✓ Une appréciation des facteurs ayant influencé le degré d'atteinte des résultats, soit la formation, les caractéristiques des participants « citoyens » et « intervenants » et l'alliance des citoyens avec les services, dans la perspective de la reconnaissance de leur compétence et de leur potentiel à repérer, soutenir et référer;
- ✓ Une appréciation des retombées potentielles au regard de l'environnement social (valeurs, normes et idéologies), du système de soins, des milieux de vie et de l'évolution des suicides.

Les résultats révèlent que le *Programme* a été ajusté aux besoins et caractéristiques du milieu et bonifié tout au long du processus de mise en œuvre. Son implantation a été réalisée avec succès (42 sessions de formation) puisque 471 personnes ont participé à la formation sur une période d'un peu plus d'une année et rejoints dans 47 milieux (groupes communautaires, intersectoriels, municipalités isolées, etc.). Par ailleurs, les résultats indiquent que les participants ont modifié positivement leurs croyances sur le suicide, qu'ils ont amélioré leur sentiment de compétence en prévention du suicide, dans la mesure où ils déclarent se sentir plus à l'aise de repérer, de soutenir et de référer les personnes en détresse ou suicidaires vers les services. Les effets relatifs au sentiment de compétence en prévention du suicide sont cependant modestes et attribuables à un effet plafond, les participants se sentant déjà compétents avant la formation.



Les résultats indiquent également que les « intervenants » se sentent plus à l'aise que les « citoyens » avant et après la formation.

Par ailleurs, on observe au cours de la même période que l'étude, un accroissement significatif du nombre d'appels à la ligne d'intervention téléphonique du CPS 1 866-APPELLE, une recrudescence de la demande d'aide des hommes et une stabilisation du nombre de suicides. On ne peut toutefois associer ces retombées à l'intervention compte tenu des limites méthodologiques de cette étude.

L'analyse des facteurs associés à l'effet du *Programme* suggère que la formation en prévention du suicide (contenu, durée et approche pédagogique), les caractéristiques des participants (expérience différentielle des « intervenants » et « citoyens ») et l'alliance des « citoyens » formés avec les services dans la perspective de la reconnaissance, par les intervenants, de leur compétence à repérer, soutenir et référer (positionnements différenciés concernant le potentiel des « citoyens » à évaluer l'urgence suicidaire et à orienter la personne vers les ressources appropriées à son état), constituent des facteurs pouvant moduler le sentiment de compétence.

Sur ce dernier point, l'appréciation du discours d'intervenants et gestionnaires du réseau de la santé varie selon qu'on considère que le repérage des signes et l'accompagnement subséquent vers les ressources, sont des compétences insuffisantes pour bien évaluer l'état de situation du « client » et pour bien l'orienter vers les ressources appropriées. Les participants « citoyens » ainsi formés pourraient être de « mauvais » alliés des intervenants puisque le risque de mal « dépister » et de mal référer est perçu trop grand. Seule, une formation clinique pourrait permettre aux participants « citoyens » de maîtriser les différentes grilles d'évaluation, de mieux connaître les différentes psychopathologies et ainsi de développer une compétence en matière de dépistage, permettant de bien évaluer la situation de la personne et ainsi de mieux l'orienter vers la bonne ressource. En revanche, certains discours sont plus concordants avec les valeurs embrassées par les promoteurs. Selon ces répondants, intervenants et gestionnaires en santé, des « citoyens » formés peuvent être des alliés des intervenants lors d'interventions de crise notamment parce qu'ils seraient moins émotifs que ne le seraient les proches, et plus centrés sur les faits puisqu'ils seraient formés à reconnaître les signes laissant croire qu'une personne vit une situation de crise suicidaire et ce, même s'ils n'ont qu'une compétence de base. Le « citoyen » formé peut livrer une information pertinente et utile à l'intervenant lorsqu'il évalue l'urgence suicidaire. Les positionnements différenciés au regard de



l'alliance entre le « citoyen » formé et l'intervenant concernant une action auprès d'une personne en détresse ou suicidaire, peuvent influencer le sentiment de compétence des participants « citoyens ». S'y ajoute une dimension relative à l'expérience vécue de participants « citoyens » avec les services. Selon qu'elle soit vécue positivement ou non par les participants « citoyens », l'expérience peut influencer leur sentiment de compétence.

Les résultats soulèvent enfin plusieurs enjeux et défis. Même si le *Programme* ne visait pas le développement d'un rôle sentinelles en prévention du suicide, mais plutôt le renforcement du potentiel des « citoyens » à faire face à la problématique du suicide (améliorer la capacité des citoyens à repérer, soutenir et référer), certaines confusions sont relevées dans le discours de répondants intervenants et gestionnaires sur ce que constitue une compétence à repérer et référer, dans la perspective de l'alliance des participants « citoyens » formés avec les services. Bien que le volet de formation des intervenants en était à ses débuts lors de l'évaluation, il faudra poursuivre les activités de sensibilisation des intervenants et gestionnaires en santé sur la reconnaissance du potentiel des « citoyens » à faire face à la problématique du suicide, notamment en ce qui concerne le repérage des signes et l'orientation vers les services, sans compter les autres dimensions de l'alliance des « citoyens » avec les intervenants qui ne font pas l'objet de la présente évaluation (planification des soins, gestion du risque, soutien des proches pour éviter l'épuisement, respect des limites personnelles, partage de l'information, etc.).

L'atteinte des groupes à risque ou vulnérables, particulièrement les hommes, comporte un défi certain dans la mesure où les participants aux sessions de formation sont très majoritairement composés de femmes. La pénétration des milieux de travail à forte concentration masculine s'avère une solution qui requiert des ajustements au *Programme* de façon à considérer les impératifs de production et à développer un discours visant à justifier des investissements corporatifs en prévention du suicide.

Des défis sont aussi à relever quant au soutien et au suivi des personnes formées pour assurer la motivation, la mobilisation et la compétence. Le financement, à moyen et long terme, s'inscrit également dans la perspective de la pérennisation du *Programme*. Par ailleurs, compte tenu du fait que le *Programme* aborde des thématiques très variées selon les groupes à qui il s'adresse et qu'il promeut des valeurs (reconnaissance du potentiel des citoyens à faire face à la problématique du suicide, solidarité, responsabilisation, entraide, complémentarité dans l'action), le recrutement de formateurs qui adhèrent à



ces valeurs et qui conjuguent plusieurs habiletés (éducation des adultes, expertises cliniques et en prévention du suicide, etc.) constitue un défi pour les territoires qui implanteraient un tel programme.

Enfin, l'évaluation de l'effet du *Programme* sur le sentiment de compétence à repérer, soutenir et référer s'est butée à plusieurs problèmes d'ordres conceptuel (définition de la notion de repérage notamment) et méthodologique (mesure du sentiment de compétence), ce qui a eu pour effet de limiter la portée de cette évaluation. Les évaluations futures dans le domaine devront relever le défi de mieux préciser les contours conceptuels reliés aux notions de repérage, de soutien et de référence concernant une compétence de base en prévention du suicide, mais également de développer des instruments capables de mesurer adéquatement ces composantes de la compétence de type sentinelles en prévention du suicide dans le cadre de la formation de citoyens adultes.

Bref, au-delà des limites méthodologiques, on peut dire que le *Programme* améliore le potentiel des citoyens et de la collectivité (milieux de vie, réseaux d'appartenance, système sociosanitaire) à faire face à la problématique du suicide. Il contribue à solidariser et à responsabiliser les acteurs et secteurs contributifs, en favorisant la reconnaissance des rôles et responsabilités de chacun et à encourager la complémentarité dans l'action. En améliorant la connaissance de la problématique, la reconnaissance des rôles et responsabilités et l'habilitation des acteurs et secteurs à repérer, soutenir et référer, le *Programme* contribue au renforcement du filet de sécurité. En promouvant l'aide et l'entraide, en sensibilisant les participants à reconnaître les préjugés et fausses croyances sur le suicide et en encourageant la solidarité et la complémentarité dans l'action, le *Programme* favorise le renforcement du tissu social. On peut espérer que tous ces éléments devraient contribuer ultérieurement à la réduction du nombre de tentatives de suicide et de suicides sur le territoire.



Explication des termes

Alliance des « citoyens » formés avec les services : dans le cadre de l'évaluation du *Programme*, l'alliance des participants « citoyens » avec les services se limite à apprécier les liens de collaboration potentielle en matière de repérage, de soutien et de référence d'une personne en détresse ou suicidaire vers les services, tels que perçus par des répondants intervenants et gestionnaires en santé et services sociaux. On comprendra toutefois que l'alliance des « citoyens » formés avec les services, dans le cadre du *Programme*, va bien au-delà de ces liens de collaboration. On pense, entre autres, à la reconnaissance du potentiel du « client » à participer à son parcours thérapeutique, mais également à la reconnaissance, par les intervenants et gestionnaires en santé, des avantages à associer les proches (ou membres du réseau de soutien) au plan d'intervention, notamment pour assurer le suivi du plan de soins (ex. : médication, rendez-vous), pour soutenir la personne dans ses activités quotidiennes et à la surveiller pour assurer sa sécurité (ex. : gestion du risque suicidaire). On pense également à la reconnaissance des besoins (informations, soutien, répit) et du respect des limites (éviter l'épuisement) des membres du réseau de soutien. Globalement, l'alliance des « citoyens » formés avec les services repose sur la reconnaissance, par les intervenants, de leur compétence et de leur potentiel à faire face à la problématique du suicide, de leurs besoins et limites, même si dans cette évaluation nous limitons les dimensions de cette reconnaissance aux notions de repérage, de soutien et de référence.

Participants « citoyens » : dans le cadre du *Programme*, la notion de participants « citoyens » réfère aux personnes qui ont participé au volet de formation s'adressant à la population, formation qui est d'une durée de sept heures. En principe, les participants « citoyens » ne proviennent pas du réseau de la santé et des services sociaux. Toutefois, si le terme citoyens est entre guillemets, c'est parce que son interprétation peut être équivoque. Par exemple, des intervenants professionnels peuvent s'être inscrits à la formation à titre de citoyens, notamment pour des raisons personnelles. En conséquence, le volet de la formation s'adressant à des « citoyens » n'a pas rejoint que des citoyens, mais des intervenants également, à titre personnel toutefois.

Participants « intervenants » : même si le volet de la formation s'adressant aux « intervenants » (durée de trois heures et demie pour la plupart), sauf pour le personnel en CLSC ciblait ceux appelés à intervenir en situation de crise suicidaire ou de post-crise pour assurer le suivi de la personne suicidaire, les résultats révèlent que les groupes de participants « intervenants » n'étaient pas tous homogènes. On pouvait y



retrouver par exemple du personnel de bureau des établissements de santé, des préposés aux bénéficiaires, etc., d'où le terme intervenant entre guillemets. En conséquence, le volet de la formation s'adressant à des « intervenants » n'a pas rejoint que des intervenants professionnels, mais également du personnel non spécialiste du réseau de la santé.

Prévention : désigne toutes les mesures visant généralement à prévenir les crises suicidaires de manière à réduire l'incidence et la prévalence des idéations et comportements suicidaires. Les activités de prévention s'adressent à des sous-groupes particuliers de la population ou à des individus en s'attaquant aux facteurs de risque ou aux conditions pathogènes susceptibles d'amorcer une problématique suicidaire. (*Stratégie régionale face au suicide dans le Bas-St-Laurent*, 1998, cité dans : www.cps-lanaudière.org/chiffres.html).

Programme : nous faisons référence au *Programme-cadre de formation de citoyens et d'intervenants en prévention du suicide « Tous ensemble pour la vie »*, même s'il s'agit de son appellation dans sa version révisée.

Promoteurs : par « promoteurs », nous entendons les acteurs locaux du CH-CHSLD-CR d'Antoine-Labelle et du CLSC des Hautes-Laurentides qui ont la responsabilité de développer, mettre en œuvre et implanter le *Programme* sur leur territoire.

Promotion de la santé mentale : vise l'accroissement du bien-être personnel et collectif en développant les facteurs de robustesse et les conditions favorables à la santé mentale. Son action porte sur les déterminants de la santé plutôt que sur les facteurs de risque et vise la population générale ou des sous-groupes particuliers (*Stratégie régionale face au suicide dans le Bas-St-Laurent*, 1998, cité dans : www.cps-lanaudière.org/chiffres.html).

Référer : action visant à orienter une personne en détresse ou suicidaire vers les ressources d'aide appropriées à son état.

Renforcement du potentiel individuel et collectif à faire face à la problématique du suicide : selon la *Politique de santé bien-être* (1992), « les capacités personnelles représentent des facteurs de protection ou



de vulnérabilité à plusieurs problèmes, ou encore aux limitations qui en découlent ». Puisque le Programme vise notamment le renforcement des facteurs de protection, le renforcement du potentiel individuel et collectif à faire face au suicide désigne, dans le cadre de ce projet, toute action visant le maintien et le développement des capacités psychologiques et sociales tant des individus et des groupes que des collectivités en misant sur leurs habiletés sociales à renforcer le filet de sécurité par le développement de leur compétence à repérer, soutenir et référer et, d'autre part, à renforcer le tissu social, par la sensibilisation à la problématique du suicide, par la promotion de l'aide et de l'entraide et par la solidarité afin d'encourager la complémentarité dans l'action face au suicide. Ensemble, le tissu social et le filet de sécurité constituent des finalités poursuivies par des stratégies de promotion de la santé mentale et de prévention du suicide et ciblant à la fois l'individu, les milieux de vie et réseaux de soutien (d'appartenance), le système sociosanitaire et l'environnement social (normes, valeurs et idéologies).

Repérer : en l'absence de consensus sur la notion de « dépister » ou « repérer » dans le cadre d'une fonction de sentinelles en prévention du suicide, tel qu'observé dans l'inventaire des expérimentations québécoises de formation en prévention du suicide de type sentinelles (Filion, 2004), nous avons fait le choix d'utiliser le terme « repérer » quand il s'agit d'observer les signes avant-coureurs (ex. : messages verbaux, signes comportementaux, physiologiques, etc.) et qui ne requièrent pas l'utilisation de grilles d'évaluation et nous utilisons le terme « dépister » quand il s'agira d'une évaluation de type formel (ex. : grilles, tests, entrevues d'évaluation) qui est habituellement le fait de professionnels.

Réseau de soutien : désigne « L'ensemble des relations d'un individu qui constituent pour celui-ci, de façon permanente ou temporaire, un soutien émotionnel, matériel et/ou informationnel ». Définition tirée du site Web (*Fédération Nationale et Association d'Accueil et de Réinsertion sociale*, France) consulté le 20 juillet 2005 : <http://www.fnarspicardie.org/parentalite.php>

Sentiment de compétence en prévention du suicide : Réfère au jugement, à une opinion qui se fondent sur des éléments affectifs et intuitifs au regard d'aptitudes ressenties à réaliser des actions de repérage, de soutien et de référence d'une personne en détresse ou suicidaire vers les services, dans l'optique d'une compétence de type sentinelles en prévention du suicide.



Sentinelle : Le volet du *Programme de formation* « citoyens » s'adresse à toute la population adulte, susceptible d'être en contact avec des personnes en détresse ou suicidaires, soit dans leur vie personnelle, dans le cadre de leur travail, de leur implication bénévole ou dans la communauté. Ce sont des personnes volontaires, formées sur la problématique du suicide en fonction d'une compétence de type sentinelles, telle que les promoteurs la définissent, c'est-à-dire repérer les personnes en détresse, les soutenir et les référer vers les ressources d'aide appropriées. Ce terme ne s'applique pas aux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux. Or, dans le cadre du *Programme* nous substituons le terme « sentinelles » à celui de « personnes formées en prévention du suicide » puisque le *Programme* ne vise pas le développement d'un rôle ou d'une fonction de sentinelles en prévention du suicide. Plutôt, la formation s'inscrit dans la perspective d'améliorer les habiletés de l'ensemble des acteurs d'une collectivité en matière de repérage, de soutien et de référence notamment.

Soutenir : désigne, dans le cadre du *Programme*, toute action visant à apporter assistance à une personne en détresse ou suicidaire par de l'écoute, du réconfort et du soutien moral, notamment. L'accompagnement vers les services constitue également une dimension du soutien.



Avant-propos

PROGRAMME EN MUTATION

L'évaluation de l'implantation du *Programme* et de son effet sur le sentiment de compétence en prévention du suicide a dû s'adapter aux changements qu'a connu celui-ci tout au long de son implantation. En effet, au départ, le *Programme* visait le développement d'une compétence de base de type sentinelles en prévention du suicide, soit le fait de repérer, soutenir et référer une personne suicidaire vers les services appropriés à son état. Cette formation ciblait la population adulte en général et visait le renforcement du potentiel des « citoyens » à faire face à la problématique du suicide, plutôt que de s'adresser à des sous-groupes de la population. Toutefois, tôt dans l'implantation, les promoteurs élargissaient la formation aux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux qui transigent avec des « clients » suicidaires. Aux objectifs de base de la formation s'ajoutaient des objectifs reliés au rehaussement de la compétence des participants « intervenants » et à la transformation des pratiques de ceux-ci pour promouvoir l'alliance des « citoyens » avec les services. En conséquence, au cours de l'implantation, le *Programme* a élargi sa population cible et ses objectifs pédagogiques. On comprend que ces événements ont concouru à modifier le devis d'évaluation. Même si nous conservions la même question d'évaluation, nous devons maintenant considérer d'autres éléments. D'une part, le devis d'évaluation devait maintenant tenir compte des types de formation, des catégories de participants « citoyens » et « intervenants » et des questions relatives à l'alliance des « citoyens » avec les services comme facteurs d'influence sur le degré d'atteinte des résultats. En revanche, l'analyse de l'effet du *Programme* sur le sentiment de compétence en prévention du suicide a conservé les mêmes variables dépendantes (croyances sur le suicide, compétence à repérer, soutenir et référer), mais le devis d'évaluation appréciait l'effet de la formation sur les « citoyens » et les « intervenants » de façon séparée.

ÉVALUATION EN CONTINU

Par ailleurs, étant donné que l'évaluation de l'implantation était formative (évaluation et rétroaction continues permettant aux promoteurs de faire rapidement des ajustements à l'intervention si nécessaire), nous avons produit des rapports d'étapes que les promoteurs ont utilisés au cours de l'implantation pour effectuer différents ajustements (ex. : augmenter les jeux de rôle pour favoriser l'assimilation du contenu par les participants). Il s'agit d'un élément d'importance puisque les résultats de l'évaluation présentés dans ce rapport ne sont pas livrés de façon chronologique pour apprécier l'évolution du *Programme*. Par exemple, certains résultats peuvent concerner le *Programme* dans sa version de départ, alors qu'une



version ultérieure pourrait avoir déjà intégré les recommandations en cours de processus. Il est cependant nécessaire de livrer l'ensemble des résultats, même si certains d'entre eux ont déjà été considérés dans la version finale du *Programme*, ne serait-ce que pour révéler certains éléments qui ont nécessité des ajustements et qui peuvent avoir influencé le degré d'atteinte des objectifs de formation.

Bref, les changements apportés au *Programme* et les ajustements subséquents au cadre d'évaluation pour le rendre concordant avec les objectifs de l'intervention sont des éléments de contexte à considérer lors de la lecture du rapport d'évaluation. Ils expliquent les choix méthodologiques et théoriques effectués dans le cadre de cette évaluation et rendent compte des contraintes auxquelles le chercheur a été confronté et qui ont eu pour effet d'influencer la portée des résultats de cette évaluation.



« Si nous traversons des difficultés qui, de notre entourage, viendra nous voir en sachant que ça ne va pas? À l'inverse, avons-nous été la sentinelle de quelqu'un de près de nous récemment? Le tissu social de base est le lien qui nous unit pour transformer la détresse humaine en défi à surmonter solidairement. » Louis Lemay, directeur adjoint, Suicide-Action Montréal¹.

Introduction

Peu de programmes de formation en prévention du suicide ont fait l'objet d'une évaluation de leurs facteurs de succès, particulièrement au regard de ceux qui sont associés au sentiment de compétence en prévention du suicide.

Le *Programme*, qui fait l'objet de la présente évaluation, propose une intervention qui intègre les conditions de réussite des programmes de prévention et de promotion de la santé^{2,3}. En effet, ce *Programme-cadre de formation de citoyens et d'intervenants en prévention du suicide* « *Tous ensemble pour la vie* » adopte une stratégie de renforcement du potentiel des individus et des collectivités à faire face à la problématique du suicide, par une formation visant le développement, chez les participants « citoyens », d'une compétence de base à repérer, soutenir et référer la personne en détresse ou suicidaire vers les ressources appropriées à son état. D'autre part, il vise le même développement chez les « intervenants », mais s'ajoutent dans le plan de formation des considérations liées au renouvellement des pratiques d'intervention pour favoriser l'alliance avec les « citoyens », particulièrement les membres du réseau de soutien d'une personne en détresse ou suicidaire. En visant l'amélioration des compétences des acteurs et secteurs d'une collectivité à faire face à la problématique du suicide, le *Programme* vise le renforcement du filet de sécurité. De plus, la sensibilisation à la problématique, la promotion de l'aide et de l'entraide, et la mobilisation élargie des acteurs et secteurs à se solidariser et à se responsabiliser face au suicide constituent des activités de renforcement du tissu social.

Le *Programme* tient donc compte des différents rôles, responsabilités, expertises, préoccupations des groupes de participants et des contextes. Il adapte en conséquence le plan de formation. Le *Programme* vise donc une double finalité de renforcement du tissu social (sensibilisation à la problématique du suicide, promotion de l'aide et de l'entraide, solidarisation et responsabilisation) par des stratégies de promotion de la santé mentale et du renforcement du filet de sécurité (compétence « citoyens » à repérer, soutenir,

¹ ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE, FILIALE DE MONTRÉAL (1998).

² LABONTÉ, R. (1987).

³ D'ARCY F. (éd.). (1986).



référer; alliance et complémentarité dans l'action) par des stratégies de prévention du suicide. Pour ce faire, le *Programme* adopte une stratégie globale ciblant à la fois l'individu, les milieux de vie et réseaux d'appartenance (de soutien), le système sociosanitaire et l'environnement social. À terme, l'ensemble des actions du *Programme* devrait favoriser la réduction du nombre de tentatives de suicide et des suicides.

L'évaluation du *Programme* comprend quatre volets :

- ✓ Une évaluation formative de l'implantation du *Programme*, comprenant une description des étapes de l'implantation, soit le contexte d'émergence et la mise en œuvre du *Programme*, les résultats se rapportant aux caractéristiques des milieux et des participants rejoints et les activités de suivi;
- ✓ Une évaluation, par une étude pré-post sans groupe témoin, de l'effet du *Programme* sur le sentiment de compétence en prévention du suicide soit le sentiment d'être à l'aise de repérer, soutenir et de référer une personne en détresse ou suicidaire vers les ressources, de même que sur l'évolution des croyances chez les participants;
- ✓ Une appréciation des facteurs d'influence dans la production des résultats : la formation, les caractéristiques des participants « citoyens » et « intervenants » et l'alliance des premiers avec les services;
- ✓ Une appréciation des retombées potentielles au regard de l'environnement social (valeurs, normes et idéologies) du système de soins, des milieux de vie et de l'évolution des suicides.

Le rapport débute (chapitre 1) par une présentation de la problématique du suicide (incidences du suicide sur le territoire et facteurs associés au suicide). Nous abordons ensuite (chapitre 2) la pertinence d'implanter le *Programme*. Au troisième chapitre, nous décrivons le *Programme* qui fait l'objet de la présente évaluation. Ensuite (chapitre 4), nous présentons les objectifs de l'évaluation et abordons les aspects relatifs à la méthodologie privilégiée dans le cadre de cette évaluation. Le chapitre 5, pour sa part, présente les résultats de l'implantation du *Programme* et le chapitre 6, son effet sur le sentiment de compétence. Nous abordons au chapitre 7 les facteurs associés au sentiment de compétence en prévention du suicide. Une fois cette présentation faite, nous discutons des résultats (chapitre 8) en abordant leurs limites, les facteurs associés à l'atteinte des résultats, ainsi que les enjeux et défis qui y sont associés. Nous proposons enfin des pistes d'action et concluons le rapport. Celui-ci comprend également sept annexes ainsi que les références.

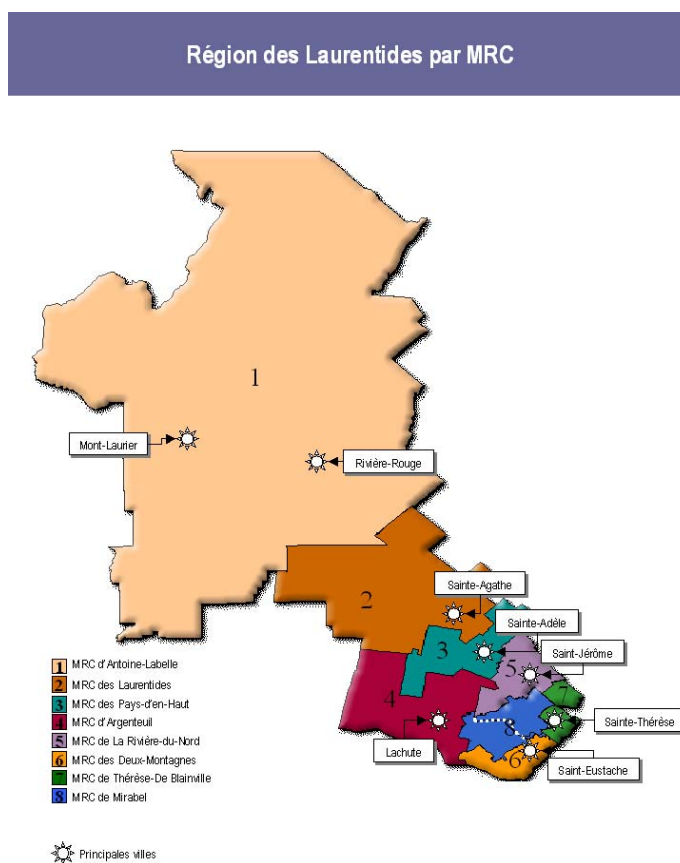


1. Problématique du suicide

1.1 Phénomène du suicide

UN TERRITOIRE DE TYPE RURAL

Antoine-Labelle est l'un des huit territoires de MRC de la région des Laurentides. Situé au nord de la région, il compte une population de 35 046 habitants, selon les projections démographiques pour 2004⁴. Antoine-Labelle présente les caractéristiques d'un territoire rural (six habitants au km²) et un profil sociosanitaire (revenus, adaptation sociale, santé physique et mentale, etc.) parmi les plus désavantagés des territoires de la région⁴. En revanche, c'est un territoire où l'organisation communautaire est particulièrement développée (investissements importants en développement économique local, présence de plusieurs groupes, coopératives et associations; plus de 1 000 salariés dans ces organismes, investissements socioculturels importants pour favoriser la participation communautaire, etc.)⁵.



⁴ AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES (2005).

⁵ CONSEIL RÉGIONAL DE DÉVELOPPEMENT DES LAURENTIDES (1999).



CINQ FOIS PLUS D'HOMMES QUE DE FEMMES DÉCÉDÉS PAR SUICIDE

Concernant la problématique du suicide, ce territoire affiche (tableau 1) en 1997-1999 un taux ajusté de mortalité par suicide comparable à ceux qui prévalent dans la région des Laurentides ou au Québec⁴.

Tableau 1 Taux ajusté de mortalité par suicide pour 100 000 habitants, sexes réunis, selon la MRC d'Antoine-Labelle, la région des Laurentides et le Québec, 1997-1999

Antoine-Labelle	Région des Laurentides	Le Québec
23,3	21,1	20,1

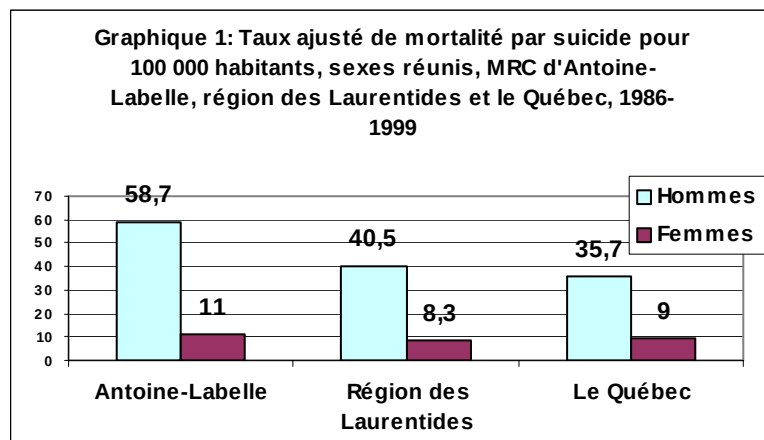
Même si ce taux n'est pas significativement différent pour la période 1997-1999, l'appréciation de l'évolution du taux brut de suicide sur une longue période (tableau 2)⁶ relève la situation défavorable observée à Antoine-Labelle, comparativement à ce qui est observé dans les autres territoires de MRC (variation entre 14,6 et 26,1 pour 100 000) dans la région des Laurentides ou au Québec, suggérant que la problématique du suicide soit prégnante sur ce territoire et ce, année après année.

Tableau 2 Taux annuel moyen (ajusté) de mortalité par suicide pour 100 000 habitants, sexes réunis, selon la MRC d'Antoine-Labelle, la région des Laurentides et le Québec, 1986-1999

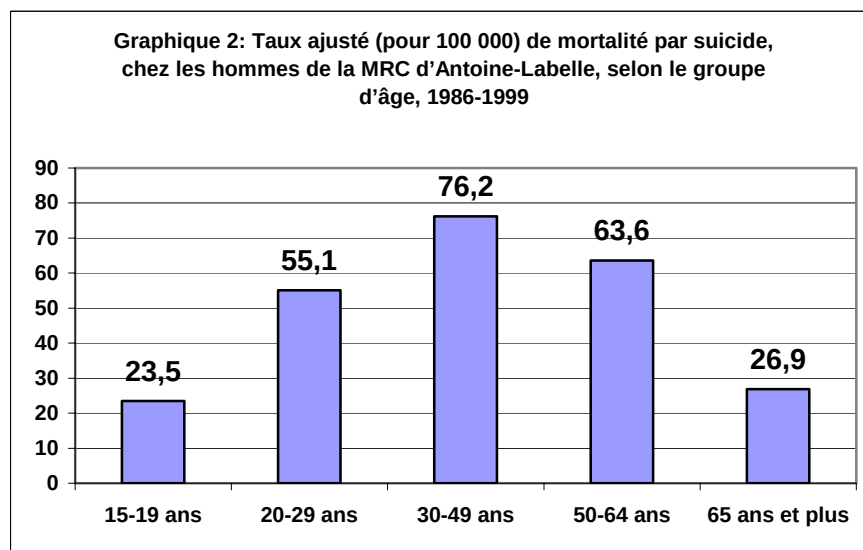
Antoine-Labelle	Région des Laurentides	Le Québec
28,7	19,2	17,9

D'autre part (graphique 1), on observe que 5,3 fois plus d'hommes que de femmes sont décédés par suicide dans la MRC d'Antoine-Labelle. Le rapport est plutôt de 4,8 fois dans la région des Laurentides et de 3,9 fois pour le Québec.

⁶ Données traitées par l'Infocentre régional de l'Agence, avril 2005.



Enfin, si on examine le taux de mortalité par suicide selon l'âge à l'échelle de la MRC d'Antoine-Labelle (graphique 2) pour la même période et chez les hommes en particulier⁷, on observe rarement des suicides avant l'âge de 15 ans. Mais, du côté des 15-19 ans, le taux de décès par suicide est déjà assez élevé et il grimpe en flèche chez les 20-29 ans, les 30-49 ans et les 50-64 ans, alors qu'il est plus faible chez les 65 ans et plus.



Bref, la problématique du suicide dans Antoine-Labelle est préoccupante et persistante, particulièrement du côté des hommes adultes (20-64 ans). Enfin, est-il utile de rappeler que pour chaque suicide, on peut compter entre 50 et 100 tentatives de suicide⁸. Enfin, chaque suicide a pour effet d'affecter entre cinq et dix

⁷ Une analyse détaillée des variations selon l'âge ne peut être effectuée pour les femmes car les décès les concernant ne sont pas assez nombreux pour éviter les fluctuations dues au hasard.

⁸ MISHARA, B. L. & al. (2004).



personnes⁹ et ce, sans compter les coûts sociaux et économiques rattachés à cette problématique (pertes relationnelles, pertes de revenus, années potentielles de vie perdues, etc.). Il s'agit donc d'une problématique de santé publique qui affecte la santé et le bien-être de l'ensemble des citoyens d'une collectivité.

1.2 Facteurs associés au suicide

ÉTIOLOGIE DU SUICIDE

L'étiologie du suicide est complexe. Elle renvoie à l'interaction dynamique d'un ensemble de facteurs liés à l'individu, à ses milieux de vie et à l'environnement social « *dont il est presque impossible de défaire les entrelacs* »¹⁰. Elle s'exprime chez la plupart des experts et des disciplines « *par le modèle bio-psychosocial* »¹¹ et renvoie à l'influence de trois grandes familles de facteurs soit le biologique, le psychologique et le sociologique. Bien qu'on ne retrouve pas de consensus entre disciplines concernant les causes associées aux comportements suicidaires, on est toutefois d'accord à l'effet « [...] *que ce développement se produit à travers la relation entre l'individu et ses potentialités d'une part et, d'autre part, l'environnement dans lequel celle-ci se forme* »¹¹.

Ces facteurs sont en interaction constante et « [...] *l'importance de leur effet va dépendre de la présence ou de l'absence d'autres facteurs* »¹². Par exemple, une personne peut vivre la perte d'un être cher (facteur précipitant), mais si elle a un bon réseau de soutien (facteur de protection), et qu'elle n'est pas aux prises avec une problématique de dépendance (facteur contribuant), on peut croire qu'elle pourra mieux traverser cette difficulté, sans vivre un état de désorganisation pouvant éventuellement mener à un acte suicidaire. Nous vous présentons succinctement et de façon simplifiée des facteurs¹³ associés au suicide, dont certains sont particuliers aux hommes, sans pour autant leur être exclusifs.

⁹ OMS (2002).

¹⁰ MSSS (1998).

¹¹ WHITE, D. & als (2002).

¹² KAHN, J.P. (2004).

¹³ L'Association québécoise de prévention du suicide (2003) apprécie les facteurs associés au suicide et aux comportements suicidaires en ayant recours aux notions de facteurs prédisposants (ceux qui rendent la personne plus vulnérable au suicide), contributants (soit les comportements ou les événements qui accentuent le risque présent), précipitants (ceux qui agissent comme déclencheurs d'un déséquilibre) et de protection (soit les conditions qui réduisent l'impact des facteurs contributants et prédisposants). Toutefois, dans le cadre de cette évaluation, nous utilisons les notions de facteurs de risque et de protection dans le but d'alléger la présentation.



FACTEURS DE RISQUE

Outre les facteurs biologiques (génétiques, neurochimiques, etc.) et les problèmes de santé mentale (dépression majeure, troubles de la personnalité, etc.), d'autres facteurs psychosociaux et sociologiques sont associés au suicide, dont certains touchent particulièrement les hommes.

Au niveau individuel :

- ✓ Certains hommes adoptent des habitudes de vie plus à risque¹⁴ (consommation d'alcool et de drogue¹⁵, multiusage);
- ✓ Certains hommes adoptent des comportements impulsifs ou agressifs face à l'adversité¹⁶ et ont tendance à opter pour des moyens plus violents pour réaliser leur suicide¹⁷ (ex. : arme à feu) que ne le font les femmes;
- ✓ Certains hommes ont de la difficulté à reconnaître leurs problèmes¹⁸ et à demander de l'aide¹⁹, legs d'une socialisation incompatible avec l'expression de la souffrance et conséquemment, avec la démarche de demande d'aide²⁰;
- ✓ Certains hommes (surtout les jeunes hommes), qui ont de la difficulté à accepter et à reconnaître leur orientation sexuelle, sont plus vulnérables aux tentatives de suicide²¹;
- ✓ Etc.

Au niveau des milieux de vie et du réseau de soutien (d'appartenance) :

- ✓ Certains hommes auraient moins de ressources de soutien que les femmes²² (réseaux masculins majoritairement composés de compagnons de travail et offrant peu de soutien émotif²³) et, face à l'adversité, ils deviennent particulièrement vulnérables : « *les transitions écologiques [c.-à-d. les changements significatifs dans la vie d'un individu, comme la perte d'un emploi, un divorce, la maladie*

¹⁴ ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE SUICIDOLOGIE . (1999).

¹⁵ PAYETTE, T et M. Tousignant. (1998).

¹⁶ CHARBONNEAU, L. (1998).

¹⁷ DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL-CENTRE (2001).

¹⁸ CHAGNON, F. (1999).

¹⁹ CHARBONNEAU, L. (1999).

²⁰ DULAC, G. (2001).

²¹ DORAIS, M. (1998).

²² ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE SUICIDOLOGIE (2000).

²³ DULAC, G. (1999).



grave, un problème avec la justice, etc.] se présentent comme des périodes particulièrement critiques »²⁴;

- ✓ La dévitalisation communautaire (isolement, faible sentiment d'appartenance, désolidarisation communautaire, paupérisation, etc.) peut affecter la cohésion et le sentiment d'appartenance des membres à leur communauté et peut conduire à l'aliénation et au désespoir pour certains groupes vulnérables au suicide²⁵;
- ✓ L'accès à des moyens létaux peut influencer les suicides¹⁷;
- ✓ La détresse psychologique relative aux conditions et au climat de travail (surcharge quantitative, manque de reconnaissance, piètres relations avec le supérieur, faible participation aux décisions et manque de circulation de l'information²⁶) peut mener des gens à adopter des comportements autodestructeurs jusqu'au suicide²⁴;
- ✓ Etc.

Au niveau du système sociosanitaire :

- ✓ Les problèmes liés à l'articulation et la coordination des ressources en santé mentale²⁷ notamment en matière de prise en charge pendant et après la crise suicidaire ont fait en sorte, notamment, que des personnes ressortent de l'hôpital sans une vraie planification de leur sortie²⁸. L'investigation sur les suicides survenus sur le territoire à l'étude²⁹ révèle que 40 % des sujets décédés par suicide avaient été hospitalisés pour un problème de santé mentale moins d'un an avant leur décès;
- ✓ L'accès à des services médicaux généraux et psychiatriques est insuffisant. *« De plus, les pratiques actuelles ne favorisent pas nécessairement le soutien des services de première ligne ni l'orientation des personnes dont les problèmes sont stabilisés vers ces ressources. »³⁰;*

²⁴ CENTRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE DE QUÉBEC (date indéterminée).

²⁵ Whitehead, M et al. (1991).

²⁶ BRUN, J. P. et al. (2003).

²⁷ POTVIN, N.(2004).

²⁸ LAROSE, D. et J. Gagnon (2003; 2004).

²⁹ Larose, D. (2002).

³⁰ MSSS (2005).



- ✓ Le manque de reconnaissance et d'utilisation des aptitudes de l'individu et de la société dans la lutte contre le suicide privent la personne souffrante du soutien efficient optimal que pourrait générer l'action concertée de son réseau et des intervenants des services de son milieu¹⁰;
- ✓ Les comportements d'hommes en matière de recherche d'aide ne correspondraient pas « à la norme socialement admise [par les intervenants] du comportement du client qui a besoin d'aide » et en conséquence, leurs démarches de demande d'aide seraient difficiles à décoder³¹;
- ✓ Etc.

Au niveau de l'environnement social :

- ✓ L'individualisme de nos sociétés n'est pas favorable à la prise en charge de la problématique suicidaire par les communautés elles-mêmes « [...] *plus la conscience individuelle prédomine sur la conscience familiale ou collective, et plus la souffrance de l'aliénation et du désespoir sera confrontée sinon acculée à l'option suicide. [...].*³² »;
- ✓ Un certain type de presse écrite et télévisuelle est associé à une hausse statistiquement significative du nombre de suicides³³;
- ✓ Les crises économiques sont associées à une recrudescence du nombre de suicides³⁴;
- ✓ Les fausses croyances et préjugés sur le suicide sont aussi un phénomène culturel qui vient affecter en bout de piste la capacité de prise en charge des problématiques suicidaires par les communautés elles-mêmes¹⁰;
- ✓ Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « *la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les personnes atteintes de maladies mentales peuvent être plus destructives que la maladie elle-même. Elles ont des conséquences néfastes sur la guérison, la capacité d'accéder à des services, le genre de traitement et le niveau de soutien obtenu, ainsi que l'acceptation de la collectivité.* »
- ✓ Etc.

³¹ DULAC, G. (2003).

³² SAMI, M. H. (1998).

³³ HAWTON et K., Williams. (2001).

³⁴ SOREFF, S., MD (2005).



FACTEURS DE PROTECTION

Enfin, parmi les facteurs associés au suicide, certains ont un effet protecteur contre les effets des facteurs de risque. Des courants en recherche tendent à expliquer pourquoi certains individus passent à travers des situations adverses, alors que d'autres vivant une situation similaire en seraient très affectés. L'explication tend à relever la présence de ressources et d'aptitudes individuelles, mais également collectives. Les concepts de résilience³⁵ (capacité de résister aux chocs et de rebondir³⁶), d'*empowerment* (renforcement du sentiment de contrôles individuel et collectif sur l'environnement³⁷) et de capital social (« ...caractéristiques de l'organisation sociale, comme les réseaux, les normes et la confiance sociale, qui facilitent la coordination et la coopération pour un bénéfice mutuel³⁸ ») constituent des facteurs de protection tant individuels que collectifs. Les facteurs de protection font, en quelque sorte, contrepoids aux facteurs de risque.

³⁵ Joubert, N. (2003).

³⁶ REVUE NOTRE-DAME (2002).

³⁷ LONGPRÉ, C. (1998).

³⁸ VAN KEMENADE, S. (2002).



FAITS SAILLANTS :

- ✓ La MRC d'Antoine-Labelle connaît un taux élevé de suicide, particulièrement du côté des hommes, qui sont en proportion cinq fois plus nombreux que les femmes à décéder par suicide;
- ✓ Des facteurs biologiques, psychologiques et sociologiques sont associés au suicide, dont certains touchent particulièrement les hommes :
 - Les caractéristiques culturelles d'invulnérabilité des hommes conférées par la société, la fragilité de leur réseau de soutien, la difficulté à les rejoindre, leur propension à adopter des habitudes de vie plus à risque et des comportements impulsifs affecteraient leur résilience et inhiberaient leur capacité ou volonté à aller chercher de l'aide,
 - L'isolement, les problématiques de couples, familiales ou au travail; l'accès à des moyens létaux, la dévitalisation communautaire, le faible sentiment d'appartenance et d'entraide entre les membres de la communauté affectent la capacité des milieux de vie et des réseaux d'appartenance à faire face à la problématique du suicide. Les problèmes présents dans les milieux de vie ou réseau d'appartenance, dans la mesure où ils effritent le tissu social, peuvent mener des gens à l'isolement, à la marginalisation, l'exclusion, voire au désespoir et au suicide,
 - La démarche de demande d'aide des hommes serait plus difficile à décoder par les intervenants puisque leurs comportements ne correspondraient pas à la norme socialement admise par ceux-ci au regard du comportement d'un « client » qui demande de l'aide,
 - Les problèmes d'articulation et de coordination des ressources en santé mentale, notamment les services de crise-suicide (prise en charge et de suivi de la clientèle suicidaire), le manque de reconnaissance du potentiel et d'alliance avec le réseau de soutien de la personne affectent la capacité qu'ont les milieux de travailler ensemble pour endiguer le phénomène du suicide,
 - Outre les conditions économiques, les préjugés sur le suicide, la discrimination dont sont victimes les personnes atteintes de maladie mentale et l'individualisme qui caractérisent notre société mineraient notre capacité, comme collectivité, à faire face à la problématique du suicide.

L'*empowerment*, la résilience et le capital social constituent des facteurs individuels et sociaux de protection agissant sur les effets des facteurs de risque, faisant en quelque sorte contrepoids à ceux qui sont associés au suicide.



2. Pertinence du Programme-cadre « *Tous ensemble pour la vie* »

On l'a vu, le suicide est un problème de santé publique dont les causes sont multiples et renvoient à l'interaction dynamique d'un ensemble de facteurs liés à l'individu, à ses milieux de vie, au système sociosanitaire et à l'environnement social (normes, valeurs et idéologies).

À cet effet, la *Stratégie québécoise d'action face au suicide*¹⁰ en arrivait à la conclusion que « La combinaison d'une meilleure éducation, d'une meilleure mobilisation et d'une meilleure concertation des organismes communautaires, des services du réseau sociosanitaire et de la population québécoise en général devraient diminuer les comportements suicidaires au Québec et aider à soulager la souffrance associée à cette problématique. » Les constats de la *Stratégie québécoise* soulèvent en quelque sorte deux niveaux de préoccupations. D'abord, concernant le réseau de la santé et des services sociaux : « Les connaissances nécessaires à l'évaluation, à la prise en charge et au suivi ne sont pas suffisamment répandues et intégrées. » De plus, « le suicide est perçu comme une problématique pour spécialistes seulement, qu'ils soient du milieu professionnel ou communautaire. Il faudrait permettre au plus grand nombre d'intervenants d'obtenir le soutien clinique et la formation 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 ». Enfin, il faudrait « favoriser le maillage entre les différents acteurs du secteur communautaire et institutionnel et de promouvoir des approches et des ententes qui favorisent la meilleure complémentarité d'action et d'intervention ».

L'autre niveau de préoccupation concerne la population. Selon la *Stratégie* : « la contribution [...] du milieu [...] n'est pas par ailleurs suffisamment encouragée et soutenue ». L'une des pistes de solution résiderait dans la réalisation de projets « favorisant l'engagement de sentinelles auprès des groupes de personnes à risque de suicide [...]. Ce projet devrait d'abord viser les sentinelles qui sont en contact avec [...] les hommes [...] » parce qu'ils sont peu enclins à demander de l'aide ou encore parce qu'ils sont difficiles à rejoindre.

Pour la *Stratégie québécoise d'action face au suicide*, la prévention du suicide est l'affaire de tous et repose effectivement sur la mobilisation de l'ensemble des acteurs et secteurs de la communauté, et requiert à cet effet le renforcement du potentiel individuel et collectif en prévention du suicide. Pour se faire,



la *Stratégie québécoise* propose de se donner des principes et des valeurs guidant l'intervention et l'action face au suicide. Il s'agit de :

- ✓ Valoriser le sens de la vie en s'appuyant sur les solidarités et responsabilités;
- ✓ Reconnaître que l'individu et la société ont certaines compétences pour faire face à la problématique du suicide et le potentiel pour en développer de nouvelles;
- ✓ Miser sur les intervenants et services existants.

La pertinence du *Programme* « *Tous ensemble pour la vie* » trouve sa justification dans le fait qu'il embrasse ces trois principes directeurs, lesquels guident l'élaboration des contenus du *Programme de formation en prévention du suicide*.

2.1 Valoriser le sens de la vie en s'appuyant sur les solidarités et les responsabilités

Comme nous l'indiquions plus tôt, les préjugés et fausses croyances et l'individualisme de nos sociétés occidentales affecteraient notre capacité, comme collectivité, à faire face à la problématique du suicide. Les fausses croyances et préjugés nous empêcheraient de reconnaître la détresse derrière les comportements suicidaires. Ils nous rendraient en quelque sorte impuissants et fatalistes face au suicide. Effectivement, « [...] l'analyse montre que les préjugés sont encore bien ancrés dans la population. Une campagne de sensibilisation aux troubles mentaux auprès du grand public s'avérerait certes utile afin de briser ces préjugés et démystifier la maladie mentale¹⁰. » Par ailleurs, l'individualisme qui caractérise nos sociétés occidentales nous a rendus moins solidaires face à la détresse chez nos concitoyens. Pourtant, il est possible « d'influencer positivement les comportements du plus grand nombre d'entre nous en valorisant la vie, l'entraide et l'importance pour tous et toutes de pouvoir compter sur un ou des groupes d'appartenance »¹⁰. Enfin, les acteurs et secteurs interviennent encore de façon isolée et ne réussissent pas ainsi à conjuguer leurs efforts de façon à être complémentaires dans l'action. En conséquence, on assiste trop souvent à l'isolement des membres du réseau de soutien, de la personne en détresse ou suicidaire et des intervenants, ayant pour effet de provoquer des brèches dans le filet de sécurité et ainsi d'accroître, dans une communauté, la vulnérabilité au suicide. Comme l'indique la *Stratégie québécoise*, « il faut mobiliser les gens [...] en favorisant les interrelations entre les différents réseaux sociaux pour éviter de faire porter le poids de l'action sur une ou quelques personnes¹⁰ ».



2.2 Reconnaître les compétences et le potentiel de l'individu et de la société à faire face à la problématique du suicide

Parmi les personnes qui sont en contact avec des personnes en détresse ou suicidaires (ex. : amis, collègues de travail, proches), la littérature scientifique révèle que les proches aidants de personnes aux prises avec une problématique de santé mentale, donc vulnérables à la détresse et au suicide, sont souvent ceux qui sont interpellés autant par les hommes que par les femmes pour obtenir du soutien. L.M. Chatters cité par E.J. Jackson dans Doumont et Renard (2000)³⁹ croit que les populations « *recherchent prioritairement des informations par le biais des réseaux informels comme les réseaux d'amis, la famille, les connaissances* ». Et, quand une personne vit une difficulté, « *les premières personnes vers qui on se tourne pour recevoir conseil et soutien* » sont souvent les aidants naturels (« *natural helpers* »). Ainsi, le réseau de soutien d'une personne aux prises avec une problématique de santé mentale interviendrait déjà pour lui porter assistance.

Les membres du réseau de soutien de la personne ont toutefois besoin de développer de nouvelles compétences pour assurer justement un filet de sécurité auprès de la personne en détresse ou suicidaire. À cet effet, l'enquête sur la santé mentale des Montréalais⁴⁰ mentionne que « *l'entourage peut [...] encourager la personne à consulter, à la condition bien sûr qu'il soit en mesure de reconnaître les signes de la maladie. C'est pourquoi s'imposent des interventions à visée éducative pour sensibiliser la population* ». Cette éducation pourrait également contribuer à « *rendre plus connus et plus accessibles les services appropriés* ». De plus, Mishara (2000)⁴¹ suggère que la formation des membres de l'entourage à « *identifier un potentiel suicidaire et réagir de façon appropriée* » contribue à la prévention du suicide. Le développement de compétences, chez les membres du réseau de soutien, permettant de mieux reconnaître les signes, ainsi que les ressources d'aide, pourrait contribuer à accroître leur potentiel à faire face à la problématique du suicide. La position du MSSS (2003)⁴² est claire là-dessus : « *les familles et les proches doivent être reconnus à juste titre comme partenaires et obtenir les moyens nécessaires pour être en mesure de maintenir leur soutien, d'une part, et d'améliorer leur qualité de vie, d'autre part* ».

³⁹ DOUMONT, D. et F. Renard. (2000).

⁴⁰ Direction de santé publique de Montréal-centre. (2002)

⁴¹ MISHARA, B.. L. (2000).

⁴² MSSS (2003b).



Effectivement, une étude portant sur la formation d'un proche aidant à apporter du support (soutien, écoute, référence) à des personnes de son entourage, citée dans l'enquête montréalaise⁴³ souligne qu'elle contribue à renforcer le soutien social, mais également encourage « *l'aide et la transformation collective* » et finalement, favorise l'alliance des citoyens avec les services (renforcement des liens entre les professionnels et la communauté; amélioration des connaissances des membres de la communauté sur le rôle et les fonctions des systèmes de soins, sur les ressources disponibles, sur la façon d'apporter du soutien aux membres de l'entourage, etc.). Les retombées seraient positives au plan de la prise en charge des problématiques par les communautés elles-mêmes (ex. : diminution de la dépendance et de la passivité au sein de la communauté; développement des aptitudes des membres de la communauté pour faire face aux difficultés rencontrées).

Mais la reconnaissance de la contribution du réseau de soutien du « client », dans la perspective de son alliance avec les services, se bute à des résistances idéologiques et socioprofessionnelles⁴⁴ comme en fait foi le Modèle d'organisation des services intégrés de crise et d'action face au suicide pour les adultes de la région des Laurentides (2002)⁴³, qui met en évidence le fait que la collaboration entre acteurs et secteurs n'est pas évidente : « *Les hôpitaux psychiatriques et les départements de psychiatrie privilégient l'approche médicale fondée sur les connaissances biologiques de la maladie mentale. Les équipes professionnelles oeuvrant dans les CLSC, pour leur part, valorisent plutôt une approche biopsychosociale. Finalement, les intervenants des ressources alternatives soutiennent que les personnes ayant des problèmes de santé mentale doivent participer à la conduite de leur parcours thérapeutique [...].* » En conséquence, l'alliance avec les services repose « *sur la reconnaissance des différences et des actions spécifiques et complémentaires de chacun en raison de leur mission et de leur rôle respectif [...].* »

Somme toute, la formation des « citoyens » comporterait des avantages certains en matière de renforcement du potentiel des individus et des collectivités, comme une meilleure connaissance des services, de meilleurs rapports avec ceux-ci, une amélioration du support social, une capacité accrue de reconnaître les signes de la maladie ou de la détresse, une meilleure connaissance et reconnaissance de la problématique, ainsi qu'une diminution des préjugés. Tous ces éléments sont contributifs d'une meilleure

⁴³ RRSSL. (2002)

⁴⁴ Touati, N. et al. (2002)



prise en charge de la problématique de la santé mentale par les communautés elles-mêmes et peuvent contribuer à prévenir le suicide.

2.3 Miser sur les intervenants et services existants

L'intervention « populationnelle » est insuffisante pour endiguer la problématique du suicide. Il faut également intervenir, comme l'indique la *Stratégie québécoise*, au niveau de l'environnement des services, notamment pour assurer et consolider une gamme essentielle de services, briser l'isolement des intervenants et améliorer leurs compétences professionnelles.

La littérature scientifique va également dans ce sens. L'enquête sur la santé mentale des Montréalais (2002)⁴⁰ mentionne que « 60 % des personnes ayant besoin de soins [pour troubles mentaux ou situation de vie stressante] qui consultent ne reçoivent pas les services requis[...]. Le problème ici réside donc davantage dans la volonté et la capacité des intervenants à reconnaître le trouble et à donner accès à un traitement adéquat ».

Une étude portant sur les difficultés d'intervention des proches aidants dans la prise en charge des personnes confrontées à la problématique du suicide sur le territoire de la MRC d'Antoine-Labelle⁴⁵ révélait effectivement que le manque de soutien, d'échange avec les intervenants et de circulation de l'information, bref la faiblesse de l'alliance entre les proches et les intervenants était source d'inquiétude et de frustration. Ceci d'autant plus que l'intensité du suivi postcrise tend à diminuer avec l'amélioration de la situation de l'aidé, alors que par ailleurs, l'étude révèle que dans la moitié des cas, il y aurait une récurrence au cours de l'année.

Ainsi, à l'instar des citoyens, les intervenants pourraient bénéficier d'activités de formation : « Le premier objectif devrait être d'améliorer la reconnaissance des troubles mentaux; en ce sens, des activités de formation peuvent être mises en place. Améliorer l'orientation pourrait être le second, mais cela suppose que les ressources de traitement nécessaires existent, qu'elles sont connues et accessibles⁴³. » En somme, au-delà de l'accessibilité à des services appropriés, les intervenants doivent également être sensibilisés et outillés pour mieux intervenir au regard de la problématique du suicide.

⁴⁵ FORTIN, M. J. (2003).



Une étude régionale⁴⁶ sur l'implantation d'un réseau crise-suicide, dans la région des Laurentides, révèle qu'en matière de besoins de formation, les intervenants voudraient de « *brèves mises à jour annuelles (trois heures)* » portant sur l'intervention (intervention de crise suicidaire, application de la loi P-38), la connaissance de la problématique (problématique de santé mentale, estimation de la dangerosité) et sur les groupes vulnérables (ex. : détresse des hommes). Selon cette étude, les intervenants ont aussi besoin d'en savoir davantage sur le suicide, les facteurs y étant associés et l'intervention auprès de personnes à risque ou vulnérables.

En somme, le renforcement du potentiel individuel et collectif, par la formation en prévention du suicide, contribuerait à réduire les préjugés entourant le suicide et favoriserait ainsi l'adoption d'attitudes d'ouverture envers nos concitoyens vulnérables à la détresse ou au suicide. La formation contribuerait également à relever le niveau de compétence (connaissances, attitudes et habiletés en prévention du suicide) de tous et chacun. De plus, en accordant de l'importance au renouvellement des pratiques d'intervention pour favoriser l'alliance des « citoyens » avec les services, on contribue à accroître le niveau de connaissance et de reconnaissance des rôles et responsabilités, favorisant un véritable partenariat entre les intervenants, la personne et son réseau de soutien, dans la perspective de la complémentarité dans l'action. À terme, cette stratégie globale d'intervention devrait contribuer à la diminution du nombre de tentatives de suicide et de suicides.

2.4 Expérimentations prometteuses

La documentation scientifique, de même que les documents d'orientation⁴⁷ et de programmation en santé mentale⁴⁰ révèlent que la prévention du suicide par la formation de sentinelles⁴⁸ habilitées à repérer, soutenir et référer une personne suicidaire vers les services appropriés à son état offre des promesses en matière de prévention du suicide.

À cet effet, des évaluations d'implantation de programmes de formation en prévention du suicide s'adressant aux adultes (citoyens, intervenants communautaires, scolaires, du réseau de la santé et des

⁴⁶ LARIVIÈRE, C. (2003).

⁴⁷ MSSS (2003).

⁴⁸ Il faut comprendre que les sentinelles, selon les évaluations recensées, peuvent être issues à la fois du réseau communautaire (ex. : bénévoles), du milieu familial (ex. : proche d'une personne suicidaire), du milieu de travail (ex. : délégués syndicaux), du milieu scolaire (ex. : intervenant scolaire), du réseau de la santé (ex. : médecin d'accueil à l'urgence) ou de tout autre milieu susceptible de transiger avec des groupes vulnérables.



services sociaux) afin de rejoindre les groupes vulnérables ou à risque (jeunes, adultes, aînés, hommes, etc.) et réalisées en contexte québécois^{49,50,51,52,53,54}, canadien^{55,56,57} ou international^{58,59,60,61,62,63}, suggèrent que cette stratégie, visant la formation de sous-groupes de citoyens adultes en prévention du suicide, réponde aux besoins des participants (participation et satisfaction élevées). Par ailleurs, cette stratégie éducative favoriserait le développement, chez les participants, d'une compétence de base en prévention du suicide, soit en matière d'amélioration des connaissances sur les croyances au regard du suicide et sur les services, et d'habiletés en matière de repérage et de référence. Dans certains cas, elle influencerait positivement sur la problématique du suicide, par exemple, en réduisant l'anxiété, les idéations suicidaires et l'état dépressif chez les personnes repérées et un accroissement de la demande d'aide auprès des ressources d'aide⁶⁴. Enfin, hormis certains programmes ciblant la formation de jeunes sentinelles en prévention du suicide, programmes qui n'ont pas assuré le soutien et le suivi des personnes formées et qui pourraient avoir conduit à des effets indésirables⁶⁵, aucune des évaluations mentionnées ci-haut n'a relevé d'effets paradoxaux et ce, tant chez les personnes formées que chez les personnes en détresse ou suicidaires repérées. Toutefois, le *Programme* se distingue des autres programmes de formation à l'effet qu'il adopte une approche globale d'intervention ciblant l'individu, ses milieux de vie, le système sociosanitaire et l'environnement socioculturel (normes, valeurs et idéologies). Il ne se limite donc pas à former des individus pour améliorer leur compétence en prévention du suicide, il vise la transformation sociale par la mobilisation élargie des acteurs et secteurs contributifs, dans la perspective de renforcer le potentiel d'une collectivité à faire face à la problématique du suicide.

⁴⁹ DUPONT, J. P., R. Thibault et L. Turnblom. (2003).

⁵⁰ MISHARA, B. L. (2002).

⁵¹ BEAUCHAMP L. et G. Mireault. (2001).

⁵² RAYMOND, S., D. Mishara et L. Charbonneau (2003).

⁵³ CARDINAL, L. et M. Rainville (2004).

⁵⁴ ST-HILAIRE, É., L. Beaudry et Y. Mathieu (2003).

⁵⁵ TIERNY, R. J. (1994).

⁵⁶ STUART, C. & al. (2003).

⁵⁷ LIVINGWORKS EDUCATION INC (2003).

⁵⁸ MORRISS, Richard, & al. (1999).

⁵⁹ CAPP, K., F. P. Deane et G. Lambert (2001).

⁶⁰ TURLEY, B. et B. Tanney (1998).

⁶¹ TURLEY, B. (2000).

⁶² PFAFF, J.J. & al. (2001).

⁶³ KING, K. A. et J. Smith (2000).

⁶⁴ BRADLEY G. N. & al. (mai 2004).

⁶⁵ JULIEN, M. (2004).



Faits saillants :

- ✓ La revue de la littérature scientifique révèle que la problématique du suicide est multidéterminée comme doivent l'être les actions entreprises pour l'endiguer. En concordance avec cette prémisse, le *Programme* cible à la fois l'individu, les milieux de vie et réseau de soutien (d'appartenance), le système de soins et l'environnement social (normes, valeurs et idéologies) et se distingue, à cet effet, des autres approches de formation, en adoptant une stratégie globale d'intervention;
- ✓ La recension d'expérimentations de formation en prévention du suicide de type sentinelles chez les adultes révèle que ces programmes offrent des promesses en matière de prévention du suicide, par le renforcement du potentiel des participants à repérer, soutenir et référer une personne suicidaire vers les services appropriés à son état. Elles pourraient même agir au niveau des effets des facteurs de risque (réduction de l'anxiété);
- ✓ La revue de la littérature scientifique et particulièrement la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* soulignaient les lacunes relatives à la connaissance de la problématique du suicide et des services y étant associés, à l'articulation et la coordination des services, à la contribution des citoyens, à leur reconnaissance par les services et aux préjugés et fausses croyances à propos du suicide comme phénomène culturel qui viendrait affecter notre capacité, comme société, à endiguer le suicide. Le *Programme-cadre « Tous ensemble pour la vie »* trouve sa justification à l'effet qu'il vise à corriger ces lacunes à l'échelle du territoire d'Antoine-Labelle :
 - En reconnaissant le potentiel de l'individu et de la société à faire face à la problématique du suicide et en favorisant le développement de nouvelles compétences et d'attitudes d'ouverture à l'entraide, on peut les sensibiliser, les informer et les habiliter. On favorise ainsi l'élargissement du filet de sécurité en prévention du suicide, tout en renforçant le tissu social,
 - En favorisant l'engagement de sentinelles auprès des groupes vulnérables au suicide, on rejoint ceux qui sont peu enclins à demander de l'aide ou qui sont difficiles à rejoindre,
 - En misant sur les intervenants et services existants, on favorise la consolidation d'une gamme essentielle de services, on contribue à briser l'isolement des intervenants et on améliore leurs compétences professionnelles,
 - En permettant au plus grand nombre d'intervenants d'obtenir du soutien clinique et la formation nécessaire à l'intervention auprès des personnes suicidaires, on favorise une meilleure prise en charge et suivi du « client »,
 - En solidarisant et en responsabilisant l'ensemble des acteurs d'une communauté, on évite de faire porter le poids de la prévention du suicide sur quelques individus ou groupes,



- La combinaison d'une meilleure éducation, d'une meilleure mobilisation et d'une meilleure concertation entre des organismes communautaires, des services du réseau sociosanitaire et de la population en général devrait diminuer les comportements suicidaires et aider à soulager la souffrance associée à cette problématique.



3. Programme de formation « *Tous ensemble pour la vie* »

3.1 Assises du Programme

Tel que relevé dans la littérature scientifique et plus particulièrement par la *Stratégie québécoise*, le manque de reconnaissance et d'utilisation des aptitudes de l'individu et de la société dans la lutte contre le suicide prive la personne souffrante du soutien efficient optimal que pourrait générer l'action concertée de son réseau et des intervenants des services de son milieu. La proposition visant à combiner des stratégies valorisant le sens de la vie et s'appuyant sur les solidarités et les responsabilités, la reconnaissance des compétences et du potentiel de l'individu et de la société à faire face au suicide et le fait de miser sur les intervenants et services existants, invitent les promoteurs à adopter une stratégie globale d'intervention ciblant à la fois l'individu, les milieux de vie et réseaux d'appartenance, le système sociosanitaire et l'environnement social (valeurs, normes et idéologies).

Cependant, même si les promoteurs adhéraient à une stratégie globale d'intervention, le développement du *Programme*, sa mise en œuvre et l'implantation qui ont suivi, se sont réalisés de façon séquentielle comme on peut l'apprécier ci-après.

Dans un premier temps, un programme préliminaire s'adressant aux « citoyens » a été développé. Globalement, il s'agit du programme « *La prévention du suicide : Tout le monde s'en mêle* » réalisé dans la région Chaudière-Appalaches⁶⁶, lequel a été ajusté en tenant compte des résultats de l'investigation sur les suicides sur le territoire d'Antoine-Labelle²⁸ et des préoccupations spécifiques qui avaient été formulées par des citoyens lors de séances de consultation sur la pertinence d'offrir ce type de formation, ainsi que des réflexions entourant l'élaboration du plan d'action en crise-suicide. La formation vise le renforcement des citoyens à faire face à la problématique du suicide par le développement d'habiletés à repérer, soutenir et référer une personne en détresse ou suicidaire vers les services appropriés à son état. Également, la démystification du suicide fait partie du volet sensibilisation à la problématique du suicide et contribue à développer des attitudes plus favorables en prévention du suicide.

Dans ce sens, le *Programme* vise à renforcer le filet de sécurité auprès des personnes suicidaires par le développement des compétences de l'ensemble des citoyens (personne vulnérable à la détresse ou au

⁶⁶ ST-HILAIRE, É. (2002).



suicide, milieux de vie, réseau de soutien) à mieux reconnaître les signes précurseurs (repérer), à apporter du soutien et du réconfort (soutenir) afin de désamorcer la crise suicidaire, si possible, ou sinon, améliorer la connaissance des ressources (référer) pour que le réseau de soutien puisse accompagner ou référer la personne vers les ressources appropriées à son état. En ce sens, le *Programme* cible l'individu, ses milieux de vie et réseau d'appartenance. Il touche également l'environnement social, dans la mesure où la formation sensibilise les participants à l'effet que des préjugés et fausses croyances sur le suicide inhibent notre capacité, comme individu ou collectivité, à faire face à la problématique du suicide. La promotion de l'aide et de l'entraide fait également partie du plan de formation, dans la mesure où l'on sensibilise les participants à reconnaître la détresse derrière les comportements autodestructeurs et que le soutien qu'on peut apporter à une personne en détresse ou suicidaire peut faire une différence.

Comme on peut le lire dans le dépliant d'information du *Programme* s'adressant aux « citoyens », les objectifs associés à la formation sont indiqués dans les termes suivants : « *Si quelqu'un de notre famille, de nos ami(e)s, de nos collègues de travail, vit à un certain moment une telle situation, notre aptitude à reconnaître sa souffrance, à le soutenir et à l'accompagner vers les ressources disponibles de notre communauté peut contribuer substantiellement à lui faire reprendre espoir en la vie et à le protéger du suicide*⁶⁷. »

En conséquence, les « citoyens », ainsi formés, devraient être plus habilités à reconnaître les signes de détresse chez soi et les autres, à soutenir un proche, un ami, un collègue de travail bref, à outiller le réseau de soutien et d'appartenance. Par ses actions, le « citoyen » formé peut même désamorcer une crise. Par ailleurs, dans la mesure où la formation cible différents milieux de vie (familles, milieux de travail, organismes communautaires, communautés, etc.), on améliore la capacité des milieux à rejoindre les groupes vulnérables et on contribue ainsi à renforcer le filet de sécurité dans les milieux de vie. Enfin, en agissant sur les croyances et préjugés à propos du suicide et en valorisant l'entraide, on transforme les valeurs sociales. Ainsi, par le renforcement du potentiel de tous à faire face à la problématique du suicide et à s'affranchir des fausses croyances contre-productives pour la prévention du suicide (ex. : le suicide est un choix sur lequel on ne peut intervenir), la formation favorise le renforcement à la fois du filet de sécurité et du tissu social, éléments qui contribuent à accroître les facteurs de protection aux plans individuel et collectif.

⁶⁷ CLSC DES HAUTES-LAURENTIDES (février 2004).



Mais, comme le *Programme* soutient que le système de soins influence la problématique du suicide, un volet de formation s'adressant aux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux a été rapidement développé : « [...] le *Programme* a été aussi ajusté au niveau des intervenants [...] on avait comme préoccupation, l'ensemble des partenaires du milieu, de s'assurer que ces sentinelles-là soient bien accueillies par les services et pour ça, on pouvait pas faire une démarche uniquement avec les citoyens, fallait que l'ensemble des intervenants soient touchés par la formation. » (promoteur).

Effectivement, la conceptrice du *Programme* observait, lors de la formation des premiers groupes de « citoyens »⁶⁸, que les constats de la *Stratégie québécoise* s'appliquaient aussi à sa communauté :

- ✓ La formation des intervenants en prévention du suicide est négligée;
- ✓ Les urgences sont fortement sollicitées en intervention de crise suicidaire mais le personnel qui y travaille n'est pas formé à cet effet;
- ✓ Le soutien pendant la période de crise n'est pas assuré (prise en charge pendant et après la crise et suivi dans le milieu);
- ✓ L'approche d'intervention est centrée sur la relation individuelle et considère peu ou pas le réseau de la personne;
- ✓ Les connaissances sur la problématique du suicide font défaut et les croyances sur le suicide sont teintées de mythes et de préjugés;
- ✓ Le suicide est perçu comme une problématique pour experts seulement.

En conséquence, très tôt dans l'implantation, le *Programme* s'est enrichi du volet « intervenants », lequel aborde les mêmes contenus qui s'adressent aux « citoyens », mais y ajoute un contenu adapté spécifiquement à leurs rôles et responsabilités. À cet effet, un programme développé au CH-CR d'Antoine-Labelle « *Programme d'intervention auprès du client suicidaire* »⁶⁹ et le programme régional de l'Outaouais « *Formation sur les actions face au suicide* »⁷⁰ ont constitué les principales sources

⁶⁸ Comme l'indique la conceptrice du *Programme* : « Plusieurs indications laissent un doute sur les résultats de notre démarche [formation des « citoyens » en prévention du suicide] si nous ne nous donnions pas de moyens pour assurer des alliances entre la population et les intervenants du milieu [...] À quoi bon former la population si elle n'est pas bien accueillie par les services? Les alliances au sein de toute la communauté nous sont apparues vitales à la prévention du suicide sur notre territoire. Il s'agit d'ailleurs du principe de base sur lequel repose le programme. ».

⁶⁹ CH-CR ANTOINE-LABELLE (2001).

⁷⁰ MILLETTE, A. Dr et Dr A. Gagnon (2003).



de référence dans l'élaboration du volet de formation s'adressant aux « intervenants ». Enfin, si au départ le *Programme* pouvait être assimilable à un programme de formation de type sentinelles en prévention du suicide, ses cibles d'intervention se sont nettement élargies pour embrasser également le système de soins.

Pour être en mesure de toucher l'ensemble des cibles d'intervention visées par le *Programme*, deux plans de formation distincts sont développés à l'attention des différents groupes de participants « citoyens » et « intervenants » (tableau 3). Il faut préciser toutefois que l'ajustement et l'adaptation des contenus aux différents groupes de participants, selon leurs rôles, responsabilités et préoccupations, constituent une caractéristique permanente du *Programme*. Mais, de façon générale, les thèmes suivants sont abordés lors des sessions de formation et peuvent varier en intensité selon les caractéristiques des groupes de participants.

Tableau 3 : Plans de formation de « citoyens » et « d'intervenants » en prévention du suicide

Plan de formation des « citoyens »	Plan de formation des « intervenants »
✓ Sensibilisation à la problématique du suicide (mythes, crises, processus et étapes suicidaires, aide et entraide) ✓ Développement d'habiletés de base : ▫ Repérer la détresse ou l'urgence suicidaire ▫ Technique de base en relation d'aide ▫ Assistance d'une personne suicidaire ▫ Accompagnement vers les services ▫ Connaissance des ressources d'aide dans la communauté s'adressant à la fois aux personnes suicidaires et à leurs proches ✓ Reconnaissance et respect des besoins et des limites des personnes formées ✓ Adaptation du contenu aux préoccupations des participants « citoyens »	✓ Sensibilisation à la problématique du suicide (mythes, crises, processus et étapes suicidaires) ✓ Ressourcement par des réflexions collégiales sur les pratiques d'intervention autour du dépistage, du soutien et de la référence ✓ Renouvellement des pratiques par la promotion d'attitudes et de stratégies qui favorisent l'alliance avec la personne et son réseau de soutien ✓ Connaissance de l'ensemble des services disponibles et mécanismes d'accès correspondant aux besoins de la personne suicidaire ✓ Formation sur l'évaluation (urgence suicidaire, dangerosité, etc.) et l'intervention de crise (stratégies et principes) ✓ Adaptation du contenu aux rôles et responsabilités des différents types d'intervenants

En somme, le renforcement du potentiel individuel et collectif à faire face à la problématique du suicide doit recourir à une approche globale ciblant l'individu, ses milieux de vie et réseau de soutien (d'appartenance), le système de soins et l'environnement social par des stratégies de promotion de la santé mentale visant le renforcement du tissu social et des stratégies de prévention du suicide visant le renforcement du filet de sécurité. La figure 2, adaptée de White et Jodoin (1998) présente les différentes cibles de la stratégie globale d'intervention visées par le *Programme*, les principes et objectifs rattachés à chacune d'elles.



APPROCHE GLOBALE EN PRÉVENTION DU SUICIDE. CIBLES, PRINCIPES DIRECTEURS ET OBJECTIFS DU PROGRAMME CADRE DE FORMATION DE CITOYENS ET D'INTERVENANTS EN PRÉVENTION DU SUICIDE « TOUS ENSEMBLE POUR LA VIE »

(ADAPTÉ DE WHITE ET JODOIN, 1998)

INDIVIDU

Reconnaître que l'individu a des compétences pour faire face à la problématique du suicide et le potentiel pour en développer de nouvelles :

- Être attentif aux signes de détresse chez soi et chez les autres;
- Reconnaître les répercussions de la détresse d'une personne de notre entourage sur notre propre équilibre;
- Développer des habiletés à reconnaître nos besoins personnels et à respecter nos limites dans une relation d'aide (prévenir l'épuisement de « l'aidant »);
- Développer des habiletés à évaluer sommairement l'urgence suicidaire;
- Connaître les services mis à notre disposition pour être soutenu dans une démarche d'accompagnement d'une personne en détresse;
- Connaître les ressources d'aide du milieu afin de référer la personne en détresse vers les services appropriés à son état et les utiliser au besoin.

MILIEUX DE VIE ET RÉSEAUX DE SOUTIEN (D'APPARTENANCE)

Reconnaître que la société a des compétences pour faire face à la problématique du suicide et le potentiel pour en développer de nouvelles :

- Susciter l'engagement collectif et la solidarité de tous les partenaires en matière d'action face au suicide;
- Sensibiliser aux facteurs de protection et promouvoir leur développement;
- Développer des habiletés de base en relation d'aide;
- Développer de l'ouverture et des habiletés à repérer les signes précurseurs d'une crise suicidaire et à valider auprès de la personne ses intentions suicidaires;
- Assister les personnes à risque de passage à l'acte;
- Mobiliser les individus, groupes et milieux vulnérables;
- Sensibiliser à la prévention de l'accès aux moyens létaux.

SYSTÈME SOCIO SANITAIRE

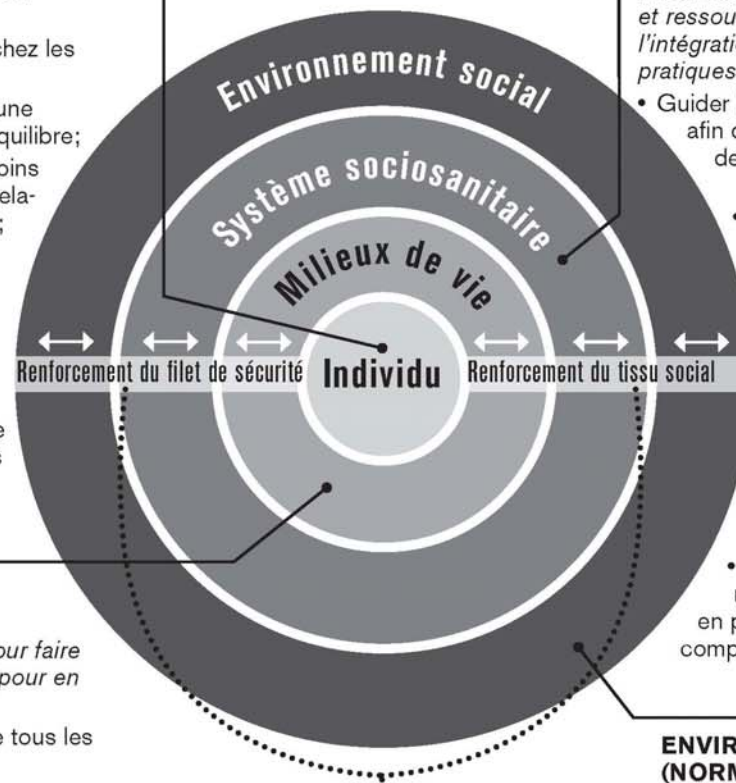
Miser sur les intervenants et les services existants en rehaussant leur compétence, la connaissance des services et ressources d'aide du milieu, ainsi que la promotion de l'intégration du réseau de soutien des personnes dans les pratiques :

- Guider l'observation et la collecte d'information pertinente afin d'accroître la contribution de l'entourage au soutien des professionnels dans leur évaluation et du suivi postcrise d'une personne suicidaire;
- Assurer à la personne suicidaire et à son réseau de soutien l'accessibilité à un répondant professionnel au besoin;
- Formation sur l'évaluation (urgence suicidaire, dangerosité) et sur l'intervention de crise (stratégies et principes);
- Transformer les pratiques par l'adoption d'une approche fondée sur le partenariat avec la personne et son réseau de soutien;
- Favoriser la concertation entre les partenaires pour maximiser la fluidité des services et renforcer le tissu social dans les milieux de vie;
- Promouvoir la reconnaissance des rôles et responsabilités des acteurs et secteurs contributifs en prévention du suicide afin d'encourager la complémentarité dans l'action.

ENVIRONNEMENT SOCIAL (NORMES, VALEURS, IDÉOLOGIES DOMINANTES)

Solidariser et responsabiliser :

- Sensibiliser à l'ampleur et aux répercussions du suicide;
- Réduire les mythes et préjugés (fausses croyances) entourant le suicide;
- Susciter l'engagement collectif;
- Valoriser l'aide, l'entraide et la demande d'aide.



Renforcement du potentiel individuel et collectif à faire face à la problématique du suicide

Réduction des tentatives de suicide et des suicides dans la communauté



Faits saillants :

- ✓ Basé, entre autres, sur les principes liés à l'action de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide*, le *Programme de formation* « *Tous ensemble pour la vie* » vise la création d'un filet de sécurité en développant des habiletés dans la population en matière de repérage, de soutien et référence;
- ✓ Le *Programme* se distingue des autres programmes de formation en prévention du suicide de type sentinelles à l'effet qu'il ne vise pas le développement d'un rôle de sentinelles en prévention du suicide. Plutôt, il vise le renforcement du potentiel de tous les citoyens à faire face à la problématique du suicide en améliorant leurs habiletés à repérer, soutenir et référer une personne en détresse ou suicidaire vers les services appropriés à l'état de la personne;
- ✓ De plus, en soulignant l'importance du soutien auprès des personnes vulnérables, et en valorisant l'entraide, le *Programme* vise le renforcement du tissu social;
- ✓ Le *Programme* vise également la transformation sociale par la réduction des mythes et préjugés sur le suicide et qui ont pour effet d'inhiber le potentiel des collectivités à faire face à la problématique du suicide;
- ✓ Le *Programme* mise sur les services et intervenants existants en développant un volet de formation adapté à leurs rôles et responsabilités, dans la perspective de leur ressourcement et du renouvellement des pratiques par la promotion du potentiel et de l'alliance avec la personne et son réseau de soutien;
- ✓ Le *Programme* comporte donc un volet de formation s'adressant à des « citoyens » et un volet s'adressant aux « intervenants » : l'adaptation continue du plan de formation aux rôles, responsabilités et préoccupations de chaque groupe de participants est une caractéristique permanente du *Programme* ;
- ✓ Le *Programme* dépasse le renforcement du potentiel des « citoyens » à repérer, soutenir et référer pour cibler également les milieux de vie, le système de soins et l'environnement socioculturel, dans la perspective de solidariser et responsabiliser l'ensemble des acteurs et secteurs contributifs et ainsi, favoriser le renforcement du filet de sécurité et du tissu social, permettant de réduire à terme les tentatives de suicide et les suicides.



4. Évaluation

4.1 Objectifs et buts

Le *Programme* vise le renforcement du potentiel individuel et collectif à faire face à la problématique du suicide par une stratégie globale ciblant l'individu, ses milieux de vie et réseau de soutien (d'appartenance), le système sociosanitaire et l'environnement social (valeurs, normes et idéologies). L'atteinte des cibles se réalise via une formation qui recourt à des stratégies de promotion de la santé mentale par le biais d'activités de sensibilisation faisant la promotion de l'aide et de l'entraide, la réduction des mythes et préjugés sur le suicide et la mobilisation de l'ensemble des acteurs et secteurs de la collectivité. D'autre part, des stratégies de prévention du suicide sont utilisées afin d'outiller les « citoyens » à améliorer leur capacité à repérer, soutenir et référer une personne en détresse ou suicidaire vers les services appropriés à son état. De plus, le *Programme* cible le système de soins en développant un volet de formation s'adressant aux « intervenants » afin de rehausser leurs compétences et d'influencer la transformation des pratiques de façon à favoriser l'alliance avec la personne et son réseau de soutien pour encourager la complémentarité dans l'action. Le renforcement du tissu social et du filet de sécurité en prévention du suicide constituent les finalités poursuivies par le déploiement du *Programme*.

Cependant, puisque le *Programme* de départ visait le développement, chez les participants, d'une compétence à repérer, soutenir et référer, laquelle s'apparente à un rôle de type sentinelles, l'évaluation de départ se limitait à répondre à la question suivante : « *Le Programme, tel que dispensé, favorise-t-il le développement du sentiment de compétence dans l'exercice d'une fonction de type sentinelles en prévention du suicide?* » Or, au cours de son implantation, le *Programme* a élargi ses cibles et objectifs⁷¹. Nous avons décidé quand même de conserver la question initiale de l'évaluation. Ainsi, le développement du sentiment de compétence devenait une dimension de l'évaluation du *Programme*. Elle est toujours considérée comme une variable dépendante. Cependant, les autres dimensions de l'évaluation (l'implantation du *Programme*, les caractéristiques des participants et milieux rejoints et les dimensions reliées à l'alliance des personnes formées avec les services) sont appréhendées comme des facteurs intermédiaires (ou variables indépendantes) venant influencer le sentiment de compétence. Sont

⁷¹ Effectivement le *Programme* contient maintenant des objectifs de ressourcement et de renouvellement des pratiques des « intervenants », nous avons fait le choix de centrer l'évaluation sur le sentiment de compétence en prévention du suicide chez les « citoyens » soit le sentiment de compétence à repérer, soutenir et référer une personne suicidaire vers les services appropriés à son état, de même que sur l'évolution des croyances sur le suicide et avons appliqué la « mesure » aux intervenants, puisque ces derniers reçoivent également dans le volet de formation qui leur est adressée, un contenu en ce sens. Ainsi, les analyses sont différenciées selon le type de participants, « citoyens » ou « intervenants ».



finalement appréciées dans cette évaluation, les retombées potentielles du *Programme* à chacun des niveaux ciblés par l'intervention. Ainsi, dans une perspective d'évaluation de l'implantation du *Programme* et de son effet sur le sentiment de compétence en prévention du suicide, la recherche visait à apprécier :

- ✓ Les activités réalisées dans le cadre de la mise en œuvre et de l'implantation du *Programme*;
- ✓ Le degré d'atteinte des objectifs de formation en prévention du suicide;
- ✓ Le sentiment de compétence en prévention du suicide;
- ✓ Les facteurs associés au sentiment de compétence en prévention du suicide;
- ✓ La perception des retombées potentielles au niveau des milieux de vie, du système de soins, de l'environnement social et du phénomène du suicide.

Le but étant de juger de l'efficacité du *Programme* dans la perspective d'identifier des interventions prometteuses, voire efficaces.

4.2 Méthodologie

4.2.1. Stratégie de recherche

Les conclusions de la recherche, partant de la question posée, ont été élaborées en recourant à la stratégie de l'étude de cas puisqu'elle est appropriée pour l'étude de phénomènes contemporains dans leur contexte, là où les frontières entre le phénomène et son contexte ne sont pas claires et où le chercheur a peu de contrôle sur les événements⁷².

Pour répondre à la question de recherche et pour favoriser une rétroaction ponctuelle aux promoteurs, nous avons adopté l'approche participative en recherche évaluative⁷³. Il s'agit d'une stratégie de recherche qui implique les promoteurs dans la définition des objectifs d'évaluation, les sources de données, les méthodes et outils de cueillette à privilégier dans le choix des indicateurs de résultats et dans l'interprétation de ceux-ci.

Pour atteindre nos finalités (soutien de la démarche d'implantation et juger de l'efficacité du projet), nous avons intégré dans le devis de départ, deux types d'évaluation du *Programme* soit une évaluation

⁷² YIN, R.K. (1994).

⁷³ SIMARD, P. & als (1997).



formative⁷⁴ et une évaluation de l'effet (ou sommative)⁷⁵. L'évaluation formative se caractérise par un suivi de l'implantation du *Programme*. Le chercheur collige, durant le processus, toutes les informations relatives au *Programme* afin de vérifier les effets en cours de processus, de s'assurer de la qualité de la formation et, à terme, de démontrer son efficacité. Dans le cadre de cette évaluation formative, le chercheur a produit trois rapports d'étape (août et octobre 2003, avril 2004) qui contenaient des informations opportunes sur le *Programme* en cours (caractéristiques des participants, évaluation de la satisfaction, évolution du sentiment de compétence, etc.) et des recommandations sur les suites à donner au *Programme*. Les promoteurs pouvaient ainsi bénéficier d'une rétroaction ponctuelle sur les éléments du *Programme* qui pouvaient nécessiter des ajustements. Pour sa part, l'évaluation de l'effet porte sur le degré d'atteinte des objectifs de formation dans la perspective de juger de son efficacité au regard du sentiment de compétence en prévention du suicide. Les outils d'évaluation développés dans le cadre de l'évaluation des effets comportent des mesures pré, post et de suivi, au moins trois mois après la formation.

4.3 Participants à l'étude

Dans le cadre de l'évaluation de l'implantation du *Programme* et de son effet sur le sentiment de compétence en prévention du suicide, nous avons identifié un ensemble de répondants privilégiés nous permettant d'apprécier l'implantation et l'effet de la formation sur le sentiment de compétence, de même que les facteurs associés à l'atteinte des objectifs. Ainsi, les participants à l'étude qui ont été rencontrés en entrevue sont les promoteurs du *Programme* (n = 4), des formateurs (n = 4), les participants aux rencontres de suivi (n = 57), des intervenants et gestionnaires de première et de deuxième ligne (n = 3) et des acteurs intersectoriels provenant des services préhospitaliers, des organismes communautaires et de la sécurité publique (n = 3). Enfin, le volet quantitatif de l'étude a permis de rejoindre la très grande majorité des participants aux sessions de formation (n = 347).

4.4 Variables à l'étude

4.4.1. Variable dépendante

La variable dépendante de l'étude concerne le degré d'acquisition chez les participants, d'une compétence de type sentinelles en prévention du suicide, suite à la formation reçue. Cependant, pour des raisons

⁷⁴ BERREWAERTS, J. (sans date).

⁷⁵ GÉRARD, F.-M. (2003).



d'ordres conceptuel, méthodologique et contextuel, nous avons plutôt fait le choix d'apprécier l'effet de la formation sur le développement du sentiment de compétence en prévention du suicide.

CONSIDÉRATIONS D'ORDRE CONCEPTUEL

D'abord, selon la littérature scientifique consultée, la compétence comme concept est « *un ensemble intégré de connaissances, de perceptions, d'attitudes et d'habiletés permettant à une personne de réaliser adéquatement une tâche ou une activité de travail ou de vie professionnelle*²¹ ». Elle renvoie à diverses réalités :

- ✓ Le savoir : cette composante réfère aux connaissances. Celles-ci se définissent comme un ensemble d'informations organisées selon un contenu spécifique;
- ✓ Le savoir-faire : cette composante réfère aux habiletés. Celles-ci se définissent comme la capacité de démontrer un ensemble de comportements ou de processus définis;
- ✓ Le savoir-être : cette composante réfère aux caractéristiques personnelles. Celles-ci recouvrent un ensemble de concepts tels que les attitudes, l'estime de soi, les traits de personnalité, l'aspect motivationnel, etc.

Une compétence est donc multidimensionnelle et ses « *composantes [...] sont reliées les unes aux autres et s'influencent mutuellement* »⁷⁶.

Au regard d'une compétence en prévention du suicide, Hogan (cité dans Sechrest et Scott, 1993; et Marcoux, 2004) mentionne que, « *un comportement clinique approprié est plus précisément déterminé par la présence ou l'absence de certaines caractéristiques personnelles, ou habiletés interpersonnelles, que par des connaissances théoriques*⁷⁶ ». De plus, Whiteman, Hartman et Brannon (1982), cités dans Marcoux (2004) « *ajoutent que l'accroissement des connaissances sera limité s'il n'est pas lié à certaines qualités personnelles et interpersonnelles telles que les habiletés de communication et d'écoute, l'empathie, etc.*⁷⁶ ».

À cet effet, certains auteurs⁷⁷ révèlent que les aspects motivationnels jouent un rôle tout aussi déterminant

⁷⁶ MARCOUX, I. (2004).

⁷⁷ DOUMONT, D. et Meremans, P. (2001).

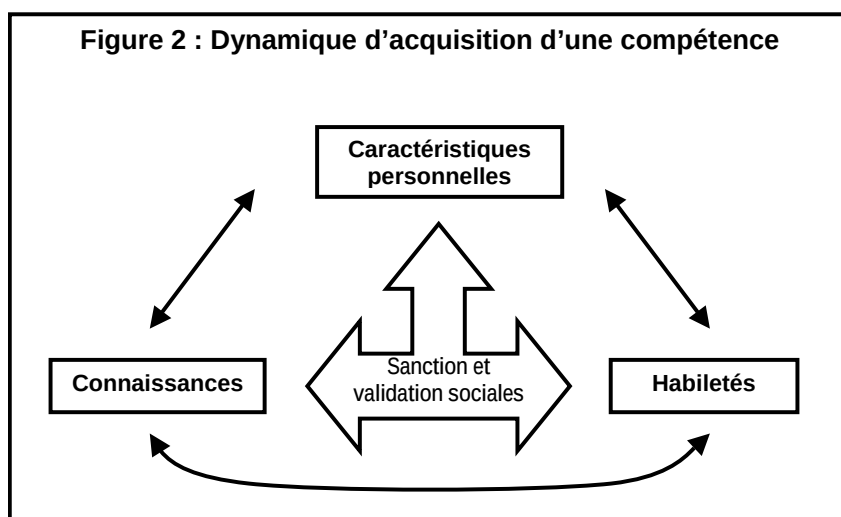


dans l'appréciation d'une compétence en prévention du suicide. Selon ces auteurs, le sentiment qui habite les individus concernant leur compétence constitue un indicateur révélateur de la volonté et de la capacité d'agir.

Par ailleurs, McIntosh (cité par Tierney, 1988 et Marcoux, 2004) considère que l'acquisition de connaissances peut avoir un effet positif sur les attitudes : « *La diffusion d'informations précises sur le suicide devrait créer des attitudes plus positives et bienveillantes et permettre d'identifier plus adéquatement les personnes suicidaires et les ressources disponibles pour leur venir en aide* » (traduction libre) (Sechrest et Scott, 1993).⁷⁶ » Cependant, « *le fait qu'on possède une connaissance n'implique pas nécessairement qu'on ait l'habileté qui lui est sous-jacente [...]. Néanmoins, Melton (1994) nous met en garde de ne pas négliger ce lien, puisque les connaissances peuvent faciliter le transfert des habiletés d'un contexte à l'autre*⁷⁶ ».

Enfin, Marcoux (2004) rappelle que l'emploi des termes « reconnues » et « modalités déterminées » dans chacune des définitions d'une compétence « *souligne l'importance du jugement d'autrui dans la détermination d'une compétence. Aussi, Merchiers et Pharo (1990) associent-ils la compétence à un processus social où le jugement d'autrui doit être considéré comme une sanction et une validation de ce concept suivant des critères normatifs*⁷⁶ ».

Ainsi, compte tenu de sa nature multidimensionnelle, on peut se représenter (figure 2) l'acquisition d'une compétence, où les différentes composantes que sont les caractéristiques personnelles (savoir-être), les connaissances (savoir) et les habiletés (savoir-faire) sont appréciées dans leurs interactions dynamiques. Les composantes sont par ailleurs influencées par le contexte social de son actualisation (sanction et validation sociales). Ainsi, l'évaluation d'une compétence en prévention du suicide ne repose pas uniquement sur l'appréciation d'habiletés et de connaissances puisque, entrent en jeu des attitudes, des perceptions et des jugements de valeurs qui viennent les sanctionner et en valider l'étendue et la portée, selon des critères normatifs.



CONSIDÉRATIONS D'ORDRE MÉTHODOLOGIQUE

Bien que notre choix se soit porté sur une appréciation du sentiment de compétence, nous avons quand même exploré la possibilité d'évaluer « objectivement » le degré d'acquisition d'une compétence à repérer, soutenir et référer. Or, la littérature scientifique révèle qu'il existe différentes méthodes à cet effet⁷⁶ (tests, simulations, observations « in vivo »). Les simulations et les observations « in vivo » ne sont pas possibles dans le cadre de ce projet. Pour les simulations, les coûts rattachés au recrutement et à la formation des évaluateurs sont prohibitifs. L'observation « in vivo » est une méthode irréaliste puisqu'il faut attendre qu'une situation suicidaire se produise. Quant aux tests, bien qu'ils comportent des avantages (ex. : absence de problème de subjectivité dans les tests objectifs), ils posent des limites (ex. : les tests objectifs sont de piètres mesures en terme d'extrapolation en milieu de pratique, effets plafond, problèmes de validité, de fidélité et faibles qualités psychométriques). S'y ajoute le fait que ces instruments ont été développés pour évaluer l'acquisition d'une compétence dans d'autres contextes de formation. Il aurait fallu développer nos propres instruments de mesure standardisés, ce qui requiert beaucoup de temps, de ressources et d'expertises. Qui plus est, le *Programme* comporte des objectifs pédagogiques différents selon les groupes à qui il s'adresse.

CONSIDÉRATIONS D'ORDRE CONTEXTUEL

Considérant le fait que la compétence en prévention du suicide est multidimensionnelle et qu'elle est construite socialement, son appréciation doit, selon nous, rendre compte du contexte dans lequel elle s'actualise, compte tenu des aspects normatifs reliés à sa sanction et validation sociales. Autrement dit,



une personne peut bien posséder toutes les capacités pour agir. Si son action (rôle ou fonction) n'est pas reconnue par les acteurs avec qui elle est sensée interagir, elle aura certainement de la difficulté, au départ, à faire valoir sa compétence et ainsi mettre en pratique ce qu'elle a appris.

Or, dans le cadre de ce *Programme*, l'actualisation d'une compétence de type sentinelles en prévention du suicide se réalise dans un contexte social (le système de soins) largement normé, où les acteurs assument des rôles et des responsabilités bien déterminés socioculturellement (positionnement des différentes disciplines) et historiquement (influence du biomédical). Par exemple, la littérature révélait que le réseau de soutien d'une personne suicidaire était peu considéré par les intervenants parce que, entre autres, la compétence et le potentiel des proches étaient peu ou pas reconnus. La littérature scientifique indiquait également que le suicide est perçu comme une problématique pour experts seulement : chaque discipline prétendant en quelque sorte détenir l'expertise pour intervenir en prévention du suicide. Enfin, la fonction de sentinelles en prévention du suicide est un rôle relativement nouveau dans le contexte sociosanitaire québécois. Or, si la sanction et la validation sociales viennent moduler la compétence en prévention du suicide, il nous apparaît pertinent d'apprécier les perceptions, attitudes et valeurs des acteurs sociaux (participants, intervenants et gestionnaires) se rapportant à cette compétence en prévention du suicide. Ainsi, dans le contexte du *Programme*, les dimensions subjectives revêtent une importance capitale, alors que tout ce qui entoure la sanction et la validation sociales pourrait certainement influencer le potentiel d'actualisation de la fonction sentinelles au sein du système de soins et subséquemment le potentiel d'alliance des personnes formées avec les services.

En conséquence, au-delà des considérations d'ordres conceptuel et méthodologique (mesurer la compétence en prévention du suicide dans sa mutidimensionnalité; coûts et expertise requis pour développer des instruments de mesure), le contexte d'implantation du *Programme* se prête bien, selon nous, à une appréciation du sentiment de compétence en prévention du suicide. Nous reconnaissons qu'il s'agit là d'une mesure complémentaire à celle d'une compétence qui ne saurait en remplacer sa valeur, mais qui s'avère, dans le cadre de cette évaluation, un compromis acceptable.

Bref, la compétence en prévention du suicide, telle que ressentie par les participants eux-mêmes et perçue par les « autres » va au-delà des habiletés techniques (repérer, soutenir, référer) pour tenir compte des dimensions personnelles (se sentir compétent) et sociales (sanction et validation sociales). En



conséquence, le sentiment de compétence constitue la variable dépendante de l'évaluation de l'effet du *Programme*.

MESURES DU SENTIMENT DE COMPÉTENCE EN PRÉVENTION DU SUICIDE

L'évaluation de l'effet porte sur le développement et le maintien, chez les participants, du sentiment de compétence en prévention du suicide. L'évaluation de l'effet du *Programme* sur la compétence ressentie a utilisé la méthode de l'étude longitudinale comportant une mesure pré, une mesure post et une mesure de suivi, au moins trois mois après la formation, sans groupe témoin toutefois. Cette méthode permet d'apprécier le développement suite à la formation et le maintien à court terme (trois mois et plus) du sentiment de compétence en prévention du suicide chez les participants. Les indicateurs du sentiment de compétence sont regroupés au sein de deux indices.

Le premier indice comporte huit items portant sur des croyances sur le suicide. Cet indice est adapté d'un questionnaire utilisé dans le guide de formation de Chaudière-Appalaches (2002)⁶⁶. Les items de l'indice « croyance » sont intégrés au plan de formation du *Programme* et font l'objet du premier volet de formation « Je me positionne ». Aucune évaluation de sa valeur psychométrique n'a été effectuée. En fait, il s'agit d'un choix d'énoncés de convenance, c'est-à-dire, associés aux objectifs pédagogiques définis dans le *Programme*. Cet indice combine des attitudes (savoir-être) et des connaissances (savoir) relatives à la problématique du suicide, deux composantes d'une compétence en prévention du suicide. Cet indice vise donc à apprécier une dimension du sentiment de compétence en prévention du suicide.

L'indice « croyances sur le suicide » propose des choix de réponses de type Likert à quatre cotes, soit de « tout à fait d'accord » à « en désaccord » et les choix de réponses aux différents moments déterminent l'évolution des croyances sur le suicide. Les items de l'indice « croyances sur le suicide » vont comme suit : « les hommes sont renfermés et ne demandent pas d'aide »; « les personnes qui veulent se suicider n'en parlent pas, elles le font »; « si une personne va mieux suite à une crise suicidaire, cela signifie que le risque de passer à l'acte est maintenant faible »; « demander à quelqu'un s'il pense au suicide peut lui en donner l'idée »; « le suicide est un acte de courage »; « d'habitude, une personne suicidaire est très discrète. Elle ne laisse pas de messages ou de signes nous laissant croire qu'elle est en détresse »; et « on ne peut pas intervenir auprès d'une personne déterminée à se suicider si elle refuse de recevoir de



l'aide. C'est son droit. ». L'évolution des croyances devrait aller dans le sens de « en désaccord » au terme de la formation puisque, en principe, ce choix correspond à la réponse souhaitée.

Le deuxième indice est inédit et porte sur le sentiment d'être à l'aise d'intervenir en prévention du suicide, tel que ressenti par les participants. La construction de l'indice « compétence ressentie en prévention du suicide » découle d'une appréciation des objectifs terminaux du plan de formation qu'on retrouve dans les trois autres blocs de formation (Je reconnais, J'évalue et J'agis), mais aussi de la consultation des promoteurs pour identifier les indicateurs de compétence à retenir en priorité des éléments de la fonction d'une sentinelle telle que conçue par Chaudière-Appalaches. Les items qui composent cet indice concernent des habiletés spécifiques en prévention du suicide. Il s'agit, pour le participant, d'indiquer dans quelle mesure il se sent à l'aise « *d'apporter du soutien à une personne en détresse* », « *de demander à quelqu'un qu'on soupçonne d'être en crise suicidaire s'il a des pensées suicidaires* », « *de poser les questions me permettant d'évaluer si une personne présente un risque de suicide* » et, enfin, « *de référer une personne suicidaire vers les ressources appropriées à son état* ».

L'indice « compétence ressentie en prévention du suicide » propose un choix de réponses variant sur un continuum de « *je me sens très à l'aise* » à « *je ne me sens vraiment pas à l'aise* » identifié par deux pictogrammes (sourire ☺ et contrariété ☹), placés à l'extrémité des axes d'un continuum à quatre cases. Les informations qui sont colligées avant (PRÉ), après (POST) et au moins trois mois après la formation (SUIVI) sont par la suite comparées entre elles, pour chaque groupe formé, afin de mesurer leur évolution.

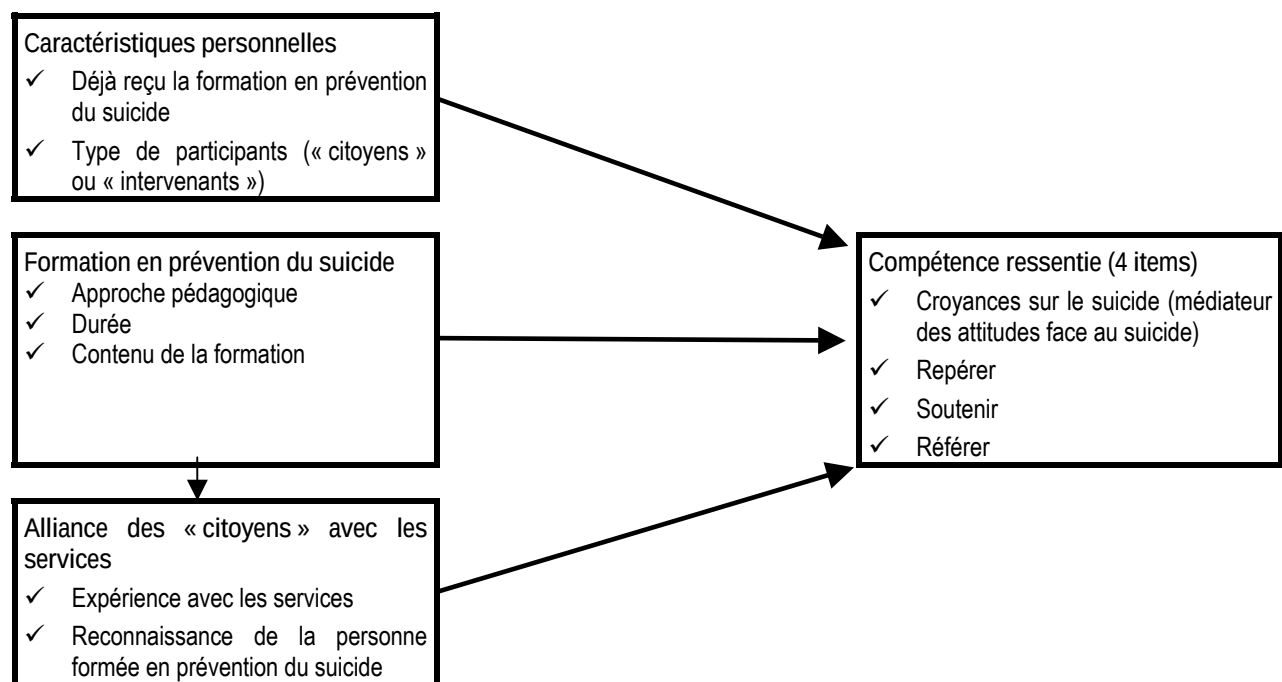
Cependant, concernant les indices, nous n'avons pas établi de seuil minimal nous permettant de conclure que le participant a développé des croyances plus favorables envers la problématique du suicide ou un sentiment de compétence suffisamment élevé pour mettre en pratique ce qu'il a appris durant la formation. Gérard (2003) considère qu'il est difficile d'établir un seuil précis « *pour des apprentissages plus sociaux ou comportementaux [puisque le participant] ne part pas de rien et les progrès sont moins visibles [...]. Il faut donc analyser les chiffres avec prudence et circonspection* ». Il n'y a donc pas de seuil recherché dans le cadre de cette évaluation, mais une appréciation de l'évolution des croyances sur le suicide, ainsi que du sentiment qui habite les participants par rapport au fait d'être à l'aise de repérer, soutenir et référer. Nous tentons aussi d'apprécier, à partir du jugement d'autrui, la compétence des « citoyens » formés en prévention du suicide.



4.4.2. Variables indépendantes

Les variables indépendantes de l'étude comprennent la formation, les caractéristiques des participants « citoyens » et « intervenants » et l'alliance des « citoyens » formés avec les services dans la perspective de la reconnaissance de leur compétence à repérer, soutenir et référer. Les variables indépendantes sont appréciées comme autant de facteurs d'influence sur le sentiment de compétence, tel qu'on peut l'observer dans le schéma 2.

Schéma 2 : Cadre conceptuel des facteurs associés au développement d'un sentiment de compétence en prévention du suicide



CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES

Concernant les caractéristiques personnelles, nous retenons deux indicateurs soit le fait d'avoir déjà reçu de la formation en prévention du suicide et le type de participants (« citoyens » ou « intervenants »). Effectivement, le fait de posséder un bagage de connaissances et d'expériences en intervention auprès de personnes suicidaires devrait logiquement influencer sur le sentiment de compétence.



FORMATION EN PRÉVENTION DU SUICIDE

Quant à la formation elle-même, nous retenons d'abord sa durée. Logiquement, plus on accorde de temps à une formation, plus les participants ont l'opportunité d'acquérir la compétence sous-jacente et ainsi de développer leur sentiment de compétence en prévention du suicide. D'autre part, le plan de formation doit aborder les thématiques en lien avec le repérage, le soutien et la référence : un contenu donc susceptible de développer, chez les participants, des habiletés de repérage, de soutien et de référence et qui devraient se traduire par un sentiment de compétence accru. Il s'agira d'apprécier le degré d'acquisition de ces contenus par les divers groupes de participants. La troisième dimension de la formation concerne l'approche pédagogique, à savoir dans quelle mesure cette approche a facilité la transmission et l'acquisition d'un contenu susceptible de développer le sentiment de compétence.

ALLIANCE DES « CITOYENS » AVEC LES SERVICES

L'alliance des « citoyens » avec les services constitue une variable indépendante de l'évaluation de l'effet de la formation sur le sentiment de compétence des « citoyens ». Par contre, puisque le Programme agit également sur cette variable (à savoir formation des participants « intervenants »), l'alliance pourrait être également considérée comme une variable dépendante de l'évaluation⁷⁸. Cependant, dans le cadre de cette étude évaluative, nous nous centrons uniquement sur l'effet de la formation sur le sentiment de compétence des « citoyens » et apprécions l'alliance des « citoyens » avec les services, dans la perspective de la reconnaissance de leur potentiel à repérer, soutenir et référer, comme facteur d'influence. Et ce d'autant plus qu'au moment de l'évaluation, le volet de formation des participants « intervenants » en était à ses débuts. En conséquence, nous apprécions l'influence de l'alliance des citoyens avec les services à partir des discours réciproques des participants et d'autres répondants intervenants et gestionnaires en santé et services sociaux. Cette alliance porte sur la reconnaissance du potentiel des « citoyens » formés à s'allier avec les intervenants, dans le cadre d'actions de repérage, de soutien et de références.

D'autre part, nous apprécions la façon dont l'expérience avec les services peut avoir influencé le sentiment de compétence des participants « citoyens ». En effet, à la sanction et à la validation sociales (reconnaissance) s'ajoute une autre dimension de l'alliance des « citoyens » formés avec les services. Il s'agit de l'appréciation de l'expérience vécue des participants « citoyens » avec les services, comme

⁷⁸ D'où la flèche qui descend de la formation à l'alliance.



« contexte » venant moduler la propension qu'auront les personnes formées à intervenir en fonction des expériences vécues, positives ou non. Par exemple, si une personne formée a accompagné une personne suicidaire vers les services et que cette expérience a été vécue difficilement, le sentiment d'impuissance peut prendre le pas sur le sentiment de compétence et mener éventuellement à l'inaction. A contrario, l'expérience difficile peut mener à l'auto-affirmation (c'est à dire prendre les moyens pour se faire entendre). On comprend toutefois que c'est la première option qui occupe notre attention dans le cadre de cette évaluation compte tenu des enjeux que cette démobilisation pourrait susciter au niveau de l'atteinte des finalités du *Programme*.

4.4.3. Indicateurs de l'implantation du *Programme*

Comme nous l'indiquions plus haut, la formation en prévention du suicide est l'une des variables indépendantes de l'étude. Puisqu'elle est elle-même influencée par son contexte de réalisation, nous apprécions l'implantation du *Programme* à titre de variable contextuelle, par la description des différentes étapes de la mise en œuvre et de l'implantation du *Programme* qui nous sera donnée par les indicateurs suivants :

- ✓ L'émergence du *Programme*;
- ✓ La coordination du *Programme*;
- ✓ La formation des formateurs;
- ✓ Le nombre et les caractéristiques des milieux et des participants à la formation;
- ✓ La réalisation des sessions de formations;
- ✓ Les activités de suivi et de soutien.

4.5 Retombées potentielles du *Programme* sur la problématique du suicide

Après avoir évalué l'effet de la formation sur le sentiment de compétence des participants, nous apprécierons la perception des retombées potentielles du *Programme* sur les autres cibles visées par le *Programme*, ainsi que sur l'évolution du nombre de suicides, compte tenu du fait que le but ultime du *Programme* est la réduction des tentatives de suicide et des suicides:

- ✓ Environnement social (normes, valeurs, idéologies dominantes);



- ✓ Système sociosanitaire (évolution de l'organisation des services crise-suicide);
- ✓ Milieux de vie et réseaux de soutien ou d'appartenance (évolution du filet de sécurité et du tissu social);
- ✓ Évolution du nombre de suicides.

4.6 Source de données

Pour être en mesure de décrire les activités d'implantation du *Programme* et d'apprécier le sentiment de compétence en prévention du suicide et les facteurs qui y sont associés, nous avons recours à diverses sources, stratégies de cueillette et d'analyse des données (voir annexe 4 pour le plan d'analyse détaillé). Les données ont été recueillies entre mars 2003 et septembre 2004 et proviennent de neuf sources distinctes :

- ✓ La documentation du *Programme* (guides de formation, cahier du participant, matériel didactique);
- ✓ Les comptes rendus des réunions du comité des promoteurs;
- ✓ Les registres des sessions de formation tenus par les formateurs et l'organisateur communautaire;
- ✓ Une revue de la presse locale sur le *Programme*;
- ✓ Les observations du chercheur lors de deux sessions de formation (« citoyens » et « intervenants »);
- ✓ Les entrevues semi-dirigées auprès d'informateurs privilégiés (n = 14);
- ✓ Des questionnaires auto-administrés auprès des participants, avant la formation (PRÉ = 332 répondants), après (POST = 347 répondants) et au moins trois mois après la formation (SUIVI = 129 répondants);
- ✓ Des rencontres-retrouvailles (n = 6) auprès des personnes formées (n = 57 répondants);
- ✓ Les rapports d'étapes produits dans le cadre de cette évaluation (n = 3);
- ✓ Tout autre source d'information pertinente (ex. : relevés des appels à la ligne 1-866-APPELLE).

L'une des sources principales de données de l'évaluation est l'entrevue semi-structurée. Le cadre conceptuel de l'étude (schéma 2) a été opérationnalisé en dimensions, sous-dimensions et indicateurs, donnant lieu d'une part, à la grille d'entrevue semi-structurée (voir annexe 2) qui a été ajustée aux



différents répondants. Des entrevues semi-dirigées (60 à 90 minutes) ont été réalisées auprès des informateurs privilégiés au terme de l'évaluation du *Programme*.

Les questionnaires étant l'autre principale source de données de l'évaluation, nous les avons élaborés en tenant compte des dimensions du cadre conceptuel de l'étude. Outre les dimensions relatives au sentiment de compétence, les questionnaires PRÉ et POST identifient un ensemble de renseignements généraux sur les participants (avoir déjà reçu de la formation, sexe, âge, occupation, secteur de résidence), le fait de participer à cette formation sur une base personnelle, sur proposition de l'employeur ou pour tout autre motif, des énoncés portant sur la satisfaction envers le déroulement (4 indicateurs), la qualité (6 indicateurs) et l'utilité (2 indicateurs) de la formation reçue, ainsi qu'un espace réservé aux commentaires et suggestions portant sur la formation en prévention du suicide. Le questionnaire, rempli par les participants au moins trois mois après la formation (SUIVI) quant à lui, comporte une section portant sur les actions des personnes formées en prévention du suicide (7 indicateurs), une question sur le fait de recommander la formation à quelqu'un d'autre, l'identification du formateur et des commentaires sur les besoins de formation futurs.

4.7 Traitement et analyse des données

Pour le matériel qualitatif, nous avons procédé à la codification de l'information et à la constitution de la base de données. Les transcriptions intégrales des entrevues ont été réalisées. Celles-ci, de même que les données de sources documentaires et d'observation, ainsi que les commentaires qualitatifs tirés des questionnaires, ont été extraits et codés en vertu des indicateurs et des dimensions du cadre conceptuel de l'étude et selon la source à laquelle ils se rattachent.

Pour le matériel quantitatif, nous avons également procédé à la codification puis au codage de l'information et à la constitution de la base de données, laquelle a été validée (codification et saisie des données). Le traitement et l'analyse des données ont été réalisés à l'aide du logiciel SPSS⁷⁹. Malgré certaines limites méthodologiques (voir discussion), nous avons effectué l'analyse différenciée selon le type de participants « citoyens » et « intervenants ». Nous avons aussi effectué des analyses globales qui ne sont pas discutées ici mais qui sont présentées à l'annexe 5.

⁷⁹ MORUSIS, M. J (1992).



Pour chaque source de données, nous avons procédé selon une analyse thématique de contenu et nous avons aussi comparé les différentes sources de données sur un même thème afin de vérifier leur convergence. Des matrices descriptives des différentes dimensions et indicateurs de l'étude ont été élaborées et comparées entre elles, le but étant de faire émerger les facteurs les plus associés à l'implantation du *Programme de formation* et à l'effet sur le sentiment de compétence en prévention du suicide. La triangulation des données selon différentes sources (entrevues, sources documentaires, questionnaires auto-administrés) a donc été utilisée pour accroître la validité des résultats, dans le sens où différentes sources de données correspondent à plusieurs mesures du même phénomène⁸⁰. Par exemple, pour être en mesure d'apprécier le sentiment de compétence en prévention du suicide, nous avons conçu un questionnaire pour les participants leur permettant d'indiquer dans quelle mesure ils se sentaient à l'aise d'effectuer une fonction en prévention du suicide. De plus, pour apprécier le point de vue d'autres acteurs sur le même phénomène, nous avons interviewé des informateurs privilégiés pour leur demander d'apprécier la compétence qu'ils percevaient chez les participants. Des rencontres de groupe ont aussi été effectuées pour apprécier le discours des participants sur leur sentiment de compétence. Des activités d'observation ont été réalisées afin de permettre au chercheur d'apprécier le contexte dans lequel se développe le sentiment de compétence, permettant ainsi d'avoir une autre perspective sur le phénomène à l'étude. Enfin, les résultats relatifs au sentiment de compétence sont ensuite confrontés à la littérature scientifique, permettant ainsi le recours à un autre angle de prise de la réalité du phénomène à l'étude⁸⁰.

Tous ces outils renforcent la qualité des données et soutiennent l'interprétation des résultats relatifs au phénomène à l'étude. Nous avons procédé ainsi pour la cueillette et l'analyse de toutes les dimensions du cadre conceptuel.

⁸⁰ MILES, M. B. et A. M. Huberman (1991).



Faits saillants :

La question d'évaluation suivante : « *Le Programme de formation en prévention du suicide, tel que dispensé, favorise-t-il le développement du sentiment de compétence dans l'exercice d'une fonction de sentinelles en prévention du suicide?* » a été appréhendée selon le plan d'évaluation ci-après :

- ✓ L'étude de cas est la stratégie de recherche retenue pour l'évaluation du *Programme*;
- ✓ L'évaluation formative et l'évaluation de l'effet sont les approches d'évaluation retenues pour soutenir la démarche des promoteurs et pour répondre à la question de recherche;
- ✓ L'approche participative en évaluation de programme est retenue comme processus d'évaluation;
- ✓ Le cadre d'analyse associe les caractéristiques personnelles, la formation elle-même et l'alliance des « citoyens » avec les services comme étant les facteurs qui influencent le sentiment de compétence en prévention du suicide;
- ✓ L'évaluation de l'implantation décrit les étapes de la mise en œuvre et les résultats relatifs aux milieux et participants rejoints, de même que les sessions de formation réalisées et les activités de suivi;
- ✓ L'évaluation de l'effet du *Programme* porte sur le sentiment de compétence en prévention du suicide, par une étude pré-post et suivi (trois mois), sans groupe témoin. Les analyses sont différenciées selon le type de participants « citoyens » et « intervenants »;
- ✓ Le sentiment de compétence est apprécié selon deux indices, l'un portant sur les croyances sur le suicide, l'autre portant sur le sentiment de compétence à repérer, soutenir et référer une personne suicidaire vers les services appropriés. Le « sentiment » de compétence est apprécié à partir de la perspective des participants et autres acteurs sociaux, plutôt que sur des mesures « objectivées » d'habiletés de repérage, de soutien et de référence;
- ✓ Les données qualitatives apprécient les discours réciproques des participants et informateurs privilégiés (intervenants et gestionnaires en santé) sur le sentiment de compétence en prévention du suicide des participants « citoyens » suite à la formation reçue et sur la reconnaissance du potentiel d'un « citoyen » formé à repérer, soutenir et référer, dans la perspective de l'alliance des premiers avec les services.



5. Résultats de l'implantation du *Programme*

La description de l'implantation du *Programme* renvoie à une appréciation des activités relatives à son émergence, à sa mise en œuvre (coordination, sollicitation des milieux, adaptation du *Programme*, recrutement et formation des formateurs) et aux résultats de l'implantation soit les caractéristiques des milieux et des participants rejoints, les sessions de formation réalisées et les activités de suivi auprès des participants.

5.1 Présentation du contexte : l'émergence

« [...] donc, il y a 3 ans, on a connu une période très élevée de suicides, il y a eu plusieurs intervenants de la région [...] inquiets de cette situation ont lancé l'idée d'un comité de prévention du suicide où se retrouvaient et les intervenants et les citoyens. Parallèlement il y avait aussi un comité de crise-suicide⁸¹ qui travaillait au niveau des organismes publics, parapublics qui tentait de s'assurer que les services de première ligne et deuxième ligne soient donnés à la population et que l'information circule, que le protocole entre les organismes soit bien défini, bien connu aussi, alors toute cette réalité-là a fait en sorte que le Programme est né à partir de cette prise de conscience-là et ce besoin d'action-là. » (promoteur).

Comme nous l'indiquions dans l'avant-propos, plusieurs facteurs ont influencé le choix du *Programme*, mais également les modifications et ajustements qui ont été effectués durant son implantation.

VOLET « CITOYENS »

- ✓ Issu à l'automne 2002 de la proposition d'un groupe de réflexion du milieu sur le suicide, composé de citoyens et d'intervenants « volontaires ». Au départ, la proposition visait le développement d'un programme de formation en prévention du suicide s'adressant à la population;
- ✓ Consultation auprès de l'ensemble de la population. Forte participation et grand intérêt pour ce développement. Les gens demandent que le *Programme* soit rapidement disponible;
- ✓ Premiers ateliers de formation en mars 2003.

⁸¹ RRSSL (2002).



VOLET « INTERVENANTS »

- ✓ Plusieurs indications laissaient un doute sur les résultats de la démarche des promoteurs s'ils ne se donnaient pas de moyens pour assurer des alliances entre la population et les intervenants du milieu : réflexions issues du groupe de discussions population-intervenants, préoccupations exprimées par des participants aux premiers ateliers de formation, les différents rapports ministériels dont le rapport d'implantation de la *Stratégie québécoise*, les constats cliniques des promoteurs : « *À quoi bon former la population, si elle n'est pas bien accueillie dans les services? Les alliances au sein de toute la communauté sont apparues vitales à la prévention du suicide sur le territoire. Il s'agit d'ailleurs du principe de base sur lequel repose le Programme.* » (conceptrice du Programme);
- ✓ Décision d'intégrer les intervenants du milieu;
- ✓ Premiers ateliers intervenants : mai 2003.

ÉVOLUTION DU PROGRAMME

- ✓ Tout au cours du processus, les promoteurs ont demandé aux participants d'être très critiques vis-à-vis la formation parce que les promoteurs avaient besoin de leur contribution pour l'enrichir;
- ✓ Une attention a aussi été portée aux préoccupations qui revenaient souvent dans les sessions de formation tels, par exemple, des parents, enseignants, intervenants de Maisons de jeunes qui demandaient de l'information sur les pactes de suicide ou encore des participants qui demandaient « *Est-ce qu'il est juste que même si une personne projette de se suicider à court terme et qu'elle est très réfractaire à recevoir de l'aide, il n'y a pas de moyens de l'empêcher?* »;
- ✓ Des éléments de risque qui ressortaient souvent dans l'investigation sur les suicides survenus sur le territoire en 2001-2002 et qui nécessitaient de la sensibilisation telle, par exemple, la prévention aux moyens particulièrement létaux comme les armes à feu (deux fois plus de suicides par arme à feu sur ce territoire qu'au Québec);
- ✓ Ajustement des contenus pour susciter les alliances, promouvoir chez les intervenants le renouvellement des pratiques par une approche intégrant le réseau de soutien des personnes;
- ✓ Aménagement du *Programme* pour rejoindre les différents groupes d'intervenants en tenant compte le plus possible de leur contexte de travail, de leur rôle spécifique et de leur disponibilité. A cet effet, tout en offrant un tronc commun, le *Programme* vise à permettre de créer des ateliers sur mesure aux



différents groupes. Par exemple, le personnel des services d'urgence est plus difficile à rejoindre. Le *Programme* est conçu pour être dispensé sous forme de différents ateliers et des outils spécifiques ont été développés à leur intention (ex. : évaluation et interventions auprès d'une personne présentant un potentiel suicidaire à l'urgence);

- ✓ Évaluation formative du *Programme* par la Direction de santé publique des Laurentides. Cette approche d'évaluation qui se caractérise par un suivi systématique du processus et par la production de résultats préliminaires sous forme de rapports d'étape, a permis d'apporter des ajustements au *Programme*;
- ✓ A la lumière de ces différents éléments, le *Programme* a évolué tout au cours du processus de mise en oeuvre. Il s'agit à cet effet d'une caractéristique permanente du *Programme*, compte tenu du fait que la formation est conçue pour répondre aux différents besoins, préoccupations, rôles et responsabilités des groupes de participants.

Ainsi, les ajustements qui ont été apportés au *Programme* ont été réalisés en considérant les éléments principaux suivants :

- ✓ Enquête sur les suicides survenus durant la période 2001-2002;
- ✓ Principes liés à l'action de la *Stratégie québécoise*;
- ✓ Appréciation de la formation par les participants et les formatrices;
- ✓ Adaptation de la formation aux besoins, caractéristiques et préoccupations des « citoyens » (« ...on a demandé nous autres que la formation soit faite selon nos besoins. Si t'es une mère de famille, c'est pas la même formation ») (participant, « citoyen ») et des « intervenants » (« ça [la formation] été adaptée plus pour nous autres, parce qu'on est en travail social. » (participant, « intervenant »);
- ✓ Recommandations tirées des trois rapports d'étape;
- ✓ Observation des difficultés cliniques rencontrées dans le milieu de la pratique;
- ✓ Revue de la littérature spécialisée et des orientations ministérielles au regard de la problématique du suicide;
- ✓ Échanges avec des experts locaux, régionaux et nationaux du domaine:
 - participation à des colloques portant sur la problématique du suicide,



- expertise développée dans d'autres milieux,
- développement des connaissances et de la recherche dans le domaine.

5.2 Mise en œuvre

Par mise en œuvre, nous entendons la coordination du *Programme*, la sollicitation des milieux et le recrutement et la formation des formateurs. Indiquons au départ que les promoteurs⁸² connaissaient une restructuration importante de l'organisation des services sociaux et de santé au moment d'implanter le *Programme*.

COORDINATION DU PROGRAMME

« Depuis que je suis au CLSC [...] mon rôle a été de m'assurer premièrement, que le CLSC s'implique dans cette problématique-là, deuxièmement, assurer qu'il y a une continuité pour les années à venir [...] à m'assurer que le dossier soit pris en charge par le CLSC, qu'il y ait un intervenant, un organisateur communautaire qui soit attiré au dossier pour assurer, tant au niveau de l'aspect technique qu'au niveau de la continuité, de la mise en place et de la diffusion du Programme. » (promoteur).

Le CLSC a assumé les responsabilités relatives à la coordination et à l'implantation du *Programme* dont la mobilisation de la communauté (sollicitation des milieux et recrutement des participants); le CH-CHSLD-CR, pour sa part, a assumé la conception et l'adaptation du *Programme*, de même que la supervision clinique des formateurs. Le mandat avait été confié à la conseillère clinique de l'établissement. Plus spécifiquement, chacun des partenaires a assumé les responsabilités suivantes :

CLSC d'Antoine-Labelle – mission CLSC :

- ✓ Déploiement du *Programme* dans la communauté;
- ✓ Mobilisation et recrutement des individus et des groupes;
- ✓ Investissement en ressources humaines (un coordonnateur de projet et un organisateur communautaire) (2 jours/ semaine);

⁸² La réforme du réseau de la santé et des services sociaux n'était pas enclenchée au moment de l'implantation du *Programme*. Nous retrouvons donc l'instance régionale soit la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides (RRSSSL), l'établissement CH-CHSLD-CR Antoine-Labelle et le CLSC des Hautes-Laurentides. Depuis, les établissements locaux se sont fusionnés (maintenant on parle du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) d'Antoine-Labelle) et la RRSSSL a également changé de dénomination pour s'appeler l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides (ADRLSSSL).



- ✓ Mise en place d'un comité des promoteurs ayant pour mandat de coordonner l'ensemble des tâches reliées à l'implantation du *Programme* et de participer aux travaux relatifs à son évaluation.

CSSS d'Antoine-Labelle – mission CH :

- ✓ Conception du programme préliminaire « *La prévention du suicide, Échec au suicide* »;
- ✓ Investissement en ressources humaines (une intervenante clinicienne) (1 jour/semaine);
- ✓ Supervision clinique des formateurs;
- ✓ Bonification du *Programme* au cours d'implantation;
- ✓ Conception du volet « intervenant » du plan de formation.

Des responsabilités conjointes :

- ✓ Demande de financement à l'instance régionale;
- ✓ Formation des citoyens et des intervenants;
- ✓ Organisation d'activités de suivi auprès des participants;
- ✓ Collaboration à l'évaluation du *Programme*, réalisée par la Direction de santé publique des Laurentides (la DSP est un collaborateur au projet, sans pour autant constituer un partenaire local formel).

Les promoteurs ont mis en commun leurs ressources et leurs expertises dans le cadre de la mise en œuvre et de l'implantation du *Programme*. L'implantation du *Programme* s'inscrit toutefois dans le cadre d'une mobilisation qui a interpellé d'autres acteurs du réseau de la santé, mais également des acteurs intersectoriels. Soulignons à cet effet l'implication et l'engagement d'autres organismes communautaires du milieu (ex. : Maison Lyse-Beauchamp, CPS le Faubourg, Centre André-Boudreau), d'autres établissements de la santé et des services sociaux (ex. : Centre jeunesse) et des acteurs intersectoriels (milieux scolaires, municipalités, autres ministères tels : sécurité publique, justice, travail, etc.), soit en s'impliquant à titre de multiplicateurs, soit à titre de formateurs, soit dans l'adaptation du *Programme*, soit en participant eux-mêmes à la formation ou encore en soutien à l'évaluation.



Enfin, cette mobilisation a transcendé les frontières du territoire, notamment puisque l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides s'est impliquée au niveau du financement, du soutien à la mise en oeuvre et de l'évaluation.

Sollicitation des milieux

La sollicitation des milieux et le recrutement des participants à la formation ont profité de diverses stratégies destinées à rejoindre le plus d'organismes et d'individus possibles sur l'ensemble du territoire de la MRC d'Antoine-Labelle :

- ✓ Envoi de lettres d'invitation personnalisées aux gestionnaires des organismes et établissements;
- ✓ Identification des personnes clés au sein des organisations ciblées pour promouvoir la formation;
- ✓ Utilisation des médias locaux (radio, télé et journaux communautaires);
- ✓ Dépliants promotionnels distribués dans des endroits stratégiques (CLSC, dépanneur, restaurant, cabinet de médecin, domiciles, etc.);
- ✓ Collaboration du personnel du CLSC dans la distribution des dépliants promotionnels auprès de la clientèle (ex. : personnel de maintien à domicile);
- ✓ Bouche à oreille;
- ✓ Relances par téléphone « p'tit rappel tout simplement » (promoteur) auprès des milieux sollicités.

Enfin, concernant la sollicitation des établissements de la santé, ce sont les gestionnaires qui ont décidé d'offrir la formation à leur personnel : « *on a juste comme décidé, au programme santé mentale, qu'il serait donné à l'ensemble de nos intervenants en courte durée et en longue durée...* » (promoteur). Ce sont également eux qui ont procédé à la constitution des groupes de participants « intervenants », chacun dans leur établissement respectif en CH ou en CLSC.

Dès que les gens ont commencé à s'inscrire, il a fallu constituer les groupes. Or, cette tâche a de beaucoup été facilitée par l'établissement d'un registre des dates de formation et des participants : « *Dans les ministères, y nous appelaient, y trouvaient leur monde, on leur donnait deux dates, y disaient bon j'en ai huit telle date. Y m'appelaient j'en ai eu huit pour l'autre formation, ça allait bien, on avait déjà un noyau de huit personnes, je greffais à ça quatre, cinq personnes, pis voilà mon groupe.* » (promoteur). À cet effet, au



moment de la rédaction du rapport, la liste des participants continue de s'allonger, malgré le fait qu'il ne se fait plus d'activités de sollicitation des milieux : *« les clients continuent à appeler.... on fait plus de promotion du tout là, et pis là j'ai ...à peu près comme 35 noms sur mon bureau là, en attente »* (promoteur).

RECRUTEMENT ET FORMATION DES FORMATEURS

Au départ, aucun critère de sélection spécifique n'avait été précisé pour recruter les formateurs. La conceptrice énumère tout de même certaines qualités que doivent posséder des formateurs en prévention du suicide :

« C'est important d'avoir des bons formateurs, des gens qui sont à l'aise avec cette problématique- là pis des gens qui sont à l'aise avec le public aussi pis qui ont aussi là un peu d'expérience par rapport à l'animation. » (conceptrice).

La plupart des formateurs se sont portés volontaires pour réaliser la formation. Certains autres ont été identifiés comme candidats potentiels lors d'activités de formation et ont été approchés par les promoteurs. Au total, les promoteurs ont recruté sept formateurs provenant d'horizons variés : médecins, infirmières cliniciennes et intervenants de groupes communautaires en santé mentale. Selon la conceptrice, ces personnes possèdent l'une ou l'autre ou l'ensemble des qualités de base : animation, intérêt et motivation pour faire de la formation en prévention du suicide, expertise clinique dans le domaine de la santé mentale, expérience ou vécu personnels au regard de la problématique et représentativité des groupes ciblés.

À l'instar du recrutement, la formation des formateurs n'a pas été basée sur des critères particuliers, mais bien en fonction du niveau de compétence perçu par la conceptrice et les formateurs eux-mêmes : *« La formation des formatrices, ça été développé plutôt sur le tas là. Y a pas de formation des formatrices bien étoffée. Les deux derniers formateurs, je les ai rencontrés... pendant 3 heures pour... m'attarder peut-être pas au contenu comme aux aspects d'animation, comment rejoindre des gens, comment écouter des gens, comment animer. Le développement de leurs habiletés à le faire, c'est en co-animation. Tant et aussi longtemps [qu'eux] jugent qu'ils sont pas capables d'animer, de prendre le leadership d'une animation, ils font de la co-animation avec un des formateurs qui a plus d'expérience. »* (conceptrice).

L'appropriation du contenu a été plus rapide dans certains cas *« elle [la conceptrice] n'a pas dû venir avec moi là pour donner la première séance »*(formatrice) et plus longue dans d'autres *« moi je l'ai intégré*



tranquillement pis après ça, ben là je l'ai donnée une première fois en accompagnant [la conceptrice] qui l'a animée lors des premières rencontres » (formatrice). En somme, les formateurs s'auto-évaluaient. Pour se faire, ils pouvaient compter, d'une part, sur la conseillère clinique qui, lors d'échanges, s'assurait de leur capacité à animer, de leur maîtrise du contenu et de leur capacité à répondre aux questions complémentaires des participants. D'autre part, l'analyse des questionnaires, portant sur la satisfaction des participants, permettait aux formateurs d'apprécier les éléments de satisfaction et ceux qui étaient plus mitigés, de façon à modifier les éléments nécessitant des ajustements.

5.3 Implantation du *Programme*

L'évaluation de l'implantation du *Programme* aborde les activités relatives aux caractéristiques des milieux et des participants rejoints, aux sessions de formation réalisées et aux activités de suivi.

CARACTÉRISTIQUES DES MILIEUX REJOINTS

Comme nous l'observons au tableau 4, un grand nombre d'organismes, à vocations locale ou régionale, ont été rejoints par le *Programme*. Le personnel de ces organismes, qui a été sollicité via diverses stratégies présentées plus haut, a participé à la formation. Nous retrouvons à cet effet différents types d'organismes communautaires tels que des groupes d'aide et d'entraide, des organismes de sensibilisation et de défense des droits, des organismes de soutien des milieux de vie et dans la communauté, des organismes d'hébergement, lesquels interviennent auprès de différentes « clientèles », comme les jeunes, les groupes vulnérables (dépendances, isolement, victimes de violence conjugale, chômeurs), les femmes, les hommes, les familles, etc. Par ailleurs, des intervenants intersectoriels ont été sollicités pour participer à la formation (secteur du développement de l'employabilité, milieux de l'éducation et de la formation des adultes, Justice et Sécurité publique). Des citoyens provenant de plusieurs municipalités du territoire ont également reçu la formation. Enfin, le secteur de la santé et des services sociaux du territoire n'a pas été en reste, puisque du personnel en santé mentale a reçu la formation. C'est 47 organismes, établissements et milieux qui ont été rejoints par le *Programme*.



Tableau 4 Liste des milieux rejoints par le Programme de formation en prévention du suicide

Santé et services sociaux CLSC des Hautes-Laurentides Centre André-Boudreau Centre de réadaptation Le Bouclier Centre Jeunesse des Laurentides CH-CR-CHSLD Antoine-Labelle Autres ministères Centre collégial de Mont-Laurier Centre de formation professionnelle de Mont-Laurier Centre local d'emploi de Mont-Laurier Commission scolaire Pierre-Neveu Éducation des adultes Étudiantes en travail social Étudiantes infirmières Étudiantes infirmières-auxiliaires Service de probation Sécurité publique (SQ) Université du Québec à Hull Municipalités du territoire (citoyens) Ferme-Neuve Lac-du-Cerf Mont-Laurier MRC d'Antoine-Labelle Nominique Ste-Anne-du-Lac Val-Barette	Organismes communautaires Abeilles actives de Notre-Dame-du-Laus Albatros Carrefour jeunesse Desjardins Carrefour jeunesse-emploi CAVAC Centre communautaire de Ferme-Neuve Centre de prévention du suicide Le Faubourg Centre ressource jeunesse Notre-Dame-du-Laus Coopérative funéraire Brunet Défi-Emploi d'Antoine-Labelle Dianova Garderie les P'tits Bourgeons Griffe d'Alpha L'Élan, CALACS La Mèreveille Maison Clothilde Maison de la famille de Chute-St-Philippe Maison des jeunes de la Vallée de la Rouge Maison Lyse Beauchamp (anciennement Toxico-Alerte) Mouvement des personnes d'abord Rues principales SADC d'Antoine-Labelle Services collectifs aux familles de Notre-Dame-du-Laus Signé Femmes
---	---

En appréciant les milieux rejoints, on observe que la majorité d'entre eux peuvent avoir à intervenir auprès de groupes à risque ou vulnérables, dont les hommes. Cependant, il ne s'agit pas de milieux spécifiquement fréquentés par les hommes, comme par exemple les milieux de travail à forte concentration masculine.

Enfin, les résultats indiquent que certaines parties du territoire n'ont pas été rejoints de façon aussi satisfaisante : « *un secteur, je dirais pas qu'il a été délaissé, peut-être La Rouge [...] peut-être parce que moi j'étais à Mont-Laurier, j'interviens moins dans la Rouge, je connais pas les groupes là-bas [...] Pis aussi, y'a peut être moins d'organismes* ». Ainsi, la capacité de rejoindre les milieux peut être influencée par le degré de connaissance, chez les promoteurs, des acteurs et organismes de ces milieux, mais également par la présence d'organismes communautaires.



SESSIONS DE FORMATION RÉALISÉES EN PRÉVENTION DU SUICIDE

Durant la période s'étalant du 5 mars 2003 au 4 juin 2004 (tableau 5), 42 sessions de formation ont été réalisées sur le territoire de la MRC Antoine-Labelle, soit 25 sessions de formation s'adressant aux « citoyens » (n = 267) et 17 sessions de formation réalisées pour des « intervenants » (n = 204) du réseau de la santé et des services sociaux.

Tableau 5 Liste des sessions de formation en prévention du suicide, selon la date, le nombre et le type de participants et la durée, période du 5 mars 2003 au 4 juin 2004

Date	Nombre participants	Types de participants*	Durée (heures)	Date	Nombre participants	Types de participants*	Durée (heures)
5/03/03	9	C	9	09/12/03	6	I	3,5
7-14/4/03	11	C	7	16/12/03	5	I	3,5
06/05/03	9	I	7	14/01/04	26	I	3,5
14/05/03	10	I	7	27/01/04	14	C	7
21/05/03	17	I	7	03/02/04	10	C	7
26/06/03	12	C	7	10/02/04	11	C	7
05/09/03	19	I	3,5	10/02/04	13	I	7
19/09/03	11	C	7	17/02/04	10	C	7
20/10/03	13	C	7	23/02/04	8	C	7
27/10/03	14	C	7	24/02/04	8	I	3
04/11/03	33	C	7	24/02/04	14	I	3,5
10/11/03	4	C	7	02/03/04	9	C	6
11/11/-3	10	C	7	08/03/04	6	I	3,5
13/11/03	12	C	7	08/03/04	18	I	3,5
13/11/03	10	I	3,5	11/03/04	6	I	3,5
14/11/03	13	C	7	18/03/04	17	I	3,5
17/11/03	12	C	7	18/03/04	18	I	3,5
17/11/03	2	I	3,5	20/04/04	6	C	7
20/11/03	12	C	7	26/04/04	9	C	7
25/11/03	8	C	2,5	11/05/04	5	C	7
02/12/03	6	C	7	04/06/04	5	C	7

* C = citoyens I = intervenants

☐ = Sessions de formation non retenues pour fins d'analyse, les questionnaires préliminaires ne concordaient pas avec les outils de mesure définitifs.
☒ = Sessions de formation retenues pour fins d'analyse statistique.
☐ = Sessions de formation non retenues pour fins d'analyse statistique, le nombre de questionnaires en PRÉ et en POST ne concordaient pas.



Les sessions de formation s'adressant aux « citoyens » avaient, pour la majorité, une durée de sept heures, alors que celles s'adressant aux « intervenants » duraient trois heures et demie pour la plupart. Enfin, le nombre de participants variait selon les sessions, pour une moyenne de onze participants par session de formation. On peut indiquer ici que parmi les sessions de formation non retenues pour fins d'analyse statistique, on retrouve les groupes d'intervenants du CLSC qui avaient reçu une formation d'une durée de sept heures.

CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS À LA FORMATION

Entre mars 2003 et juin 2004, 471 personnes ont participé à la formation⁸³. Mais comme la formation a d'abord été conçue pour rejoindre des citoyens et qu'elle s'est éventuellement enrichie d'un volet de formation s'adressant à des intervenants, nous avons demandé aux formateurs d'indiquer, pour chaque session de formation, s'il s'agissait d'un groupe de « citoyens » ou « d'intervenants ». Il appert que les sessions de formation d'une durée de trois heures et demie étaient toutes destinées à des « intervenants ». Inversement, les formations d'une durée de sept heures s'adressaient pour la plupart à des « citoyens » (sauf la formation des intervenants du CLSC). Cependant, l'appréciation des caractéristiques des participants aux sessions de formation (par l'entremise des questionnaires) révèle que les groupes n'étaient pas complètement homogènes. D'une part, certains « intervenants » (ex. : travailleur social) pouvaient s'être inscrits à une formation « citoyenne » pour des raisons personnelles. D'autre part, lors des sessions de formation s'adressant au personnel d'établissements de santé (ex. : CH, CLSC), on pouvait retrouver du personnel non intervenant (ex. : secrétaire à la réception). Malgré ces biais, il n'en demeure pas moins que les sessions de formation, d'une durée de trois heures et demie, étaient composées majoritairement d'intervenants du système de soins et celles d'une durée de sept heures étaient composées pour la majorité de citoyens.

⁸³ Il est important d'indiquer que les participants ayant reçu la formation entre le 5 mars et le 5 septembre 2003 (n = 87) sont exclus de la présente évaluation puisqu'ils faisaient partie des groupes pré-tests (en ce qui a trait aux questionnaires administrés dans leurs formes préliminaires). Ils sont quand même utilisés ici pour présenter l'ensemble des participants aux sessions de formation. Enfin, ils ne sont pas intégrés dans l'analyse de l'effet de la formation sur le sentiment de compétence et leurs discours (analyses qualitatives) sont exclus des analyses.



Tableau 6 Caractéristiques des répondants ayant participé à la formation en prévention du suicide entre le 5 mars 2003 et le 4 juin 2004

Caractéristiques	n = 347
Participants « intervenants »	50,4 %
Déjà reçu formation en prévention du suicide	74,1 %
Sexe masculin	19,9 %
Secteur La Lièvre	70,7 %
Participe à titre personnel	49,3 %
Participe sur proposition employeur	50,4 %
Participe pour autre(s) motif(s)	19,9 %
Moyenne d'âge des répondants	41,9 ans

Ainsi, comme le tableau 6 l'indique, parmi les 347 répondants ayant participé à la formation⁸⁴, nous retrouvons 50,4 % de participants « intervenants » (n= 175). À cet effet, la catégorie « intervenants » est composée, pour la plupart, de personnes qui travaillent dans le réseau de la santé et des services sociaux. La catégorie « citoyens » comprend tous les autres participants qu'ils soient citoyens, intervenants intersectoriels ou communautaires ou encore étudiants. Bien que des limites méthodologiques nous empêchent de décrire de façon exhaustive leurs caractéristiques (informations incomplètes ou équivoques), nous avons quand même déduit leur profil en triangulant un ensemble de sources d'information à leurs propos (questionnaires, entrevues semi-dirigées, registres des participants et des formations, rencontres retrouvailles).

Au regard de l'occupation, parmi les participants appartenant à la catégorie « citoyens », nous retrouvons du personnel administratif (coordonnateurs, adjointes administratives, etc.), des journaliers (caissières, coiffeuses, barmaids, etc.), des chômeurs, des citoyens (mères au foyer, retraités, etc.), des entrepreneurs (directeurs funéraires, propriétaires de résidences pour personnes âgées, etc.), des agents d'aide à l'emploi, divers types d'intervenants (des bénévoles, des enseignants, des éducateurs, etc.) et des étudiants du collégial en nursing ou en travail social.

⁸⁴ Il s'agit de 347 répondants sur les 471 participants à la formation soit une proportion de 74 % de participants ayant rempli le questionnaire en post-test. Par ailleurs, nous retrouvons 50,4 % de participants « intervenants » dans l'échantillon de 347 répondants, contre 43 % de l'ensemble des 471 participants aux sessions de formation. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les répondants et l'ensemble des participants sur la base de l'indicateur type de participants « citoyens » et « intervenants ».



Parmi les participants appartenant à la catégorie « intervenants », nous retrouvons du personnel administratif des établissements de santé (gestionnaires des ressources humaines en santé, secrétaires, etc.), des professionnels de la santé (médecins, psychiatres, psychologues, ergothérapeutes, infirmières, etc.), du personnel préhospitalier (ambulanciers), des auxiliaires (préposés aux bénéficiaires, infirmières auxiliaires), et divers types d'intervenants des services sociaux (intervenants jeunesse, en toxicomanie, travailleurs sociaux, etc.). Une minorité d'entre eux sont des professionnels impliqués dans l'entente de services pour les situations de crise et d'action face au suicide. Enfin, aucune personne des urgences n'a participé à la formation.

Concernant les caractéristiques personnelles, 81 % sont des femmes, dont la moyenne d'âge se situe à 42 ans. La majorité des participants (74 %) déclarent avoir déjà reçu de la formation en prévention du suicide. La moitié des répondants participent à titre personnel (49 %) et l'autre moitié sur proposition de l'employeur (50 %). Enfin, parmi l'ensemble des participants, 20 % ont également déclaré participer pour un autre motif, dont une grande part d'étudiants.

Les données qualitatives révèlent que les intérêts et motivations des participants « citoyens » reflètent un vécu personnel (« *Y me restait 15 minutes à vivre* ») ou une situation vécue avec leurs proches (« *Je veux en savoir plus parce qu'aussi dans ma famille, y a une personne qui a presque réussi* »), leur milieu de travail (« *un collègue s'est suicidé il y a deux ans* » ; « *Je suis propriétaire d'une résidence pour personnes âgées [...] dans le milieu des personnes âgées aussi y a beaucoup de personnes qui font des dépressions nerveuses* »), le désir de comprendre le geste (« *essayer de comprendre mon collègue [...] pourquoi il s'était suicidé* ») ou de s'outiller pour être en mesure de mieux intervenir en prévention du suicide (« *Je suis venu chercher des outils* » ; « *je travaille beaucoup en relation d'aide pis je trouvais que c'est quelque chose qui me manquait* », « *ça va être pour mieux faire face [à un suicidaire]* »). Nous n'avons pas considéré les aspects motivationnels concernant les participants « intervenants » puisqu'ils étaient libérés de leur travail pour participer à la formation.

Pour terminer sur ce point, il est pertinent d'indiquer qu'aucun critère de sélection n'avait été appliqué concernant le recrutement des participants. Les promoteurs ont plutôt développé des conditions d'inclusion pour permettre au plus grand nombre de citoyens d'assister à la formation. À cet effet, certains participants considérés plus fragiles (par exemple, ceux qui sont aux prises eux-mêmes avec une problématique de



suicide) se sont inscrits à la formation. Les promoteurs en étaient conscients et allaient assurer un encadrement plus serré. D'une part, les participants pouvaient compter sur la présence de deux animateurs dont l'un a le rôle, entre autres, de scruter les participants de façon à repérer ceux qui pourraient manifester des symptômes de vulnérabilité durant la formation. D'autre part, les témoignages et échanges entre les participants lors du premier volet de la formation (Je me positionne) permettent aux formateurs d'en apprendre beaucoup sur les motivations et intérêts des participants à la formation : « [...] est-ce qu'on doit écarter ceux qui sont plus vulnérables? Peut-être pas les écarter mais mieux les encadrer, les dépister [...]. » (promoteur). Enfin, des ressources de soutien du milieu sont offertes aux participants lors de la formation (ex. : ligne 1-866-APPELLE du CPS le Faubourg, accueil psychosocial du CLSC), ainsi que les coordonnées de deux intervenants du territoire rattachés aux missions CH et CLSC en santé mentale.

Bien que des personnes aux prises elles-mêmes avec une problématique du suicide se soient inscrites à la formation, la majorité des participants « citoyens » recrutés possèderaient les qualités requises pour assurer une fonction en prévention du suicide : « les gens qu'on a rejoints, ce sont des gens qui sont impliqués donc qui sont des personnes actives dans notre communauté, [...] y sont dans des groupes, des organismes [...] plus sensibilisés à ces problèmes-là pis plus dynamisés pour faire quelque chose. » (promoteur). Ils auraient également la motivation pour intervenir auprès de personnes aux prises avec la problématique : « faut dire que les gens qui viennent suivre la formation ont déjà une volonté d'être aidants, ils viennent chercher davantage [d'outils] » (conceptrice). Enfin, parmi les participants « intervenants », certains ont de l'expérience et de l'expertise très poussées en intervention auprès de personnes suicidaires ou en détresse (ex. : psychiatre) et d'autres, au contraire, en ont très peu (ex. : secrétaire à la réception).

ACTIVITÉS DE SUIVI

Dans le cadre de l'implantation du *Programme*, les promoteurs et le chercheur avaient prévu réaliser des activités de suivi auprès des participants ayant reçu la formation. Ces participants étaient invités au moins trois mois après la formation à des rencontres-retrouvailles. Ces rencontres visaient deux objectifs. D'abord, les promoteurs voulaient recueillir les propos des participants sur leur appréciation de la formation (contenu, climat, approche pédagogique, durée, compétence ressentie). D'autre part, les promoteurs du *Programme* voulaient connaître les besoins des participants sur les suites à donner au projet, soit au regard de formations futures (ex. : ajout de thèmes), soit en ce qui a trait à d'autres activités à réaliser au



regard de la problématique du suicide (création de comités, événements thématiques, etc.), soit en ce qui a trait aux besoins de soutien des personnes formées en prévention du suicide. Le chercheur a été impliqué dans l'élaboration et la réalisation de ces rencontres afin d'y recueillir des informations pour les fins de l'évaluation du *Programme*.

En tout, six rencontres-retrouvailles réunissant au total 57 participants (33 « citoyens » et 24 « intervenants ») ont été réalisées. Ces rencontres, d'une durée variant d'une heure trente minutes à trois heures, étaient animées par un animateur professionnel. Certains groupes étaient homogènes (ex. : infirmières du CLSC), alors que d'autres étaient mixtes (« citoyens » et « intervenants » ensemble). Ces rencontres se sont déroulées dans un contexte convivial (des repas étaient servis aux participants), favorisant un climat de partage et d'échanges. Elles ont permis aux participants de constater l'éventail des différents groupes ayant reçu la formation : « *[les rencontres-retrouvailles] qu'est-ce que j'aime beaucoup, c'est quand même que ça pas été juste un milieu. On s'aperçoit que le milieu est très diversifié. Moi ça m'a apporté beaucoup de connaissances quand même les autres milieux* ». Les participants ont également constaté à travers les échanges que la formation différait selon les groupes de participants. Ces rencontres ont également permis aux participants d'échanger sur la problématique du suicide. La grande majorité des participants ont exprimé leur satisfaction globale envers la formation reçue. Cette rencontre leur a permis d'exprimer leurs besoins futurs. Les dix principaux sujets que les participants voulaient approfondir lors de suivis sont, par ordre d'importance :

1. La détresse chez les hommes,
2. Apprendre à respecter nos limites,
3. Les techniques en relation d'aide,
4. La dépression,
5. Le repérage des signes précurseurs,
6. Les besoins des familles qui vivent auprès d'une personne suicidaire,
7. Comment intervenir auprès d'une personne fréquemment suicidaire,
8. Comment soutenir un de nos proches après une tentative de suicide,
9. Le suicide chez les jeunes,
10. Comment intervenir auprès d'une personne agressive.



Faits saillants :

- ✓ Le contexte de mobilisation (intervenants et gestionnaires de première et deuxième ligne, groupes communautaires et citoyens) qui prévaut sur le territoire suite à une « vague » de suicides, a constitué un contexte favorable à la réalisation d'actions en prévention du suicide, dont l'implantation d'un programme de formation s'adressant à la population pour renforcer son potentiel en matière de repérage, de soutien et de référence de personnes en détresse ou suicidaires vers les services appropriés à leur état;
- ✓ Tôt dans l'expérimentation, les promoteurs observent (réflexions issues des groupes de discussion, témoignages de participants, différents rapports ministériels, constats cliniques) que les objectifs sont difficilement atteignables si la démarche ne permet pas d'assurer l'alliance entre la population et les intervenants du milieu. Un volet du *Programme de formation* sera développé pour les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux;
- ✓ L'implantation du *Programme* s'est réalisée en partenariat entre des établissements de première et de deuxième ligne en collaboration avec les organismes communautaires, les citoyens et la Direction de santé publique de l'Agence. Le CLSC a assumé le leadership du déploiement du *Programme* sur le territoire (solicitation des milieux, recrutement des participants, activités de suivi), la conseillère clinique du CH-CHSLD-CR a, pour sa part, conçu le *Programme* de départ s'adressant aux « citoyens », et plus tard le volet de formation s'adressant aux « intervenants » du réseau de la santé et des services sociaux. Le financement était assuré par l'instance régionale (Agence) dans le cadre du financement pour l'évaluation de projets innovateurs;
- ✓ L'adaptation continue du *Programme* aux rôles, responsabilités et préoccupations exprimés par les divers groupes de participants « citoyens » et « intervenants » a constitué une caractéristique permanente du *Programme*;
- ✓ Les formateurs recrutés (n = 7) avaient des aptitudes d'animation, de l'intérêt pour la problématique, de l'expérience dans le réseau sociosanitaire et pouvaient être représentatifs des participants à qui ils s'adressaient (ex. : médecin qui forme des médecins). Leur formation visait à les familiariser avec le contenu du *Programme* et à les habilitier à faire de la formation. Une auto-évaluation informelle constituait la méthode d'évaluation de la compétence des formateurs;
- ✓ La solicitation des milieux s'est réalisée via diverses stratégies (lettres personnalisées, annonces dans les journaux, distribution de dépliants, relances téléphoniques, etc.). Quarante-sept organismes communautaires, établissements du réseau public de santé, ministère (éducation, justice, emploi) et milieux (municipalités) ont été rejoints par la formation. La majorité d'entre eux peuvent avoir à transiger avec des groupes vulnérables à la détresse ou au suicide. Cependant, aucun milieu



spécifique aux hommes (ex. : milieux de travail à forte concentration masculine) n'avait été sollicité au moment de l'évaluation;

- ✓ En un peu plus d'une année, 471 participants ont reçu la formation (total de 42 sessions de formation) soit 267 « citoyens » et 204 « intervenants », dont une grande majorité de femmes. Dans le cas des participants « citoyens », il s'agissait de personnes déjà sensibilisées (les trois quarts déclarent avoir déjà reçu une formation en prévention du suicide) et motivées pour des raisons personnelles (ex. : a déjà été suicidaire), familiales (ex. : un membre de la famille est suicidaire) ou sociales (ex. : bénévoles transigeant avec des personnes suicidaires). Leurs caractéristiques sont très diverses (mères au foyer, retraités, bénévoles, intervenants intersectoriels, secrétaires, commerçants, étudiants, etc.). Les participants « intervenants » étant libérés de leur travail pour participer à la formation, les aspects motivationnels n'ont pas été explorés. Ces participants « intervenants » proviennent, pour la grande majorité, du secteur de la santé et des services sociaux (travailleurs sociaux, infirmières, médecins, psychiatres, préposés aux bénéficiaires, secrétaires à la réception, etc.), mais ne sont pas tous des professionnels qui dispensent des soins;
- ✓ Des activités de suivi (au moins trois mois après la formation) des personnes formées ont été réalisées (n = 6) auprès de 57 participants « citoyens » et « intervenants », alors que les besoins de suivi futurs ressortant de ces rencontres concernent l'approfondissement de thèmes relatifs à l'intervention auprès de sous-groupes vulnérables (hommes, jeunes, personnes fréquemment suicidaires, personnes agressives), de techniques en relation d'aide, de techniques visant à reconnaître les signes précurseurs et l'identification des besoins des proches d'une personne suicidaire.



6. Analyse de l'effet du Programme sur le sentiment de compétence

L'évaluation de l'effet (évaluation sommative) du Programme porte sur le sentiment de compétence en prévention du suicide chez les participants⁸⁵, suite à la formation reçue⁸⁶. Avant de débiter, nous vous présentons le tableau 7 qui compare les caractéristiques des répondants retenues pour les analyses statistiques à l'ensemble des répondants ayant répondu aux questionnaires.

Tableau 7 Comparaison des caractéristiques entre l'échantillon de répondants retenus pour les analyses statistiques à l'ensemble des répondants ayant répondu aux questionnaires d'évaluation

Caractéristiques	Échantillon total n = 347	Sous-échantillon retenu n = 129	Différence
Participants « intervenants »	50,4 %	36,4 %	Z = -1.98 (significatif)
Déjà reçu formation	74,1 %	73,4 %	Z = -0.08 (non significatif)
Sexe masculin	19,9 %	16,4 %	Z = -0.08 (non significatif)
Secteur La Lièvre	70,7 %	90,5 %	Z = 2.16 (significatif)
Participe à titre personnel	49,3 %	58,1 %	Z = 1.19 (non significatif)
Participe sur proposition employeur	50,4 %	45,7 %	Z = -0.65 (non significatif)
Moyenne d'âge des répondants	41.9 ans	41.6 ans	Non significatif

Deux différences significatives sont ressorties parmi les caractéristiques personnelles des répondants ayant répondu aux questionnaires. Il s'agit de la proportion « d'intervenants » qui est significativement

⁸⁵ Dans le cadre de l'évaluation formative et malgré les limites relatives aux caractéristiques des participants (les groupes ne sont pas homogènes puisqu'on peut retrouver des « citoyens » dans les sessions de formation « d'intervenants » et vice versa), nous avons quand même effectué des analyses séparées, en divisant les participants en deux grands groupes (« citoyens » et « intervenants »), correspondant en grande partie au type et à la durée de la formation reçue. Le but était de fournir une rétroaction aux formateurs pour leur permettre d'apprécier distinctement les participants ayant reçu la formation de « citoyens » et « intervenants ». Nous avons quand même fait l'analyse pour l'ensemble des participants (voir annexe 5) et les résultats ne présentent aucune différence significative avec ceux portant sur les analyses séparées.

⁸⁶ L'analyse de l'effet porte sur les participants « intervenants » et « citoyens » qui ont été présents au début de la formation (PRÉ) et à la fin (POST). Cependant, les questionnaires d'évaluation étaient anonymes et il était donc impossible d'apparier les questionnaires PRÉ et POST. De plus, dans un certain nombre de groupes, le nombre de questionnaires PRÉ et POST remplis n'était pas le même, ouvrant la possibilité que les différences observées entre le PRÉ et le POST puissent être attribuables aux différences dans la composition des groupes et non à la formation. Par prudence, l'évaluation sommative (effet de la formation sur le sentiment de compétence en prévention du suicide) porte sur les groupes où le nombre de questionnaires PRÉ et POST était identique. Ainsi, 16 groupes sur 33 groupes « valides » sont retenus pour fins d'analyse (composés de 82 « citoyens » et de 47 « intervenants »), soit 37 % des répondants au post-test (n=129). Enfin, le questionnaire de SUIVI, rempli par les participants au moins trois mois après la formation (n = 119) n'est pas utilisé dans l'analyse statistique pour les mêmes raisons, mais les résultats sont quand même présentés au tableau 6 de l'annexe 4 à titre indicatif. Ils suggèrent le maintien du sentiment de compétence en prévention du suicide, au moins trois mois après la formation. Les limites méthodologiques nous empêchent toutefois de confirmer ces résultats.



inférieure dans l'échantillon de répondants retenus pour fins d'analyse statistique, et du secteur de résidence, alors que la proportion de répondants ayant déclaré provenir du secteur de la Lièvre est significativement plus élevée dans l'échantillon retenu. Nous aurions aimé pouvoir comparer d'autres caractéristiques, comme l'occupation, mais les limites méthodologiques nous en ont empêché. Nous reviendrons sur ces différences lors de la discussion des résultats.

Maintenant, on appréciera le développement du sentiment de compétence chez les participants « citoyens » et « intervenants » retenus pour fins d'analyse statistique ($n = 129$), ainsi que l'évolution des croyances sur le suicide suite à la formation reçue en prévention du suicide.

6.1 Évolution des croyances

Les résultats de l'analyse de variance multivariée (tableau 8) indiquent une amélioration dans les croyances entre les deux mesures PRÉ et POST ($p = .01$). Tous les items de l'indice « croyances sur le suicide » ont atteint le seuil de .05 et les différences sont statistiquement significatives, tant pour les « citoyens » que pour les « intervenants ». Enfin, la différence entre les types de groupes de participants pour l'ensemble des énoncés est significative ($p.000$), les « intervenants » ayant des croyances généralement plus favorables que les « citoyens », avant (PRÉ) et après (POST) la formation.



Tableau 8 Croyances sur le suicide, scores moyens pré-post¹, analyse de variance multivariée et statistique éta² dans le MANOVA, par type de participants

Énoncés	Citoyens N = 82		Intervenants N = 47		Changement ²	Contribution
	PRÉ	POST	PRÉ	POST	PRÉ-POST	PARTIAL ETA SQUARED
a) Les hommes sont renfermés et ne demandent pas de l'aide	1.86	2.14	2.10	2.67	$\rho = .001$	.069
b) Les personnes qui veulent se suicider n'en parlent pas, elles le font	2.84	3.38	3.12	3.79	$\rho = .001$	.171
c) Si une personne est vraiment décidée à mourir, on ne peut pas la faire changer d'idée	3.22	3.58	3.36	3.80	$\rho = .000$	.083
d) Si la personne va mieux suite à une crise suicidaire, cela signifie que le risque de passer à l'acte est maintenant faible	3.19	3.43	3.33	3.76	$\rho = .019$	.069
e) Demander à quelqu'un s'il pense au suicide peut lui en donner l'idée	3.59	3.79	3.60	3.91	$\rho = .001$	.071
f) Le suicide est un acte de courage	3.41	3.69	3.62	3.82	$\rho = .01$	.029
g) D'habitude, une personne suicidaire est très discrète. Elle ne laisse pas de messages ou de signes nous laissant croire qu'elle est en détresse	3.27	3.60	3.42	3.80	$\rho = .001$	.087
h) On ne peut pas intervenir auprès d'une personne déterminée à se suicider si elle refuse de recevoir de l'aide. C'est son droit	3.35	3.60	3.43	3.72	$\rho = .003$	.039
¹ Échelle de 4 points, 1 = tout à fait d'accord, 4 = en désaccord. ² Analyse de variance à deux facteurs : type de participants (citoyen, intervenant) X temps (PRÉ, POST). Les tests de F réfèrent aux effets principaux (« main effect ») de chaque facteur. Aucune des interactions « type de participants X temps » n'a été significative. Seules les valeurs de ρ et η^2 dans les MANOVA sont présentées.						

Concernant la contribution de chaque item à l'évolution de l'indice « croyances sur le suicide »⁸⁷, les résultats indiquent une contribution de chaque item variant entre 3 % et 17 %. Ainsi, « Le suicide est un acte de courage » n'a contribué que de (3 %) au changement dans les croyances, alors que « Les personnes qui veulent se suicider n'en parlent pas. Elles le font » a obtenu la plus forte contribution (17 %). Suivent par ordre d'importance « D'habitude, une personne suicidaire est très discrète. Elle ne laisse pas de messages ou de signes nous laissant croire qu'elle est en détresse » (9 %), « Si une personne est vraiment décidée à mourir, on ne peut pas la faire changer d'idée » (8 %), « Demander à quelqu'un s'il

⁸⁷ Nous avons utilisé la statistique éta² dans le MANOVA de SPSS afin d'estimer la contribution de chaque item de l'indice aux effets observés. Elle équivaut à la proportion de la variance dans la différence pré/post attribuable à chaque énoncé.



pense au suicide peut lui en donner l'idée » (7 %), « Les hommes sont renfermés et ne demandent pas d'aide » (7 %), « Si la personne va mieux suite à une crise suicidaire, cela signifie que le risque de passer à l'acte est maintenant faible » (7 %), « On ne peut pas intervenir auprès d'une personne déterminée à se suicider si elle refuse de recevoir de l'aide. C'est son droit » (4 %).

Des données qualitatives viennent mettre en contexte ces résultats. D'abord, pour plusieurs répondants, cette formation d'une journée ne permet pas de transformer *« les personnalités en sept heures de formation »* (formatrice), et que *« y peut ...en rester encore des tabous [...] »* (répondant, intervenant). Cette brève formation permet tout de même d'inscrire les participants dans un processus de *« questionnement pis on espère que la réflexion va se poursuivre »* (formatrice). Un répondant observe que les participants ont évolué face à leurs croyances sur le suicide : [...] *« ... mais je pense que tous les préjugés qu'on peut avoir vis-à-vis du suicide ou toute population qui vit ces difficultés-là c'est pas une formation qui va changer le monde. Ça leur permet d'être dans un processus dans lequel on évolue [...] Mais je pense que ça touche quand même, que ça modifie, ça on a beaucoup de témoignages "Il y a des choses que je voyais pas comme ça" »* (formatrice).

En somme, la formation semble avoir fait évoluer les croyances dans le sens voulu. Cependant, les résultats indiquent des effets modestes qui sont attribuables d'une part au fait que les répondants avaient déjà des croyances favorables avant la formation et que dans le cadre de cette brève formation, d'autre part, l'évolution des croyances sur le suicide ne peut être optimale. Il s'agit quand même d'une évolution favorable des croyances sur le suicide, tant pour les « citoyens » que pour les « intervenants ».

6.2 Sentiment de compétence en prévention du suicide

Telle que conçue par les promoteurs, une compétence en prévention du suicide de type sentinelles comprend trois composantes relatives au fait de repérer, de soutenir et de référer une personne en détresse ou suicidaire vers les ressources appropriées à son état.

SENTIMENT DE COMPÉTENCE À « REPÉRER »

Nous avons demandé aux participants d'indiquer dans quelle mesure ils se sentaient à l'aise de *« demander à quelqu'un qu'on soupçonne d'être en crise s'il a des pensées suicidaires »* et *« de poser les questions me permettant d'évaluer si une personne présente un risque de suicide »* avant et après la



formation (tableau 9). Ces énoncés se rapportent à la compétence à « repérer » une personne suicidaire. Les résultats indiquent que les répondants ont amélioré leur sentiment d'être à l'aise concernant ces deux énoncés ($p = .001$). La contribution de l'énoncé « de poser les questions me permettant d'évaluer si une personne présente un risque de suicide » est un peu plus importante (7 %), que l'énoncé « demander à quelqu'un qu'on soupçonne d'être en crise s'il a des pensées suicidaires » (5 %).

Tableau 9 Compétence ressentie (« repérer »), moyennes des scores pré-post¹, analyse de variance multivariée, statistique η^2 de MANOVA, par type de participants

Item	Citoyens N = 82		Intervenants N = 47		Changement ²	Contribution
	PRÉ	POST	PRÉ	POST		
Je me sens à l'aise...						Partial Eta Squared
...de demander à quelqu'un qu'on soupçonne d'être en crise s'il a des pensées suicidaires	2.04	1.57	1.71	1.36	$p = .001$	.048
...de poser les questions me permettant d'évaluer si une personne présente un risque de suicide	2.05	1.53	1.71	1.34	$p = .001$	.065
¹ Échelle de 4 points, 1 = très à l'aise, 4 = vraiment pas à l'aise. ² Analyse de variance à deux facteurs : type de participants (citoyen, intervenant) X temps (PRÉ, POST). Les tests de F réfèrent aux effets principaux (« main effect ») de chaque facteur. Aucune des interactions « type de participants X temps » n'a été significative.						

Les données qualitatives tendent à suggérer que les participants ont amélioré leur sentiment de compétence à repérer une personne en détresse ou suicidaire. D'abord, des propos de formateurs vont dans le sens que la formation contribue à accroître la confiance qu'ont les participants « citoyens » à intervenir auprès d'une personne en détresse ou suicidaire : « *Ben moi je pense que les témoignages donnés à la fin des rencontres, qui faisaient état de sentiment d'être plus équipé, d'être plus confortable par rapport à éventuellement rencontrer quelqu'un en détresse. D'avoir moins de pudeur à poser les vraies questions. Pour moi ça ça veut dire que la mission est accomplie [...] Sentiment que de poser les vraies questions... c'est pas nuisible pis au contraire, ça peut ouvrir pis ça peut aider. Ce sont des commentaires que j'ai entendus plusieurs fois pis c'est très rassurant pour moi.* » (formatrice).

D'autres répondants déclarent que des participants « citoyens » à la formation ont su mettre en pratique leur compétence à « repérer » une personne suicidaire : « *Notre monsieur qui a été formé [...] il est venu me rencontrer pour me dire "Regarde j'ai un tel là, je pense qu'il est à risque pas mal." Puis il me parle de*



cette personne-là. Et moi j'ai appelé cette personne-là et effectivement il était à risque [...] son plan était fait, il avait acheté ses cordes, etc. Cette personne-là aujourd'hui ne s'est pas suicidée. Donc cet homme-là, il a eu un rôle direct dans ça. Je ne l'aurais pas su. » (répondant, intervenant). À cet effet, des formateurs ont reçu des témoignages de participants agréablement surpris de la réaction positive d'une personne en détresse à qui on avait posé LA question : *« Une autre personne aussi... qui est intervenue avec un proche pis qui se sentait beaucoup plus à l'aise pis qui m'a dit ... ben quand je lui ai demandé directement : "t'as-tu envie de te suicider" pis que j'ai senti que ça faisait juste comme faire baisser la pression, elle me dit "là j'ai vraiment compris que c'est vrai que c'est pas nuisible. On va pas provoquer un suicide, au contraire", elle dit "ça a été soulageant" pis la personne elle a... profité de ça comme... pour ventiler, se mettre à pleurer pis elle dit "j'avais l'impression avec cette phrase-là de lancer une bouée de sauvetage qui a été ...agrippée" »* (formatrice).

D'autre part, des participants « intervenants » indiquent que la formation leur a permis d'être plus à l'aise et vigilants sur les signes avant-coureurs d'une crise suicidaire dans leurs interventions : *« moi la formation ça m'a mis plus à l'aise de poser la question "as-tu un plan". Juste ça, ça m'a aidé. Pis je suis plus alerté face aux signes : quelqu'un qui dort moins, qui est inquiet, ça m'aide à aller plus loin au niveau de mon questionnement pour cibler s'il y a des risques à ce niveau-là aussi...je suis plus vigilant. »* (participant, « intervenant »). D'autres formatrices mentionnent qu'elles observent, dans le cadre de la formation, que les participants « intervenants » développent des habiletés de dépistage : [Au début], on voit que les gens sont pas encore tout à fait sûrs d'eux autres par rapport à ça [évaluer le risque de suicide] après j'arrivais avec le vidéo plus vers la fin, ben là les gens sont plus solides là. [Ils] sont capables plus de voir les éléments qui manquent pour évaluer le risque suicidaire. » (formatrice).

En somme, les résultats tendent à suggérer que les participants, tant « citoyens » « qu'intervenants », ont amélioré leur sentiment de compétence à « repérer » une personne en détresse ou suicidaire, ces derniers étant toutefois plus à l'aise avant et après la formation. La composante du repérage renvoie à poser la question sur les intentions suicidaires, à repérer les signes physiologiques précurseurs (dort moins) et les étapes du processus suicidaire (un plan, achat de cordes).



SENTIMENT DE COMPÉTENCE À APPORTER DU SOUTIEN

Nous avons demandé aux participants d'indiquer dans quelle mesure ils se sentaient à l'aise d'apporter du soutien à une personne en détresse, avant et après la formation. Les résultats (tableau 10) indiquent que les répondants se sentent plus à l'aise d'apporter du soutien à une personne en détresse ou suicidaire suite à la formation reçue en prévention du suicide et ce, autant pour les « citoyens » que pour les « intervenants ». La contribution de cet item à l'indice « compétence ressentie » est ici encore modeste (4 %), attribuable à un effet plafond, les répondants étant déjà à l'aise d'apporter du soutien à une personne en détresse avant la formation (score élevé en PRÉ). Tout de même, la différence entre les mesures pré et post est statistiquement significative ($p=.01$). Enfin, les « intervenants » se sentent plus à l'aise que les « citoyens » avant (PRÉ) et après (POST) la formation.

Tableau 10 Compétence ressentie (soutien), moyennes des scores pré-post¹, analyse de variance multivariée, statistique éta² de MANOVA, par type de participants

Item	Citoyens N = 82		Intervenants N = 47		Changement ²	Contribution
	PRÉ	POST	PRÉ	POST	PRÉ-POST	PARTIAL ETA SQUARED
Je me sens à l'aise... ...d'apporter du soutien à une personne en détresse	1.90	1.54	1.64	1.26	$p = .01$	.042

¹Échelle de 4 points, 1 = très à l'aise, 4 = vraiment pas à l'aise.
²Analyse de variance à deux facteurs : type de participants (citoyen, intervenant) X temps (PRÉ, POST). Les tests de F réfèrent aux effets principaux (« main effect ») de chaque facteur. Aucune des interactions « type de participants X temps » n'a été significative.

Les données qualitatives tendent à suggérer une amélioration du sentiment de compétence à apporter du soutien :

« Après avoir suivi la formation, je suis beaucoup plus outillé pour venir en aide aux personnes suicidaires. » (participant, « citoyen »).

« Je suis content d'avoir reçu cette formation. Je crois que je vais pouvoir aider quelqu'un qui, je crois, pourrait être en danger ». (participant, « citoyen »).

Des répondants perçoivent que les participants « citoyens » ont effectivement développé des habiletés de soutien suite à la formation reçue : *« je pense que les gens se sentent effectivement plus habilités après la*



formation à aider éventuellement un proche ou un parent » (formatrice) et que des participants « intervenants » ont également amélioré leur capacité d'apporter du soutien dans le cadre du travail : « [une intervenante non professionnelle] ici au CLSC qui a eu affaire [...], quelques jours après la formation, à une personne suicidaire au téléphone [elle] s'est sentie à l'aise d'intervenir pis elle racontait que c'était parce qu'elle venait juste de faire la formation. Elle se sentait plus outillée, plus habilitée pis était contente... d'avoir fait la bonne chose pis avait senti que ça avait été aidant pis supportant [...] » (promoteur). Pour ces répondants, le Programme contribuerait à renforcer le soutien dans la communauté. Ce soutien dont parlent les répondants, semble s'exprimer en quelque sorte par une volonté et une ouverture à aider la personne en détresse.

SENTIMENT DE COMPÉTENCE À RÉFÉRER

Nous avons demandé aux participants d'indiquer, avant et après la formation (tableau 11), dans quelles mesures ils se sentaient à l'aise « de référer une personne suicidaire vers les services appropriés à son état ». Les résultats indiquent que les participants ont amélioré leur sentiment de compétence à référer ($p = .019$). Cependant, la contribution de cet énoncé est minime (2 %) et attribuable à un effet plafond; les participants déclarant se sentir déjà à l'aise de référer avant la formation. Les « intervenants » étant plus à l'aise que les « citoyens » avant et après la formation.

Tableau 11 Compétence ressentie (référence), moyennes des scores pré-post¹, analyse de variance multivariée, statistique éta² de MANOVA, par type de participants

Item	Citoyens N = 93		Intervenants N = 48		Changement ²	Contribution
Je me sens à l'aise...	PRÉ	POST	PRÉ	POST	PRÉ-POST	PARTIAL ETA SQUARED
...de référer une personne suicidaire vers les services appropriés à son état	1.44	1.22	1.31	1.17	$p = .019$	.022

¹Échelle de 4 points, 1 = très à l'aise, 4 = vraiment pas à l'aise.

²Analyse de variance à deux facteurs : type de participants (citoyens, intervenants) X temps (PRÉ, POST). Les tests de F réfèrent aux effets principaux (« main effect ») de chaque facteur. Aucune des interactions « type de participants X temps » n'a été significative.

Par ailleurs, nous avons demandé aux participants d'indiquer, après la formation, leur degré d'accord avec l'énoncé « la formation permet de bien connaître les ressources d'aide dans la région ». Ainsi, 80 % des « citoyens » et 64 % des « intervenants » ont répondu être tout à fait d'accord. Ces résultats indiquent



qu'une proportion supérieure de citoyens, comparativement aux intervenants, perçoivent que la formation a amélioré leurs connaissances des ressources d'aide dans la région⁸⁸.

Par ailleurs, les données qualitatives tendent à suggérer une amélioration des connaissances des ressources : *« mais comme de référer, ça m'a comme rassurée. Je me sens pas encore très à l'aise. C'est en théorie, pas en pratique. Mais, y me semble que si au moins tu connais les ressources, t'es capable de référer, c'est déjà bien »* (participant, « citoyen »).

Selon des répondants, cette compétence à référer semble avoir également été développée chez certains participants « intervenants », non professionnels toutefois : *« Cette personne-là [intervenante non professionnelle qui a agi] a senti qu'elle pouvait être présente à l'individu non pas lui prodiguer des services spécialisés mais juste être présente d'humain à humain, de personne à personne et de tout simplement faire une référence personnalisée si je peux utiliser ce terme-là vers des services appropriés [...] »* (promoteur).

À cet effet, des formateurs disent observer que les participants développent une bonne connaissance des ressources dans le cadre de cette formation : *« Au niveau de la connaissance des ressources, les gens en tous cas nous disent que quand on aborde cette partie-là que c'est clair qu'ils sauraient comment référer. »* (formatrice); et *« [...] je me suis rendue compte que les gens ne connaissaient pas beaucoup le Faubourg, très peu de personnes pouvaient le nommer. »* (formatrice). La compétence ressentie à référer renvoie ici à une amélioration des connaissances sur les ressources d'aide du milieu.

LIMITES RESENTIES PAR LES « CITOYENS » FORMÉS EN PRÉVENTION DU SUICIDE DE LEUR SENTIMENT DE COMPÉTENCE

Nous venons d'apprécier l'effet du *Programme* sur le développement du sentiment de compétence des participants en prévention du suicide et concluons que la formation avait contribué à améliorer modestement le sentiment de compétence des « citoyens » et des « intervenants » à repérer, soutenir et référer une personne en détresse ou suicidaire, de même qu'une évolution favorable, mais modeste, de leurs croyances sur le suicide. À cet effet, les analyses précédentes révélaient une diminution des

⁸⁸ Ces résultats ne veulent pas nécessairement dire que les participants « intervenants » sont en proportion moindre à connaître les ressources d'aide, mais simplement qu'ils sont en proportion moindre à déclarer que la formation permet de bien connaître les ressources d'aide.



appréhensions, des craintes, du sentiment d'impuissance et de l'isolement chez les participants, particulièrement du côté des participants « citoyens ».

Par ailleurs, des participants « citoyens » révèlent certaines limites quant à la portée de leur sentiment de compétence. Il faut dire que dans le cadre du *Programme*, l'expression des besoins et des limites face aux rôles et responsabilités en matière d'assistance d'une personne en détresse ou suicidaire constitue une composante importante du plan de formation des « citoyens », afin d'éviter un surinvestissement qui pourrait accroître le fardeau ressenti, l'épuisement et l'isolement.

L'analyse des résultats montre effectivement que des craintes sont exprimées par des participants lors des sessions de formation « citoyens » : *« bon des fois quelqu'un qui parle mais pas qui est prêt à passer au suicide, c'est une autre affaire, là je me sentirais beaucoup plus à l'aise. Mais quelqu'un vraiment qui est proche de l'action là [passer à l'acte suicidaire], je tournerais peut-être un peu plus en rond. »* (participant, « citoyen ») ; *« vis-à-vis les personnes âgées [...] c'est pas évident de leur demander à eux s'ils ont le goût de mourir [...] pis la façon de le demander. Quand ce sont des jeunes ça va mieux, pis quand ce sont des personnes âgées, elles sont isolées, pis tu arrives tu lui dis est-ce que vous pensez au suicide ? [...] c'est pas évident de leur demander à eux s'ils ont le goût de mourir. »* (participant, « citoyen »). Paradoxalement, ces témoignages peuvent être interprétés comme un résultat rassurant, puisque le *Programme* sensibilise les participants à reconnaître leurs besoins, mais également les limites de leur capacité d'agir auprès d'une personne en détresse ou suicidaire.

Les formateurs se disent conscients que les « citoyens » ne peuvent intervenir dans toutes situations : *« Je pense qu'ils vont avoir une meilleure compréhension de la problématique. Ça veut pas dire qu'ils vont savoir intervenir dans n'importe quel cas parce que comme je vous ai dit aussi, ça dépend de la personne qu'on aide [...]. »* (formatrice). À cet effet, dans le cadre de la formation des « citoyens », les formateurs les sensibilisent à l'effet qu'ils peuvent compter sur des ressources pour les appuyer lorsqu'ils interviennent auprès d'une personne en détresse ou suicidaire : *« [...] au niveau de j'agis mettons.. ce que les gens là.. je reçois c'est que.. ils ont un peu peur [...] de l'impact que ça peut avoir aussi sur eux dans le sens un moment donné ils nous font la demande "oui mais comment est-ce qu'on fait nous autres pour se protéger là-dedans?" Ben c'est ça, il faut leur donner des moyens de mettre leurs limites aussi pis qui sont pas tout seuls [...] Moi je leur dis toujours vous êtes pas tout seul là dedans, quand vous voyez que vous pouvez pu*



aider, il y a d'autre monde alentour, il y a des habiletés, des professionnels, il y a d'autre monde du réseau pour cette personne-là aussi. » (formatrice).

D'autre part, la formation responsabilise les participants « citoyens » en leur indiquant que leur implication peut faire une différence même si ce n'est pas évident d'intervenir auprès d'une personne en détresse ou suicidaire : *« À partir du moment où une personne reçoit une confiance d'un proche qui est en détresse pis qui nomme d'une façon directe ou indirecte une intention de mettre fin à ses jours [...] je crois que la personne reçoit à la fois une responsabilité de soutenir, d'accompagner [...] souvent cette responsabilité-là elle est épeurante et la personne aime mieux faire comme si elle n'avait rien entendu ou ignorer ce propos-là par malaise, par sentiment d'incompétence. Alors j'essaie de transmettre et de démystifier que l'aide apportée à un proche peut... être significative et à la portée de tout le monde. » (formatrice).*

Effectivement, des participants, surtout « citoyens », manifestent de l'appréhension quant à leur capacité d'assumer leurs responsabilités en prévention du suicide : *« ça m'a mis moi des appréhensions après ce cours-là, même [...] je me sentirais comme, ben aie j'ai eu quand même une formation faut que je sache quelque chose, pis chu pas certaine que je vais être à l'aise avec tout le monde. C'est impossible. » (participant, « citoyen »).*

Cette crainte de voir des participants « citoyens » se surinvestir est également exprimée par certains répondants intervenants : *« La limite [du rôle d'une sentinelle] ce que j'aimerais qu'elle évite c'est de prendre sur ses épaules le danger suicidaire [...] tu sais le risque hein avec les personnes suicidaires, d'être l'unique espoir hein [...] il s'accroche à leur dernière bouée de sauvetage pis le risque je pense est là chez les sentinelles. » (répondant, intervenant).*

Cette probabilité de dépasser son rôle est perçue comme importante : *« Le seul risque que je peux voir c'est que si elles pensent qui sont capables de gérer la situation eux autres toutes seules un moment donné, qui réfèrent pas pis qui arrive quelque chose [...] Tu sais je me dis même dans le milieu hospitalier t'as des infirmières qui se prennent pour des médecins pis [...] fait que je me dis dans communauté, ça va être la même affaire hein! Il y a du monde qui vont prendre ça ben, ben à cœur pis ils vont dire qui sont compétents, que leurs connaissances sont à jour. » (répondant, intervenant).*



Cependant, selon des promoteurs, cette probabilité ne doit pas servir de motifs à l'inaction : « [...] il y a toujours un risque à ça mais je pense, j'aime mieux courir le risque que quelques individus s'imaginent pouvoir jouer au docteur, au travailleur social ou au psychologue, que de ne rien faire et d'attendre que les situations perdurent. » (promoteur).

En somme, la formation en prévention du suicide développe le sentiment de compétence des participants « citoyens » à repérer, soutenir et référer. Elle responsabilise les participants « citoyens » à intervenir auprès d'une personne en détresse ou suicidaire. Cependant, la formation pose également les limites de l'action citoyenne en sensibilisant les participants « citoyens » au fait qu'ils ne sont pas seuls à intervenir, qu'ils peuvent être soutenus dans leurs démarches et qu'ils peuvent compter sur d'autres ressources pour venir en aide à la personne en détresse ou suicidaire⁸⁹.

En revanche, les analyses font ressortir que des participants « actifs⁹⁰ » partageaient les mêmes craintes de départ, mais que la mise en pratique de ce qu'ils avaient appris durant la formation les a agréablement rassurés sur leur potentiel à faire face à la problématique du suicide. Compte tenu de ce fait, nous faisons l'hypothèse que les perceptions de participants « citoyens » plus craintifs reflètent davantage une dissonance entre le cognitif (les apprentissages théoriques) et l'affectif (la confiance d'appliquer et de mettre en pratique ce qu'on a appris) reliée à l'inexpérience qu'en fonction d'attentes du rôle perçues irréalistes, comme l'a soulignée Lehoux (date indéterminée).

À cet effet, l'étude de Fortin (2003) portant sur les aidants naturels qui ont suivi la formation « *Tous ensemble pour la vie* » révélait que la formation aurait contribué à poser les limites de l'action des proches ce qui permettrait d'éviter l'épuisement : « *je me pensais assez fort pour aider ; là, je vois une bonne différence dans ma façon de faire... Avant je laissais ma santé* » (aidant naturel, Fortin, 2003). De plus, la formation aurait contribué à réduire le sentiment d'isolement des proches, par une amélioration de la connaissance des services : « *J'étais contente de savoir que la prévention existait. On savait rien et on se sent moins tout seul. On a des numéros de téléphone et on connaît des gens. On sait qu'on peut les appeler pour nous aider [...]* On sait quoi faire, avant on savait pas; on savait pas où se présenter pour

⁸⁹ Effectivement, les promoteurs se sont assurés que les participants « citoyens » soient soutenus. Deux personnes peuvent être rejointes à tout moment par un participant « citoyen ». De plus, les participants reçoivent les coordonnées des ressources du milieu, notamment la ligne du CPS le Faubourg 1-866-APPELLE. Enfin, la formation aborde spécifiquement le respect des limites personnelles au regard d'une action (repérage, soutien, référence) auprès d'une personne suicidaire.

⁹⁰ Par participants « actifs », nous entendons les participants qui ont mis en pratique ce qu'ils ont appris durant la formation.



avoir de l'aide. » (aidant naturel, Fortin, 2003). Ainsi, si certaines craintes peuvent subsister, elles sont en partie contrebalancées par le fait que des participants sont maintenant en mesure de reconnaître leurs limites (ne pas tout prendre sur leurs épaules) et d'aller chercher du soutien offert dans les services.

6.3 Perception des retombées potentielles

Puisque le Programme ciblait l'individu, ses milieux de vie, le système de soins et l'environnement social (normes, valeurs, idéologies dominantes), nous apprécions les retombées éventuelles à ces différents niveaux⁹¹, en y ajoutant une appréciation de l'évolution des suicides. Le fait de parler de retombées potentielles plutôt que d'impact signifie que ce ne sont possiblement pas des retombées exclusivement associées au Programme (ex. : autres actions sur le territoire ou contexte pouvant avoir eu un impact sur la problématique du suicide), alors que notre devis d'évaluation ne permettait pas de mesurer l'impact exclusif du Programme.

SUR L'ENVIRONNEMENT SOCIAL PLUS LARGE (NORMES, VALEURS, IDÉOLOGIES)

Pour ce qui est de la perception des retombées potentielles, certains commentaires tendent à suggérer qu'il y a une amélioration de l'environnement social, que cette amélioration soit perçue en terme de diminution des préjugés et tabous : « *On parle plus ouvertement du suicide, on se sent plus interpellé... ça devient un problème plus communautaire et social qu'un problème indigne et de... stigmatiser [...]* » (formatrice), ou en terme d'amélioration du filet de sécurité : « *Ce que je sens, c'est qui a un filet de sécurité dans la communauté [...] Depuis que... sentinelles est là, qui a une volonté communautaire de contrer ce problème-là, moi je me sens rassurée comme intervenante dans mon travail quotidiennement, je me sens pas toute seule, avant, je me sentais toute seule [...].* » (répondant, intervenant) et « *avant les rencontres de formation, on se sentait tout seul. On avait peur d'en parler. Maintenant qu'on sait que c'est pas seulement nous, ça l'aide beaucoup de monde et pourquoi j'en aiderais pas d'autre.* » (participant, « citoyen »). Ou encore, que ce soit le renforcement du tissu social : « *[...] je sais qui a eu des idées originales de la part de certaines populations comme par exemple à la suite d'un décès dans le village [...] et bien les gens apportent à manger sur le pas de la porte [des membres de la famille en deuil] donc ça a entraîné des initiatives intéressantes... de la part de la population.* » (répondant, intervenant). Bref, des

⁹¹ On comprendra que les retombées du Programme de formation au niveau des individus ont été largement abordées dans le contexte de la mesure du sentiment de compétence en prévention du suicide et de l'évolution des croyances sur le suicide. En conséquence, nous décrivons les retombées du Programme au niveau des autres cibles.



répondants perçoivent que la formation a favorisé des retombées intéressantes au niveau de la communauté, contribuant à réduire leur isolement et à améliorer le filet de sécurité.

SUR LE SYSTÈME SOCIO SANITAIRE

Selon des répondants, des retombées sont observées au niveau de l'organisation et de l'utilisation des services.

D'abord, la formation aurait contribué à améliorer les pratiques et les outils d'intervention : « [...] y a eu de la formation au niveau de... l'équipe psychiatrique [...] pour... sensibiliser à l'importance de la planification du congé et ces équipes ont développé leurs propres outils de planification en tenant compte des différents éléments importants qui avaient été transmis à travers la formation et... effectivement on a pas eu aucun suicide en posthospitalisation au cours de l'année suivante. » (promoteur). La formation aurait également contribué à renforcer la cohésion au sein des équipes de santé mentale en établissement : « [...] au niveau de ce qu'on est comme équipe, il y a plus de complicité, avec la formation ça aide à avoir plus de solidarité, pas seulement au niveau de l'unité mais également à l'extérieur. » (participant, « intervenant »), mais également à les sensibiliser à la problématique du suicide : « Même si c'est du rafraîchissement, ça l'a permis aussi aux intervenants de se sensibiliser plus comme groupe, comme intervenant face à cette problématique-là. » (participant, « intervenant »).

Ensuite, selon les propos de répondants, le Programme aurait probablement eu un impact sur l'augmentation du nombre d'hommes qui vont chercher de l'aide : « On a beaucoup d'hommes déjà dans nos services, ruptures amoureuses, dépendances. Là on en a plus depuis un an ou deux. À Toxico aussi, il y a plus d'hommes qui vont chercher de l'aide depuis un an. Avant c'était davantage les femmes. » (répondant, intervenant). Encore, certains répondants disent observer un changement dans le profil des personnes hospitalisées : « [...] moins d'hospitalisations avec des gens qui ont des idées suicidaires [...] Peut-être que c'est dû à ça [la formation] aussi hein! [...] » (répondant, intervenant).

Un autre élément intéressant est l'augmentation significative du nombre d'appels à la ligne d'intervention téléphonique du Centre de prévention du suicide 1-866-APPELLE sur le territoire de la MRC d'Antoine-



Labelle⁹², phénomène qui ne s'observe pas pour les autres territoires de la région. Ainsi, pour la période 2002-2003 (avant l'implantation) 709 appels provenant de résidents du territoire de la MRC d'Antoine-Labelle ont été reçus à cette ligne téléphonique. Pour la période 2003-2004 (durant l'implantation), le nombre d'appels est passé à 839. Dans la mesure où l'information sur l'existence de cette ligne a été largement diffusée dans le cadre du *Programme*, on peut suggérer que celui-ci a contribué à l'augmentation du nombre d'appels. Par contre, les dernières données du CPS le Faubourg (rapport annuel 2004-2005) révèlent une baisse significative du nombre d'appels. En effet, durant la période 2004-2005, le service téléphonique a reçu 480 appels, soit presque la moitié moins du nombre d'appels reçus en 2003-2004. Nous ne sommes pas en mesure actuellement d'expliquer cette évolution à la baisse du nombre d'appels.

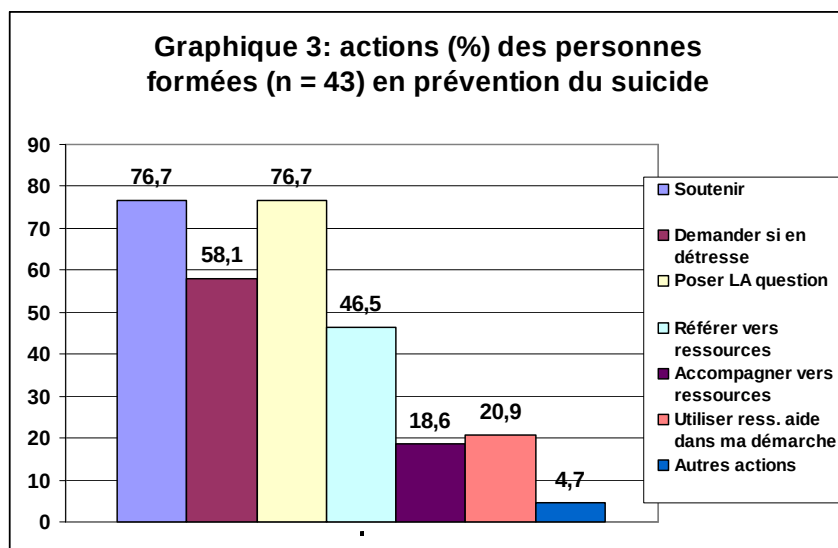
SUR LES MILIEUX DE VIE

Les retombées potentielles au niveau des milieux de vie suggèrent la présence d'un filet de sécurité. En effet, 47 milieux ont été rejoints par la formation. Ce sont des centaines de « citoyens » qui ont reçu une formation leur permettant de développer leur compétence à faire face à la problématique du suicide. À cet effet, lors des activités de suivi, au moins trois mois après la formation, nous avons demandé aux participants « citoyens » et « intervenants » d'indiquer s'ils avaient eu à mettre en pratique ce qu'ils avaient appris durant leur formation. Bien qu'on ne sache si les actions ont été réalisées dans le contexte du travail ou hors travail (particulièrement dans le cas des participants « intervenants »), nous observons que, parmi les 119 répondants au questionnaire de suivi, plus du tiers (36 %) ont répondu dans l'affirmative, soit 43 répondants. Parmi les actions réalisées de ces 43 répondants (graphique 3), 77 % des répondants indiquent avoir « apporté du soutien à une personne ». La même proportion de répondants déclarent avoir « demandé à quelqu'un que je soupçonnais être en crise suicidaire s'il avait des pensées suicidaires ». Par ailleurs, 68 % des répondants ayant indiqué avoir mis en pratique ce qu'ils avaient appris durant la formation ont « posé des questions me permettant d'évaluer si une personne présentait un risque de suicide ». D'autre part, 47 % des répondants « actifs » indiquent avoir « référé une personne suicidaire vers les ressources appropriées à son état » et une proportion moindre de répondants (19 %) disent avoir « accompagné une personne vers les ressources d'aide ». Enfin, 21 % des répondants disent avoir « utilisé

⁹² Fichier des relevés d'appels du CPS le Faubourg, périodes 2002-2003 et 2003-2004. Analyses effectuées par la Direction de santé publique des Laurentides.



les ressources d'aide pour les aider dans leur démarche », alors que 5 % mentionnent avoir réalisé une action « autre » (ex. : retirer l'arme à feu).



Nous aurions aimé comparer le « niveau » de sentiment de compétence entre ceux qui ont mis en pratique ce qu'ils avaient appris durant la formation et ceux qui ne l'avaient pas fait. Malheureusement, les limites méthodologiques ne nous le permettent pas.

SUR LE NOMBRE DE SUICIDES

Sachant que les caractéristiques personnelles (ex. : habitudes et comportements de vie, santé physique et mentale, antécédents) et les déterminants sociaux (ex. : conditions de vie) sont des facteurs associés au suicide, il serait présomptueux d'associer la stabilisation du nombre de suicides observés sur ce territoire avec l'intervention. Aussi, sans établir une relation de cause à effet, les dernières données du Bureau du Coroner sur les décès par suicide sur ce territoire montrent que le nombre de suicide s'est stabilisé (graphique 4).

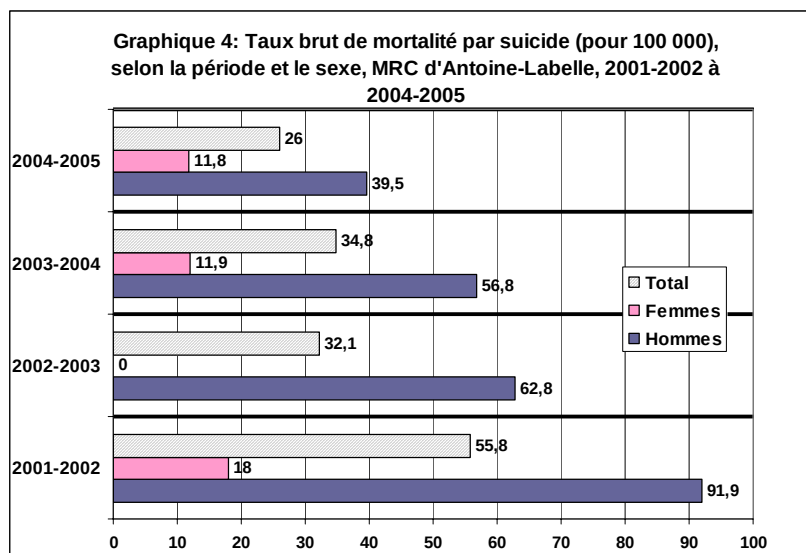
En effet, les données compilées par Larose (2005^{93,94}) montrent que 19 résidents de la MRC d'Antoine-Labelle (16 hommes et 3 femmes) sont décédés par suicide entre le premier mai 2001 et le 30 avril 2002 (55,8 pour 100 000), alors que 11 hommes décédés par suicide ont été recensés pour la période 2002-2003 (32,1 pour 100 000), 12 (10 hommes et 2 femmes) pour la période 2003-2004 (34,8 pour

⁹³ LAROSE, D. (2005).

⁹⁴ Les taux de suicide ont été calculés par la Direction de santé publique des Laurentides.



100 000) et neuf (7 hommes et 2 femmes) pour la période 2004-2005 (26,0 pour 100 000), pour un total de 42 décès. Il faut indiquer que ces données sont présentées à titre indicatif parce qu'elles ne sont pas officielles et doivent donc être interprétées avec prudence, d'autant plus que les périodes couvertes (mai à avril de l'année suivante) ne correspondent pas aux périodes officielles du Bureau du Coroner (janvier à décembre).



Enfin, le Bureau du coroner⁹⁵ indique qu'après avoir enregistré un sommet en 1999, le nombre de suicides au Québec en 2002 s'est stabilisé et s'est rapproché de ce qu'il était en 1997 et 1998, ce qui correspond à ce qui est observé à l'échelle de la MRC d'Antoine-Labelle. Or, même si le territoire avait connu une hausse singulière du nombre de suicides pour la période 2001-2002, la tendance au cours des années subséquentes tend à suivre le même patron que celle qui prévaut pour l'ensemble du Québec. Malheureusement, il nous est impossible d'apprécier l'évolution des suicides pour les périodes 2001 à 2005 à l'échelle des autres régions ou territoires de CSSS du Québec à des fins de comparaison puisque les données officielles ne sont pas disponibles. Malgré tout, la comparaison avec l'ensemble du Québec, bien que les entités soient difficilement comparables, tend à révéler une évolution similaire de l'incidence du suicide, à celle qui prévaut dans la MRC d'Antoine-Labelle.

⁹⁵ Gouvernement du Québec (2004).



Faits saillants

- ✓ La formation contribue à sensibiliser les participants à la problématique du suicide (ex. : diminution des préjugés, mythes et fausses croyances sur le suicide), à promouvoir l'entraide et à réduire l'isolement, contribuant ainsi à renforcer le tissu social;
- ✓ La formation contribue à développer le sentiment de compétence d'une fonction de sentinelles en prévention du suicide, à savoir de se sentir à l'aise d'apporter du soutien à une personne en détresse, de repérer (demander à quelqu'un qu'on soupçonne d'être en crise s'il a des pensées suicidaires, de poser les questions permettant d'évaluer si une personne présente un risque de suicide) et de référer (amélioration de la connaissance des ressources d'aide dans le milieu), contribuant à renforcer le potentiel des « citoyens » à faire face à la problématique du suicide, ainsi que le filet de sécurité;
- ✓ Dans tous les cas, les résultats révèlent que les « intervenants » se sentent plus compétents que les « citoyens » avant et après la formation;
- ✓ Les « intervenants » déclarent avoir été sensibilisés comme groupe. Ils sont plus solidaires dans leurs interventions et indiquent qu'un climat de complicité s'est développé au sein des unités (compréhension commune de la problématique du suicide). Toutefois, les résultats ne permettent pas d'apprécier les changements relatifs à l'attitude et aux comportements des intervenants et gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux concernant spécifiquement l'alliance des « citoyens » avec les services, puisque le volet de formation des « intervenants » portant sur la promotion de l'alliance des « citoyens » avec les services n'en était qu'à ses débuts;
- ✓ Interviennent toutefois des limites perçues chez les « citoyens » quant à leur sentiment de pouvoir intervenir dans toutes situations. Ce résultat peut être interprété positivement dans la mesure où la formation sensibilise les participants à exprimer leurs besoins et limites dans leur capacité à assister une personne en détresse ou suicidaire. D'autre part, les craintes exprimées par des participants « citoyens », seraient contrebalancées par les témoignages positifs exprimés par d'autres participants ayant été agréablement surpris d'être intervenus de façon jugée compétente, malgré certaines craintes de départ. L'hypothèse d'une dissonance entre le cognitif (les connaissances théoriques) et l'affectif (se sentir capable de mettre en pratique ce qui fut appris) venant moduler le sentiment de compétence, pourrait constituer une explication des limites ressenties du sentiment de compétence;
- ✓ Selon les résultats, 43 participants ont mis en pratique ce qu'ils avaient appris durant la formation, notamment, ils ont apporté du soutien, ont évalué le risque suicidaire, ont fait de l'accompagnement, ont utilisé les services dans leur démarche ou ont agi pour sécuriser l'environnement de la personne repérée, contribuant au renforcement du filet de sécurité dans les milieux de vie;



- ✓ L'amélioration de l'environnement social (ouverture de la communauté à parler du suicide, réduction des fausses croyances sur le suicide, mobilisation de la communauté, ouverture à l'aide et l'entraide), l'amélioration du système de soins (amélioration des pratiques et outils d'intervention, augmentation de la demande d'aide des hommes, l'accroissement significatif du nombre d'appels à la ligne d'urgence 1-866-APPELLE) et la stabilisation du nombre de suicides pourraient constituer des retombées pouvant être associées à l'intervention. Les limites méthodologiques ne peuvent cependant permettre d'établir des relations claires avec l'intervention.



7. Facteurs associés au sentiment de compétence en prévention du suicide

Selon notre cadre conceptuel, la formation en prévention du suicide, les caractéristiques personnelles des participants et l'alliance des « citoyens » avec les services constituent les facteurs associés au sentiment de compétence en prévention du suicide.

7.1 Formation en prévention du suicide

Afin d'apprécier l'influence de la formation sur le sentiment de compétence en prévention du suicide, nous appréhendons le déroulement et l'atteinte des objectifs de la formation à partir de la perspective des formateurs eux-mêmes, compte tenu du rôle stratégique qu'ils ont occupé dans la réalisation des activités de formation. Ils constituent donc des informateurs privilégiés. Leur appréciation de la formation sera toutefois triangulée avec d'autres sources d'information (perception des participants, analyses statistiques, etc.) pour vérifier le degré de convergence.

SENSIBILISATION À LA PROBLÉMATIQUE DU SUICIDE

Pour les promoteurs, la sensibilisation occupe une place centrale dans le cadre du développement, chez les citoyens, d'une compétence en prévention du suicide : « ... même si c'était pas le suicide mais de connaître, d'être sensible à la détresse des gens, de connaître certaines barrières à la communication, de changer nos attitudes par rapport à la détresse de certaines personnes même si elle ne va pas conduire nécessairement au suicide mais d'être plus sensible à ça [...] » (conceptrice).

Tout au long de la formation, des exemples sont présentés aux participants leur permettant de prendre conscience de l'ampleur du phénomène : « [...] ça m'a bien gros impressionné au niveau de voir des taux [de suicide] comparativement aux accidents d'automobiles [...] je trouve qui a pas grand chose qui est fait pour le suicide comparativement avec les accidents d'automobile »(formateur) et : « le lien qui a entre la souffrance, la crise pis le désespoir, sert à consolider notre conception du suicide, à savoir que le suicide c'est pas un choix, qu'en arrière de ça, t'as de la souffrance et qui a des besoins, c'est une partie du Programme que je considère comme essentielle. » (formateur). L'idée derrière les activités de sensibilisation est que « ça aide à développer une conception plus juste... du suicide. »(formateur).



L'analyse des données révèle que les « intervenants » retenus pour fins d'analyse statistique⁹⁶ n'ont pas été sensibilisés de la même manière que les « citoyens ». D'abord, le manque de temps (formation d'une durée de trois heures et demie) a eu pour effet de réduire le temps accordé au positionnement des participants « intervenants » à propos de leurs croyances sur le suicide: *« C'est sûr qu'en trois heures et demie nous autres on avait peu de temps dans le volet je me positionne. Ça aurait été intéressant de faire verbaliser les gens [...] sur leurs croyances [...] à quoi ils adhèrent, est-ce que c'est un choix [...] sauf qu'on l'a pas fait. »* (formateur). La formation des « intervenants » a plutôt adopté le mode d'échanges et de réflexions sur la problématique : *« Alors ce que je leur ai dit [aux intervenants professionnels, médecins, psychologues...] on va réfléchir pis on va mettre ensemble nos connaissances [...] tout en passant tous les éléments du contenu quand même mais sans vouloir apprendre là des nouvelles choses aux gens mais vraiment s'interroger, réfléchir sur cette problématique-là [...]. »* (formatrice).

DÉVELOPPEMENT D'HABILETÉS DE REPÉRAGE

Concernant le développement d'une habileté de repérage, les données suggèrent que cette « action de repérage » n'a pas la même intensité selon qu'on est « citoyen » ou « intervenant ». Par exemple, dans le cas de la formation des « citoyens », un formateur mentionne : *« je vais mettre plus d'emphase sur la grille que je trouve plus accessible pis l'histoire des deux gars-là, Michel et Paul avec des situations semblables, un divorce tous les deux [...] L'idée c'est qu'ils [les participants] comprennent en général un peu les différences [...] entre les différents facteurs [...] que deux individus vivant la même situation, peuvent réagir différemment à cause de leur histoire pis de certains facteurs environnementaux. »* (formatrice). On voit bien que cette présentation est de type général : *« [...] je me réfère toujours aux citoyens c'est vraiment d'avoir des notions de base d'évaluation, ce qu'on recherche c'est qui fassent la différence entre une personne qui est au début d'un processus suicidaire [...] et qui ... l'oriente [...] vers... les ressources. »* (formatrice).

En revanche, le volet s'adressant aux « intervenants » est nettement plus centré sur la considération des facteurs de protection lors de l'évaluation d'un « client » à l'aide de vignettes cliniques : *« Par exemple les professionnels, les intervenants, on travaille principalement pour l'intégration des données au niveau des histoires de cas, en insistant beaucoup sur les facteurs de protection, encore plus que les facteurs de*

⁹⁶ Parmi l'ensemble des participants « intervenants », ceux du CLSC qui ont reçu une formation de sept heures ne sont pas considérés dans les analyses statistiques compte tenu des limites méthodologiques (ex. : nombre de questionnaires pré et post non concordants) qui auraient eu pour effet d'induire des biais.



risque non pas parce qu'on considère que les facteurs de risque sont de moins grande importance là [...], à notre avis, [les facteurs de protection sont] moins connus et moins utilisés dans la pratique [...] si on veut rejoindre notre objectif [...] d'aider les gens à trouver leurs propres solutions... ces facteurs de protection-là faut les identifier, faut permettre à la personne... d'encourager en fin de compte à les utiliser. » (formatrice).

Enfin, la considération des particularités des hommes et de la présence d'armes dans l'évaluation de l'urgence suicidaire, constituent des éléments d'apprentissage transmis tant aux « citoyens » qu'aux « intervenants » : *« il y avait aussi beaucoup d'enseignement à leur donner par rapport à ça comme d'intervenir rapidement quand c'est un homme, quand un homme demande de l'aide [...] » (formatrice) : « au niveau de l'évaluation par exemple de l'urgence suicidaire, l'évaluation de l'environnement est-ce qu'il est sécuritaire pour la personne? [...] par rapport aux armes à feu. La majorité des gens ne savaient pas comment intervenir, ne connaissaient pas la Loi par rapport à ça [...] ça été aussi une belle découverte pour les gens [...] en plus on est dans une région de chasseurs [...] les gens ne savaient pas qu'ils pouvaient aller demander l'arme à feu... savaient pas comment le faire. » (formatrice).*

CAPACITÉ DE SOUTIEN

Concernant la thématique du soutien, les formateurs l'abordent à partir du vécu des participants « citoyens » de façon à les sensibiliser à l'importance de la relation d'aide, mais également à leur faire prendre conscience des limites dans notre capacité d'aider une personne en détresse ou suicidaire. Dans ce cas, il faut éviter de tout prendre sur ses épaules et aller chercher d'autres ressources de support : *« Une partie que je trouve importante dans « j'agis » c'est quand on fait l'exercice avec les gens, de leur demander quand, au moment où chacun de nous avons vécu une situation difficile dans notre vie, qu'est-ce qui a été aidant ou qu'est-ce qui aurait pu créer des difficultés à ce qu'on partage, qu'on aille chercher ce soutien-là auprès d'une autre personne? Et les gens d'une façon découvrent par eux-mêmes l'importance de pas faire le « p'tit Joe connaissant. » (conceptrice).*

Dans le cas des participants « intervenants », le soutien est abordé via celui qui est apporté aux proches : *« ...on va essayer de tenter de répondre aussi aux problèmes que rencontrent les intervenants dans leurs démarches de soutien d'aide aux proches que... ces problèmes ne sont pas nécessairement rencontrés chez les citoyens. » (formateur).*



CAPACITÉ DE RÉFÉRENCE

Les données suggèrent une adaptation continue du plan de formation en fonction du rôle de chacun, qu'il soit « citoyen » ou « intervenant ». Pour les « citoyens », c'est d'abord une bonne connaissance des ressources : « *Au niveau de la connaissance des ressources, les gens en tous cas nous disent là quand on aborde cette partie-là que c'est clair qu'ils sauraient comment référer.* » (formatrice). Pour les « intervenants », c'est de savoir intervenir dans un contexte de crise suicidaire : « *Ben avec les intervenants, on va donner peut-être plus de place à l'aspect législatif [...] la garde en établissement, la Loi [...] l'examen psychiatrique, faire soigner la personne contre son gré quand elle présente un danger pour elle-même ou pour les autres...* » (formatrice). On retrouve enfin, certains types de participants se situant un peu entre les deux : « *Par rapport à d'autres... bon, je prends des préposés par exemple, ben là ça ressemblait plus à la population sauf qu'ils ont du vécu eux autres dans le Centre hospitalier alors il y a l'aspect qui sont en Centre hospitalier aussi qui a été rajouté.* » (formatrice).

Ainsi, la formation a été ajustée et adaptée en fonction des rôles, responsabilités, degrés de connaissances et préoccupations des participants : « *[...]je l'adaptais [la formation] aussi dépendamment des gens qui étaient devant moi pis des connaissances qu'ils avaient alors je passais plus ou moins vite sur certains facteurs.* » (formatrice).

APPROCHE PÉDAGOGIQUE

L'approche pédagogique privilégiée dans cette intervention est l'éducation populaire en petits groupes, laquelle est de type participatif et culturellement accessible.⁹⁷ Ce cadre pédagogique favorise la transmission d'un contenu à des clientèles adultes et de ce fait devrait influencer l'acquisition d'une compétence en prévention du suicide et par là, le sentiment de compétence. D'abord, le fait que les groupes soient composés en moyenne de onze personnes « *c'est un élément très aidant, c'est sûr qu'on a du temps pour entendre tout le monde* » (formatrice). Ensuite, le fait que les formateurs adoptent une attitude facilitatrice favorise l'assimilation du contenu : « *[...] c'est sûr que dès que quelqu'un avait envie de faire un témoignage, c'est quelque chose que je favorisais avant d'expliquer la chose je demandais toujours aux gens eux autres ce qu'ils en pensaient [...] avant de donner les principes théoriques là.* » (formatrice). Les exercices pédagogiques ont aussi contribué à créer un climat favorable à l'apprentissage : « *on a fait comme des petites mises en scène quelques petites pièces de théâtre là [...] des choses*

⁹⁷ WALLERSTEIN N, Bernstein E. (1988).



comme ça, ça été beaucoup apprécié.» (formatrice). Enfin, les contraintes de temps ont fait en sorte que les formateurs ont dû s'ajuster pour être en mesure d'aborder les thèmes : J'ai l'impression que des fois j'ai comme pas le temps vraiment de transmettre la différence [entre facteurs prédisposants, précipitants...] Donc, on a ajusté cette partie de contenu pour donner tout simplement des statistiques au niveau des taux de suicide au niveau de la MRC et, pour traiter plutôt du profil des personnes à l'intérieur des facteurs de risque et de protection de la population » (formatrice). Donc, l'approche pédagogique s'est ajustée à la capacité des gens à assimiler le contenu et à la contrainte de temps. Elle a favorisé la participation active et a répondu aux questionnements des participants. L'approche pédagogique privilégiée dans ce Programme de formation peut avoir contribué au développement du sentiment de compétence en prévention du suicide.

NIVEAU DE SATISFACTION

Le degré de satisfaction nous fournit un autre angle de prise de l'appréciation de la formation. Il constitue également, selon nous, un indicateur médiateur du sentiment de compétence. Logiquement, plus une personne se sent compétente après une formation, plus elle a de chances de le signifier lors de ses choix de réponse sur la satisfaction. Or, pour apprécier la satisfaction des participants suite à la formation reçue en prévention du suicide, nous ne retenons que les choix de réponse « Tout à fait d'accord », puisque les autres choix de réponse tendent davantage à exprimer des attentes non comblées. En effet, selon Gauthier (2001), la satisfaction « *résulte de la comparaison entre les attentes préalables du consommateur et la performance perçue du service/produit utilisé. Le consommateur se dira satisfait lorsque la performance est égale ou supérieure à ses attentes et insatisfait lorsque la performance est inférieure à ses attentes*⁹⁸ ». Or, dans une échelle de mesure de type Likert à quatre cotes, seule la cote « tout à fait d'accord » reflèterait, selon l'auteur, la satisfaction du répondant, c'est-à-dire que les éléments de formation ainsi cotés auraient répondu aux attentes des répondants. Les autres cotes (plutôt en accord, plutôt en désaccord, en désaccord), quant à elles, peuvent être jugées plus ou moins problématiques à interpréter, mais tendraient à révéler des attentes non comblées. C'est pourquoi nous apprécions les résultats se rapportant au choix de réponse « tout à fait d'accord ». Il faut indiquer toutefois qu'il s'agit d'une mesure portant sur le degré d'accord avec des énoncés et non une mesure de satisfaction comme telle. Nous avons toutefois décidé de transposer le choix de réponse tout à fait d'accord en une mesure de satisfaction.

⁹⁸ GAUTHIER, B. (2001).



Le tableau 12 qui suit présente les résultats du questionnaire portant sur la satisfaction suite à la formation reçue en prévention du suicide.

Tableau 12 Satisfaction des participants, selon le type, le degré d'accord et l'énoncé (n = 129; 82C et 47I)

Énoncé	Type de participants*	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	En désaccord	Test Kendall
La durée de la formation était suffisante	C	48,8	45,1	4,9	1,2	ρ = .849
	I	52,2	39,1	6,5	2,2	
Le type d'animation était adéquat	C	63,0	35,8	1,2	0,0	ρ = .167
	I	53,3	35,6	8,9	2,2	
Le climat du groupe était favorable à l'échange et aux partages d'expérience	C	74,4	25,6	0,0	0,0	ρ = .144
	I	63,8	27,7	8,5	0,0	
Les informations transmises étaient faciles à comprendre	C	78,0	22,0	0,0	0,0	ρ = .804
	I	76,6	21,3	2,1	0,0	
Le matériel fourni (cahier du participant) me sera utile pour intégrer le contenu abordé	C	76,8	23,2	0,0	0,0	ρ = .501
	I	72,3	23,4	4,3	0,0	
Cette formation a répondu à mes attentes	C	65,0	31,3	3,8	0,0	ρ = .003**
	I	37,8	53,3	6,7	2,2	
* Type de participants : C = « citoyens »; I = « intervenants ».						
** = différence significative avec seuil établi à .05.						

D'abord, nous avons effectué des tests statistiques pour comparer la distribution des choix de réponses entre les « citoyens » et les « intervenants » et avons relevé une différence statistiquement significative au regard de l'énoncé « Cette formation a répondu à mes attentes », alors qu'une proportion supérieure de « citoyens » se déclarent tout à fait d'accord avec l'énoncé. Cette différence suggère que la formation n'a peut-être pas tout à fait répondu aux attentes des participants « intervenants ». Pour les autres énoncés, la distribution des choix de réponses est similaire. Ainsi, la proportion des répondants se disant « tout à fait d'accord » que les informations transmises étaient faciles à comprendre est de 78 % et 77 %



respectivement, viennent ensuite par ordre d'importance, le matériel fourni (cahier du participant) (77 % et 72 %), le climat du groupe (74 % et 63 %), le type d'animation (63 % et 53 %) et la durée de la formation (49 % et 52 %). Enfin, il est à noter qu'une très petite minorité de répondants ont manifesté de l'insatisfaction (c'est-à-dire les choix de réponses « plutôt en désaccord » et « en désaccord » se maintenant en deçà des 10 %). Enfin, il nous est difficile de nous prononcer quant à la signification du choix de réponse « plutôt en accord », son interprétation étant jugée problématique.

Des commentaires de participants « citoyens » tendent à concorder avec certains de ces résultats. Concernant l'information transmise durant la formation, des répondants témoignent à l'effet que le contenu de la formation est culturellement accessible pour les « citoyens » : « *les informations transmises étaient faciles à comprendre* » (participant, « citoyen »); « *Très enrichissant. Accessible à toute la population* » (participant, « citoyen »); et « *Les notions apportées sont claires et bien expliquées* » (participant, « citoyen »).

Concernant le climat au sein du groupe, des commentaires de participants « citoyens » révèlent qu'il était favorable à la participation : « *J'ai bien aimé cette formation. C'était interactif et intéressant. Nous étions un bon groupe.* » (participant, « citoyen »). Le fait que les groupes soient moins nombreux (moyenne de onze participants par session de formation) a favorisé la participation : « *le principal élément [qui favorise la participation] c'est que les groupes ne soient jamais gros, [...] 15 au maximum...* » (formateur).

Concernant le type d'animation, plusieurs répondants « citoyens » ont opiné favorablement : « *Elle est très bonne pour expliquer les choses. Elle est sensible à ce qu'elle fait.* » (participant, « citoyen »); « *Une excellente formation, pas trop technique, applicable, intéressante. L'animatrice est vraiment super. Calme, elle nous met à l'aise.* » (participant, « citoyen »).

L'aspect de la formation qui a été jugé le moins favorablement concerne la durée de la formation. Des commentaires de participants « citoyens » sont à l'effet que la formation aurait pu être plus longue : « *La formation pourrait durer plus longtemps, c'est-à-dire en deux jours. Plus d'échanges, de vécu [...] pour faciliter la compréhension et de discuter.* » (participant, « citoyen »); et « *formation très intéressante, mais trop brève* » (participant, « citoyen »); « *ça aurait pu être plus long pour discuter davantage* » (participant, « citoyen »). Ces témoignages tendent à révéler un intérêt manifeste des participants « citoyens » à



poursuivre le développement de leur compétence en prévention du suicide. Par ailleurs, le fait que des participants manifestent des besoins, suggère qu'ils reconnaissent leurs propres limites, comme en font foi les besoins exprimés ci-après.

COMMENTAIRES DE LA PART DE PARTICIPANTS « CITOYENS » :

- ✓ « J'aurais aimé aller un peu plus loin sur le type d'intervention que nous pouvons faire dans les situations de crise-suicide. »;
- ✓ « J'ai adoré faire des mises en situation. Il serait intéressant d'avoir plus d'exemples de cas concrets. »;
- ✓ « Plus de discussions en petits groupes. »;
- ✓ « Faire que nous soyons plus en action et utiliser du matériel plus visuel. »;
- ✓ « J'aurais aimé avoir un peu plus de techniques me permettant d'intervenir... »;
- ✓ « Avoir plus de temps de partage. »;
- ✓ « Rencontre de personnes qui ont pensé au suicide et ce qui les a motivées à ne pas le faire et ce qu'elles ressentaient pendant leur pensée suicidaire. »;
- ✓ « Prendre plus de cas vécus comme exemple des actions possibles. ».

Par ailleurs, des commentaires de participants « intervenants » suggèrent que la formation puisse être davantage adaptée à leur niveau de compétence. Rappelons toutefois que ceux-ci ont été considérés lors de l'ajustement du plan de formation s'adressant aux intervenants. Ces commentaires concernent donc le plan de formation des « intervenants » dans ses débuts.

COMMENTAIRES DE LA PART DE PARTICIPANTS « INTERVENANTS » :

- ✓ « La formation était très intéressante, mais très peu pratique. Beaucoup de temps passé sur des éléments que l'on connaissait déjà. »;
- ✓ « Approfondir un peu plus la matière ou l'offrir seulement à une population qui n'a aucune connaissance sur cette problématique. »;



- ✓ « Beaucoup d'emphasis sur la reconnaissance du risque suicidaire, mais on ne nous donne pas beaucoup de « nouveaux outils » pour mieux aider le client à franchir et « guérir » de cette phase suicidaire : comment désamorcer la crise et éviter un dénouement tragique dans le contexte de pénurie de services que nous connaissons. ».

Les premières sessions de formation ont quand même contribué à améliorer la connaissance de la problématique chez des participants « intervenants » : « ce fût une excellente formation pour me remémorer la théorie et me tenir à jour des dernières statistiques concernant cette problématique dans notre région. J'ai apprécié revoir les phases du processus afin de mieux évaluer l'urgence de la crise. » (participant, « intervenant »); et « La formation m'a permis de me rafraîchir la mémoire au sujet du suicide et [le contenu] était en accord avec ce que j'avais déjà appris, mais ne m'a pas permis d'aller plus loin. » (participant, « intervenant »).

Cette amélioration de la connaissance de la problématique est également relevée dans les analyses quantitatives. En effet, les résultats du questionnaire sur la satisfaction indiquent que 77 % des « citoyens » et 60 % des « intervenants » se déclarent tout à fait d'accord avec l'énoncé « Cette formation m'a permis de mieux connaître l'ampleur du problème du suicide. » Une proportion similaire de répondants ont opiné dans le même sens au regard des énoncés « Cette formation a poussé ma réflexion sur le suicide. » (« citoyens » = 73 %; « intervenants » = 62 %) et « La formation permet de comprendre le processus suicidaire. » (« citoyens » = 68 %; « intervenants » = 76 %). ». Ces résultats semblent suggérer que les « citoyens » sont en proportion plus nombreux que les « intervenants », à dire que la formation a amélioré leurs connaissances et réflexions sur le suicide. En revanche, une proportion supérieure « d'intervenants », comparativement aux « citoyens », auraient amélioré leur compréhension du processus suicidaire; processus probablement moins assimilé par les « citoyens ».

7.2 Caractéristiques personnelles

Le cadre conceptuel soulignait l'influence des caractéristiques personnelles sur le sentiment de compétence en prévention du suicide. Nous retenons deux indicateurs, soit le fait d'avoir déjà reçu de la formation antérieurement et le fait d'appartenir à la catégorie « citoyens » ou « intervenants ». Dans le premier cas, on peut croire que ceux qui ont déjà reçu de la formation en prévention du suicide risquent d'être moins influencés par cette formation que ceux qui n'en ont jamais reçue. D'autre part, le fait d'être



« citoyen » ou « intervenant » devrait influencer le sentiment de compétence en prévention du suicide, compte tenu de l'expérience différentielle entre ces deux types de participants. Les « citoyens » devraient en principe être moins confiants au regard de leur compétence d'intervenir en prévention du suicide comparativement aux « intervenants ».

FORMATION ANTÉRIEURE EN PRÉVENTION DU SUICIDE

Concernant le fait d'avoir déjà reçu de la formation en prévention du suicide antérieurement à cette formation, les résultats à la question « *Avez-vous déjà reçu de la formation en prévention du suicide avant de participer à cette session de formation?* » indiquent qu'une forte majorité de « citoyens » (82 %) et une proportion moindre « d'intervenants » (60 %) répondent dans l'affirmative. Il faut indiquer que les répondants, surtout « citoyens », peuvent avoir confondu des activités d'information, de sensibilisation réalisées sur ce territoire en prévention du suicide avec une formation comme telle. Quoi qu'il en soit, les changements modestes au regard des « croyances » et de la « compétence ressentie », attribuables en partie à un effet plafond, peuvent concorder avec une population qui, dans l'ensemble, a déjà été sensibilisée et informée via d'autres médiums (voir annexe 7 pour les activités en prévention et en actions face au suicide réalisées sur ce territoire depuis 2001). Dans le cas des « intervenants », le fait qu'on retrouve une proportion moindre « d'intervenants » ayant reçu une formation antérieure ne doit pas nous faire oublier que l'expérience acquise comme intervenant puisse moduler le sentiment de compétence.

TYPES DE PARTICIPANTS

Nous indiquions que le fait d'être « citoyens » ou « intervenants » influençait le sentiment de compétence en prévention du suicide. Ceux qui ont moins d'expérience dans le domaine seraient moins confiants que ceux qui sont expérimentés, surtout dans le contexte d'une formation brève d'au plus sept heures. À cet effet, les résultats indiquaient que les « intervenants » se ressentent davantage compétents que les « citoyens » avant et après la formation, malgré une formation réduite à trois heures et demie. On a donc ici un indice à l'effet que les « citoyens » se ressentent moins compétents que les « intervenants ». S'ajoutent les commentaires de participants « citoyens » qui manifestaient des craintes à l'idée d'intervenir dans toutes situations, commentaires qui ne sont pas ressortis des analyses concernant les « intervenants ». La dissonance entre le cognitif et l'affectif, surtout le fait de participants « citoyens », constitue une hypothèse explicative à explorer.



Malheureusement, compte tenu du fait que les groupes ne sont pas complètement homogènes, et qu'il s'agit de mesures de groupes et non individuelles, il nous est impossible d'apprécier plus avant l'influence des caractéristiques individuelles des participants sur le sentiment de compétence en prévention du suicide.

7.3 Alliance avec les services

Le cadre conceptuel mettait en relief l'influence de l'alliance des « citoyens » formés avec les services sur le sentiment de compétence en prévention du suicide. En effet, selon nous, l'alliance des « citoyens » formés avec les services est influencée par le niveau de reconnaissance, par les intervenants, des compétences, rôles et responsabilités du réseau de soutien au regard de l'assistance à une personne en détresse ou suicidaire, et par là, de la considération de ses besoins et du respect de ses limites, qu'il soit un proche, un bénévole, un collègue de travail, un intervenant intersectoriel, etc.. Également, la reconnaissance du potentiel de la personne aidée à participer à la conduite de son parcours thérapeutique fait partie des conditions favorables à l'alliance des « citoyens » formés avec les services. Dans le cadre de cette évaluation toutefois, nous nous centrons essentiellement sur trois composantes reliées à l'assistance d'une personne en détresse ou suicidaire et qui concernent le repérage, le soutien et la référence, soit les composantes d'une compétence de base de type sentinelles en prévention du suicide.

Or, en ce qui concerne l'alliance des « citoyens » formés avec les services, nous n'avions pas prévu développer de « mesures » de l'évolution de cette reconnaissance par les participants « intervenants » (objectif qui ne s'est actualisé qu'à mi-parcours), mais nous avons plutôt fait le choix d'interviewer des gestionnaires et intervenants de première, de deuxième ligne et communautaires sur leur perception du potentiel des participants « citoyens » formés à faire face à la problématique du suicide, nonobstant le fait que ces répondants aient reçu ou non la formation. En fait, nous leur demandions à quoi ils s'attendaient comme compétence de base de type sentinelles en prévention du suicide chez les « citoyens », ayant reçu la formation. L'analyse du discours de ces répondants nous fournit une bonne indication de leur positionnement par rapport à l'alliance potentielle des « citoyens » avec les services.

Nous verrons que les positionnements sont différents selon les répondants, sans pour autant être dichotomiques. Cela étant dit, on observe que les discours des uns correspondent en quelque sorte à un



modèle de promotion de la santé mentale⁹⁹, par des stratégies de renforcement du tissu social (développer le sentiment d'appartenance, valorisation de l'entraide, réduction de l'isolement). D'autres répondants adoptent un discours qui correspond davantage à un modèle de prévention du suicide, où les participants « citoyens » ont du potentiel pour développer des habiletés de repérage, de soutien et de référence.

REPÉRER OU DÉPISTER

Selon des répondants intervenants et gestionnaires, les « citoyens » formés peuvent être des alliés dans la mesure où la formation leur permet de repérer les signes laissant croire qu'une personne est suicidaire : *« [...] je sais que la personne formée sentinelles a les outils là, en tout cas minimalement ... de l'information pour intervenir, et pis évaluer un risque suicidaire [...] une crise suicidaire. »* (répondant, intervenant).

D'autres répondants indiquent que les « citoyens » formés pourraient être des alliés s'ils sont en mesure, suite à la formation, de faire du dépistage systématique : *« Je pense qu'on attend de la part des sentinelles de savoir reconnaître les facteurs de risque [...] et les facteurs de protection et de déterminer l'urgence suicidaire [...] c'est-à-dire d'avoir compris toutes les grilles, il y a plusieurs grilles qui sont présentées dans la formation [...] d'avoir vraiment en tête ces grilles pour vraiment [...] d'abord déterminer s'il y a une urgence suicidaire et si vraiment la personne doit aller voir le médecin ou à l'urgence [...] ou au contraire, si les aidants naturels peuvent faire quelque chose. »* (répondant, intervenant).

En somme, des répondants tendent à suggérer que le repérage effectué par un « citoyen » formé puisse leur être utile pour évaluer la situation de la personne, dans la mesure où il connaît minimalement les outils permettant de repérer chez une personne, une crise suicidaire, alors que d'autres jugent que l'utilisation de grilles d'évaluation systématiques dans le cadre d'une action de dépistage constituerait la compétence recherchée d'une sentinelle en prévention du suicide. Dans ce dernier cas, on est davantage dans une perspective de prévention secondaire. L'alliance avec les intervenants repose sur la reconnaissance du potentiel des « citoyens » à bien évaluer l'état de situation de la personne. Cette compétence à évaluer l'état de la personne peut être minimale (repérer), mais elle peut aller jusqu'à s'apparenter à une compétence professionnelle (dépister).

⁹⁹ MSSS (1992).



SOUTENIR

Plusieurs répondants indiquent que le « citoyen » formé a déjà des aptitudes en relation d'aide : « *Les qualités de la sentinelle? [...] les sentinelles sont des gens qui sont connues par les habitants, ça [...] sont des gens qui ont de l'entregent, qui ont un leadership naturel, qui ont un certain charisme, qui sont bons, bonnes personnes tu sais... [...] entreprenants, c'est ça [...] ils ont fait du bien dans leur... village vous voyez? Et bien elles pourraient augmenter les facteurs de protection en augmentant ses relations interpersonnelles qui manquent* » (répondant, intervenant). C'est pourquoi d'ailleurs, ils se seraient inscrits à la formation puisque, selon l'un des promoteurs : « *[ils] sont plus sensibilisés à ces problèmes-là pis plus dynamisés pour faire quelque chose.* » (promoteur).

Ces qualités interpersonnelles pourraient favoriser le soutien offert aux plus vulnérables : « *Et bien [...] pour les gens qui sont seuls, y a pas grand chose... pour se rencontrer, faire des choses constructives, qui coûtent pas cher, etc. Alors je me dis que ces sentinelles-là pourraient inventer des choses comme ça [...]. un réseau affectif, un réseau... d'appartenance.* » (répondant, intervenant).

Plusieurs répondants abondent dans ce sens : « *nous les intervenants, on peut former beaucoup de monde, le plus de gens possible, pas pour faire nos jobs mais qui vont peut être diminuer l'isolement des personnes quel que soit le milieu de vie dans lequel elles sont et que bon oui mon voisin peut être avec moi dans une période difficile et m'accompagner et ne pas me lâcher.* » (promoteur).

Le renforcement du tissu social constitue, pour des répondants intervenants et gestionnaires en santé, ce qui est recherché comme finalité en matière de prévention du suicide : « *Alors je me dis que le but final dans plusieurs années serait justement qui ait tellement de... un réseau interrelationnel beaucoup plus grand qui ferait que ne viendraient à l'hôpital que des gens qui ont vraiment une maladie, des problèmes de dépression majeure et que tout ce qui est trouble d'adaptation, on devrait quasiment pas les voir parce qu'ils auraient des supports dans la communauté.* » (répondant, intervenant).

En somme, l'amélioration de l'aide et de l'entraide par les « citoyens » formés contribuerait à renforcer le tissu social et par le fait même, favoriserait la réduction de l'isolement et par là, la détresse chez les gens vulnérables. Le soutien, tel qu'il est exprimé dans le discours des répondants, réfère davantage à une stratégie de promotion de la santé autour de la création d'environnements sociaux favorables. Cette



composante de la compétence en prévention du suicide est la seule qui fait consensus chez tous les répondants intervenants et gestionnaires.

RÉFÉRER

La référence est perçue différemment selon les répondants. Nous retrouvons ceux qui sont d'avis que le « citoyen » formé peut promouvoir la recherche d'aide : « *Je comprends qu'au début, les personnes vont dire ben va à l'hôpital, va consulter, c'est déjà bien, c'est déjà mieux que de ne rien faire aussi [...].* » (répondant, intervenant). D'autres répondants perçoivent que le « citoyen » formé peut suggérer une ressource, voire accompagner la personne : « *[...] lui suggérer des ressources qui peuvent l'aider et l'accompagner auprès de ces ressources-là principalement c'est ça l'idée [...].* » (promoteur). D'autres enfin perçoivent que le « citoyen » formé est en mesure de transiger avec les ressources lors d'une référence : « *Qu'elle [la sentinelle] appelle, pis qu'elle amène à l'hôpital, pis au CLSC, pis appelle au centre André Boudreau. Je m'attends que cette personne-là fasse le lien entre le suicidaire pis les ressources.* » (répondant, intervenant).

Également, des répondants jugent que le « citoyen » formé devrait être plus détaché de la situation que ne le serait un proche par exemple lors de l'accompagnement vers les services : « *Pis qu'elle [la sentinelle] me décrive des faits [...] Fait que je m'attends que ce soit pas émotif là par exemple contrairement à d'autres personnes qui vont être plus près, qui vont être de l'entourage, quand y vont appeler, y vont avoir beaucoup d'émotivité, mais c'est une personne qui est formée sentinelles, cette personne-là, elle ...elle va me décrire des faits, bon voilà...y'a pris des médicaments, y'a eu des tentatives de suicide, dans le passé, la famille est inquiète [...] Ça je m'attends à ça.* » (répondant, intervenant).

En revanche, certains répondants se questionnent sur la compétence de « citoyens » formés à référer une personne suicidaire vers les services, compte tenu du niveau de formation reçue : « *[intervieweur: est-ce que ça peut être un allié pour vous ou ça vous nuit une sentinelle?] Alors c'est les deux [...] C'est que oui la sentinelle va amener la personne mais la sentinelle n'a pas forcément de formation clinique [...].* » (répondant, intervenant). Or, compte tenu des limites de sa compétence, son action pourrait s'avérer contre-productive à la fois pour les services, mais également pour le « citoyen » formé : « *[la sentinelle réfère un suicidaire à l'hôpital] ça c'est un problème parce que si on hospitalise... un trouble de personnalité limite chaque fois qui fait une menace suicidaire ben là [...] il pourrait y avoir des conflits j'imagine avec les*



sentinelles qui elles, croyant bien faire, amènent la personne à l'hôpital, on dit non, des menaces suicidaires on hospitalise pas pour des menaces [...]et on renvoie la personne et la personne fait une tentative suicidaire... provocation et là, à ce moment là, la sentinelle peut être... dépassée même peut se sentir.. squeezée [...]. » (répondant, intervenant).

Ces répondants vont jusqu'à souhaiter que le « citoyen » formé reçoive une forme de sanction de sa compétence, afin de le considérer lorsqu'il y a accompagnement vers les ressources : *« moi je vais compter sur une personne comme ça, ses informations [...] des indices qui me permettent de dire bon ben je peux les écouter [...] Est-ce qu'on peut vérifier si elle est bien sentinelle? [...] Si c'est sanctionné [...] pas par un examen mais au fond qu'on puisse dire [...] la personne est capable. Donc ce qu'elle va vous dire c'est quand même... jugé, c'est sensé. »* (répondant, intervenant). Ce dernier discours tend à suggérer qu'en l'absence d'une formation sanctionnée, le citoyen « ordinaire » qui accompagne un proche en détresse ou suicidaire vers les services n'est peut-être pas en mesure de fournir des informations pertinentes aux intervenants : *« [...] mais si c'est pour écouter pendant trois quarts d'heure quelqu'un même si elle a le titre de sentinelles et qui visiblement nous raconte des trucs inintéressants. La prochaine fois je vais pas perdre mon temps. »* (répondant, intervenant).

Le discours des répondants intervenants et gestionnaires en santé portant sur la reconnaissance de la compétence et du potentiel des « citoyens » formés à faire face à la problématique du suicide pourrait être extrapolé à l'ensemble des citoyens. En effet, pour certains d'entre eux, le fait d'être trop émotif face à une situation difficile avec la personne aidée, ne permettrait pas au « citoyen » de faire la part des choses entre les sentiments qui l'habitent et les faits réels lorsqu'il porte assistance à une personne en détresse ou lorsqu'il échange des informations avec un intervenant. La formation tendrait à combler certaines de ces lacunes perçues chez les citoyens « ordinaires ».

Bref, les résultats de l'analyse du discours des répondants intervenants et gestionnaires en santé sur la compétence des « citoyens » formés en prévention du suicide révèlent que la formation devrait en quelque sorte combler des lacunes observées au sein de la population en général. D'abord, le « citoyen » formé serait plus détaché que ne l'est l'entourage face à une personne suicidaire. Ensuite, l'information que la sentinelle fournit à l'intervenant serait plus pertinente que celle pouvant être amenée par un citoyen « ordinaire ». Par ailleurs, le « citoyen » formé devrait être capable minimalement d'évaluer l'urgence



suicidaire, mais ne devrait pas être en mesure d'avoir compris toutes les grilles d'évaluation, au sens du dépistage systématique, puisqu'il n'a pas reçu de formation clinique. Cependant, il peut promouvoir la recherche d'aide, suggérer des ressources, voire y accompagner la personne et ce, jusqu'à la transaction avec les intervenants.

D'autre part, le « citoyen » formé posséderait des aptitudes en relation d'aide, ce qui en ferait une personne capable de renforcer le tissu social et de prévenir le suicide en amont de la crise suicidaire. En revanche, certains répondants intervenants et gestionnaires sont plutôt d'avis que le dépistage clinique est une habileté essentielle pour être en mesure de référer la personne en détresse ou suicidaire vers les services appropriés à son état. En conséquence, on peut comprendre que si un « citoyen » formé transige avec un intervenant qui ne le perçoit pas crédible au départ (particulièrement au regard du dépistage et de la référence), un sentiment d'incompétence (reflétée par l'intervenant) risque de prendre le pas sur son sentiment de compétence.

EXPÉRIENCES VÉCUES AVEC LES SERVICES

Notre cadre conceptuel indiquait enfin que le sentiment de compétence pouvait également être influencé par l'expérience vécue avec les services, dans le contexte de l'accessibilité à des ressources ou services lorsqu'un « citoyen » formé intervient en prévention du suicide, soit lors de l'accompagnement d'une personne jugée suicidaire, soit lors d'une référence vers les services appropriés à son état. L'expérience vécue positivement ou de façon plus mitigée, devrait moduler le sentiment de compétence des « citoyens » formés en prévention du suicide.

À cet effet, des formatrices mentionnent avoir observé des écueils en matière d'accueil et de prise en charge des personnes « repérées » et des personnes qui les accompagnaient, ce qui pourrait affecter la motivation des « citoyens » formés à intervenir : *« Ma crainte à moi là-dedans c'est est-ce que... ces gens-là vont être accueillis à l'urgence à l'hôpital? Parce que j'ai eu... des commentaires d'histoires qui m'ont dérangée un peu dans le sens que l'on supporte quelqu'un pendant plusieurs jours, on vient à bout de le convaincre d'aller à l'urgence pis on l'accompagne pendant les 3-4 heures d'attente à l'urgence pis là... la personne qui accompagne est exclue de la visite avec le médecin, pis là elle sort 5-10 minutes après, est retournée à elle-même, est retournée chez elle tu sais. Je me dis bon ben est-ce que... des expériences comme ça qui sont partagées est-ce que c'est pas plus démobilisant, est-ce que ça vient pas saboter un*



petit peu tout le travail qu'on fait? » (formatrice). On le voit, selon l'expérience vécue avec les services, le « citoyen » formé peut se sentir rejeté par les intervenants. Cette situation peut en arriver à démotiver les personnes formées, voire à les démobiliser. Bien que cette situation puisse mener à l'auto-affirmation, elle peut certainement influencer sur le sentiment de compétence.

Face à la possibilité que la personne formée ne soit pas considérée lors de l'accueil à l'urgence par exemple, des répondants invoquent la possibilité de se prévaloir de l'article 11 de la Loi sur la santé et les services sociaux¹⁰⁰ : *« C'est prévu même aussi dans la Loi des services sociaux ...toute personne a le droit d'être accompagnée à son entrevue d'accueil [...] Si le client nous dit, je veux que cette personne-là soit là, que ça soit un membre de la famille, un intervenant du [...] centre local de l'emploi... a peut venir avec son accompagnateur-là. »* (répondant, intervenant).

Enfin, des formatrices s'interrogent sur la formation à venir, notamment au niveau des milieux de vie des jeunes, justement par crainte que la formation ne reçoive pas d'écho de la part des services: *« Au niveau de j'agis, on va sûrement rencontrer des difficultés. [...] ça va être au niveau des adolescents parce que l'arrimage des services est encore plus problématique au niveau des jeunes. Par exemple y a pas de lieu d'hospitalisation, y a moins de liens entre la pédopsychiatrie, le CLSC, les écoles je pense que, au niveau de l'organisation de nos services, les déficiences sont encore plus grandes qu'au niveau de l'arrimage des adultes. Comment développer le volet, c'est beau que les profs, par exemple, dépistent mais faut s'assurer qu'il y ait des liens de collaboration. »* (formatrice). L'expérience avec les services constitue, pour des répondants, un enjeu de l'alliance des « citoyens » formés avec les services. En somme, plusieurs facteurs reliés à l'expérience vécue des « citoyens » formés avec les services (notamment l'accueil et l'accès) influenceraient leur sentiment de compétence en prévention du suicide.

¹⁰⁰ L'article 11 de la Loi sur la santé et les services sociaux stipule que « Tout usager a le droit d'être accompagné et assisté d'une personne de son choix lorsqu'il désire obtenir des informations ou entreprendre une démarche relativement à un service dispensé par un établissement ou pour le compte de celui-ci, ou pour tout professionnel qui exerce sa profession dans un centre exploité par un établissement. »



Faits saillants :

- ✓ La formation semble influencer le sentiment de compétence chez les « citoyens », grâce à un contenu qui sensibilise à la problématique du suicide, qui développe des habiletés de base relatives au repérage et au soutien des personnes suicidaires et qui améliore la connaissance des services et qui permet aux « citoyens » de respecter leurs besoins et limites dans l'assistance auprès d'une personne en détresse ou suicidaire. La formation se caractérise par une adaptation aux besoins, rôles et préoccupations soulevées par les participants. Son approche, participative, dynamique et culturellement accessible, favorise la transmission et l'acquisition du contenu, ce qui semble satisfaire les participants. La durée de la formation est un élément jugé de façon plus mitigée par les répondants « citoyens ». Enfin, les répondants « intervenants » sont en proportion moins nombreux que les répondants « citoyens » à déclarer que la formation a répondu à leurs attentes. Il faut dire que la formation des « intervenants » n'en était qu'à ses débuts au moment de l'évaluation et que des ajustements ont été apportés depuis pour mieux répondre à leurs particularités (rôles, responsabilités, préoccupations);
- ✓ Malgré des limites méthodologiques, les caractéristiques personnelles influenceraient le sentiment de compétence selon qu'on soit « citoyens » ou « intervenants ». L'expérience différentielle dans le domaine de l'intervention auprès des personnes suicidaires expliquerait cette différence;
- ✓ Les discours d'intervenants et gestionnaires en santé à propos de l'alliance potentielle des « citoyens » formés avec les services varient d'un répondant à l'autre. Certains croient que le renforcement du potentiel des individus et de la collectivité à faire face à la problématique du suicide repose sur le renforcement du tissu social par des stratégies de promotion de la santé mentale (promotion de l'aide et de l'entraide notamment). D'autres perçoivent que les « citoyens » peuvent développer des habiletés de repérage, favorables au renforcement du filet de sécurité, par des stratégies de prévention du suicide. Ceux-là croient que les « citoyens » formés peuvent contribuer à repérer et référer les personnes suicidaires à partir d'une formation de base. Le « citoyen » formé peut être un allié pour l'intervenant puisqu'il lui fournit une information basée sur des faits, donc affranchie d'émotivité. Cette habileté est utile au travail de dépistage des intervenants. Ce « citoyen » formé peut même transiger avec les services. En revanche, il y a ceux qui craignent de voir des « citoyens » formés faire du dépistage, en l'absence d'une formation sanctionnée (ex. : formation clinique permettant d'utiliser les grilles de dépistage systématique) et pouvant éventuellement nuire à la fois aux services (ex. : référence au mauvais endroit) et aux « citoyens » formés (ex. : fardeau ressenti). Enfin, l'élément de discours qui fait consensus porte sur la capacité des « citoyens » à soutenir leurs concitoyens. En fait, la valorisation de l'aide et de l'entraide peut certainement favoriser la prévention du suicide, par le renforcement des facteurs de protection. En somme, ces



discours différenciés sur la compétence perçue des « citoyens » formés pourraient influencer leur sentiment de compétence;

- ✓ Les craintes exprimées par des participants « citoyens », concernant le respect de leurs limites personnelles face à l'éventualité d'intervenir dans toutes situations, sont ressorties des analyses. Toutefois, les participants « citoyens » qui ont mis en pratique ce qu'ils ont appris durant la formation se sont sentis soulagés d'avoir pu surmonter leur crainte et de pouvoir aider une personne en détresse. Compte tenu de ce constat, nous faisons l'hypothèse que la crainte exprimée par des participants « citoyens » sans expérience découlerait d'une dissonance entre le cognitif (les connaissances théoriques) et l'affectif (se sentir capable de mettre en pratique ce qui a été appris).



8. Discussion

Nous abordons l'avant dernière partie du rapport d'évaluation où nous discutons de certains aspects méthodologiques afin d'apprécier la validité et les limites de nos résultats. Puis, nous discutons des facteurs qui influencent le sentiment de compétence des participants « citoyens » en prévention du suicide. Enfin, nous discutons des enjeux et défis relatifs à la stratégie d'intervention, à la pérennisation du Programme, ainsi qu'aux conditions de transfert dans d'autres contextes.

8.1 Validité et limites des résultats

Selon Selltiz (1977), « [...] l'évaluation des résultats de toute mesure est de définir ce qui sera considéré comme appartenant aux différences réelles de la caractéristique mesurée et ce qui sera considéré comme des variations attribuables à l'erreur de mesure.¹⁰¹ » (p.164). Dans ce volet de l'évaluation qui porte sur l'effet, les résultats indiquent que les « citoyens » et les « intervenants » ont sensiblement amélioré leur sentiment de compétence en prévention du suicide suite à la formation reçue, les « intervenants » ayant un meilleur sentiment de compétence avant et après la formation. Les gains de la formation sont toutefois modestes et attribuables à un effet plafond. De plus, les résultats n'indiquent aucune différence « d'évolution » entre ces deux types de participants. Les données qualitatives sont venues confirmer les analyses statistiques à l'effet que les témoignages allaient dans le sens d'une amélioration des croyances, du sentiment de compétence à repérer, soutenir et référer une personne en détresse ou suicidaire vers les services appropriés. Cette amélioration s'inscrit dans le respect des limites ressenties chez des participants « citoyens » quant à la portée du sentiment de compétence à intervenir dans toutes situations. Ce qui est concordant avec l'un des objectifs du Programme portant sur la reconnaissance de ses besoins et le respect de ses limites au regard de la compétence et du potentiel des citoyens à faire face à la problématique du suicide. Or, la question qui se pose est de savoir si nous avons bien « mesuré » le sentiment de compétence en prévention du suicide. De plus, si c'est le cas, quels sont les biais qui pourraient relativiser, voir invalider ces résultats?

MESURES DU SENTIMENT DE COMPÉTENCE EN PRÉVENTION DU SUICIDE

Dans le cadre de cette évaluation, nous avons développé deux indices visant à apprécier le sentiment de compétence en prévention du suicide. Le premier comportait huit items sur les croyances sur le suicide et

¹⁰¹ SELLTIZ, Claire & als (1977).



l'autre comportait quatre items sur le sentiment d'être à l'aise d'intervenir en prévention du suicide. Ces indices obtiennent une consistance interne acceptable¹⁰² (indice « croyances sur le suicide » : alpha de Cronbach = .60; indice « compétence ressentie en prévention du suicide » : alpha de Cronbach = .82), nous permettant de croire que les items qui constituent les indices appartiennent au même construit conceptuel. On peut dès lors dire que nous avons un indice « croyances sur le suicide » et un indice « compétence ressentie en prévention du suicide ». Toutefois, selon nous, il est fort probable que nos mesures ne reflètent que partiellement le concept de compétence ressentie en prévention du suicide.

D'abord, concernant la compétence elle-même, Marcoux (1999) en révélait toute la complexité puisque ce concept comporte à la fois des aspects cognitifs (connaissances), pratiques (habiletés), instinctifs (liés aux caractéristiques des individus) et normatifs (reconnaissance par la sanction et validation sociales). Dans le cadre de cette formation brève, d'au plus sept heures, nous avons fait le choix de limiter nos outils de mesure. Ainsi, nous n'avons retenu que certaines croyances sur le suicide, lesquelles semblent les plus prégnantes dans le contexte culturel québécois. Or, il existe de multiples croyances qui viennent moduler la représentation de la problématique du suicide au sein de la population. Tout de même, nous estimons que les croyances que nous avons mesurées sont assez représentatives des préjugés et mythes véhiculés à propos du suicide dans la société québécoise.

Au regard des items de la compétence ressentie, nous n'avons retenu que des généralités (soutenir, poser la question, référer) se rapportant au sentiment d'être à l'aise d'intervenir en prévention du suicide. Or, pour « mesurer » le développement d'une compétence en prévention du suicide, nous aurions pu utiliser des méthodes d'évaluation plus systématiques comme les tests et simulations par exemple, pour « mesurer » la compétence des participants à évaluer le degré d'urgence suicidaire chez un cas fictif, ou encore, voir si les participants sont en mesure de bien diriger la personne vers les services appropriés selon l'évaluation qui est faite de sa situation, etc.. Cependant, les contraintes de temps et de ressources ont influencé nos choix de mesure qui, de toute évidence, ne reflètent qu'en partie la complexité de l'univers d'une compétence en prévention du suicide. D'autant plus que le consensus entre experts sur ce qui constitue une compétence de base de type sentinelles en prévention du suicide, particulièrement la distinction entre dépistage et repérage, Filion (2004) n'est pas encore fait, ce qui rend son appréciation encore plus problématique.

¹⁰² CHONG H. Y.



Par ailleurs, puisque nous voulions mesurer le « sentiment » de compétence en prévention du suicide et non les habiletés elles-mêmes, nous aurions dû pouvoir « mesurer » ces sentiments (ex. : anxieux, compréhensif, intéressé, impuissant) qui habitent les participants concernant l'éventualité d'avoir à intervenir en prévention du suicide. À cet effet, Beauchamp et Mireault (2001) font l'hypothèse que la formation « *aura un effet sur l'intensité des sentiments présents* » et en ce sens « *les intervenants ont besoin de préciser et de normaliser leurs propres réactions avant de pouvoir être disponibles pour aider les autres* ». Bien que nous partagions ce point de vue à l'effet que la volonté d'agir est influencée par le sentiment de s'en sentir capable, nous n'avions malheureusement pas accès à cet instrument au moment de l'évaluation. Nos mesures quantitatives ne permettent donc pas une appréciation systématique des sentiments qui animent les participants avant et après la formation concernant l'éventualité d'intervenir en prévention du suicide. En revanche, les données qualitatives sont très riches en information sur les sentiments (notamment les dimensions relatives aux limites ressenties en prévention du suicide) et nous ont permis d'apprécier, de façon générale toutefois, les sentiments qui habitent les participants au terme de la formation uniquement. Enfin, nous rappelons que nous n'avons pas développé de mesures visant à apprécier les autres apprentissages, notamment chez les participants « intervenants » (ressourcement et renouvellement des pratiques d'intervention). Cependant, les données qualitatives nous en donnent un certain aperçu.

RÉPONSES AUX ITEMS

En plus des problèmes de mesure, des erreurs peuvent être attribuées au manque de clarté des instruments eux-mêmes. Par exemple, concernant l'indice « croyances sur le suicide », nous avons attribué une valeur positive au choix de réponse « en désaccord » envers les items de cet indice, puisque ce choix devait refléter la bonne réponse, donc un gain de la formation. Or, un répondant peut avoir coché « tout à fait d'accord » concernant par exemple l'item « les hommes ne demandent pas d'aide ». Or, même si la formation sensibilise les participants à l'effet que les hommes demandent de l'aide, mais de façon moins évidente que ne le font les femmes par exemple, le choix de réponse « tout à fait d'accord que les hommes ne demandent pas d'aide » pourrait quand même constituer une bonne réponse. Tout dépend de l'interprétation qu'en fait le répondant. Effectivement, les hommes ont de la difficulté à demander de l'aide, ce qui ne veut pas dire qu'ils n'en demandent pas. Dans ce cas-ci, il serait faux de croire que le répondant n'a pas amélioré ses croyances sur le suicide sur la seule base du choix de réponses. D'autres items de l'indice « croyances sur le suicide » peuvent aussi avoir été interprétés de façon équivoque. Il s'agit donc



d'une limite de l'outil de mesure lui-même. Nous croyons toutefois que la probabilité d'interpréter de façon équivoque les autres items de l'indice « croyance » est minime.

Un autre élément d'importance à considérer est l'influence de la désirabilité sociale. Il se peut que des répondants aient voulu donner la « bonne » réponse pour donner une bonne image d'eux-mêmes. Il se peut également que les répondants aient pu mémoriser leurs réponses données en PRÉ et aient ainsi répété en POST les mêmes choix de réponse. On parle alors de choix de réponse systématiques qui n'ont rien à voir avec l'intervention. Pour y remédier, nous aurions pu développer un questionnaire POST différent du PRÉ. Cependant, cet exercice est ardu et compliqué au plan méthodologique (ex. : niveau de correspondance des items en PRÉ-POST), sans compter le temps qui doit être consacré à la validation des instruments.

Par ailleurs, nous devons considérer l'effet Hawthorne à savoir que « [...] *les résultats positifs ou négatifs, qui ne sont pas dus aux facteurs expérimentaux, mais à l'effet psychologique que la conscience de participer à une recherche et d'être l'objet d'une attention spéciale exerce sur le sujet ou sur le groupe expérimental*¹⁰³. » Cependant, le fait que les répondants aient obtenu des scores très élevés avant la formation, tend à minimiser l'influence de la désirabilité sociale et de l'effet Hawthorne sur les résultats obtenus.

MESURE DE GROUPE

Puisque les analyses statistiques portent sur des groupes et non des individus, il nous est impossible d'appréhender le développement du sentiment de compétence à l'échelle des individus.

INTERVENTION NON STANDARDISÉE

Comme l'intervention a été adaptée et ajustée tout au long de l'expérimentation¹⁰⁴, il y a une limite relative à associer les résultats à une intervention qui n'est pas standardisée au départ.

¹⁰³ DESMARAIS, M. (2005).

¹⁰⁴ En fait, l'adaptation du Programme aux caractéristiques et besoins des groupes de participants et du contexte d'implantation sont une caractéristique « permanente » du Programme.



MESURES PRÉ-POST SANS GROUPE TÉMOIN

Notre devis d'étude ne comportait pas de groupe témoin. L'absence de groupe témoin empêche de contrôler le passage du temps, de telle sorte qu'une amélioration peut être associée à un autre facteur concomitant à l'intervention (ex. : campagnes médiatiques en prévention du suicide).

CARACTÉRISTIQUES DES RÉPONDANTS

Les analyses statistiques n'ont retenu que seize groupes de formation sur un potentiel de 33 groupes valides. Qui plus est, ce qui distingue les premiers est à l'effet qu'ils ont tous répondu aux questionnaires PRÉ et POST, ce que n'ont pas fait systématiquement les autres groupes. Il se peut donc que les répondants retenus ne soient pas représentatifs de l'ensemble des participants à la formation. Effectivement, l'échantillon de répondants retenus pour les fins d'analyses statistiques diffère de l'échantillon total sur deux caractéristiques soit le type de participants (on retrouve significativement plus de participants « citoyens » dans le sous-échantillon retenu) et le secteur de résidence (on retrouve significativement plus de répondants du secteur de La Lièvre dans le sous-échantillon retenu). Enfin, parmi les participants « intervenants », ceux qui travaillent en CLSC n'ont pu être intégrés aux analyses statistiques. D'autant plus, qu'ils avaient reçu une formation de sept heures et que leur profession diffère sensiblement de celles occupées par les autres participants « intervenants » provenant du secteur hospitalier. En revanche, nous n'avons pas observé de différences significatives concernant le sexe, l'âge, le fait de participer à titre personnel ou sur proposition de l'employeur et enfin sur le fait d'avoir déjà reçu de la formation en prévention du suicide. Ces quelques différences au niveau des caractéristiques des participants peuvent induire des biais de représentativité. Enfin, compte tenu des limites méthodologiques précitées, nous ne sommes pas en mesure d'estimer la comparabilité sur d'autres caractéristiques des répondants, notamment l'occupation.

VALIDITÉ DE L'APPROCHE QUALITATIVE

En recherche qualitative, la validation des résultats aborde les biais analytiques (plutôt que statistiques) pouvant relativiser, voir invalider nos conclusions et qui renvoient, entre autres, à trois composantes soit la représentativité, les effets produits par les caractéristiques du chercheur et la triangulation⁸⁰. Dans le cas de la représentativité, on peut se demander si nous avons rejoint toutes les personnes représentatives de l'univers à l'étude ou si, finalement, le choix des informateurs comportait des biais de sélection (ex. : n'interviewer que des personnes favorables à l'approche). Comme le choix des informateurs a été



déterminé par le chercheur et les promoteurs, des biais de sélection ont pu se produire. Par exemple, nous aurions pu chercher à interviewer des répondants du territoire qui se dissociaient du *Programme* pour apprécier leur point de vue. En revanche, nous croyons avoir une bonne représentativité des acteurs et secteurs pertinents du milieu, notamment des intervenants et gestionnaires en première et deuxième ligne, des répondants des organismes communautaires pertinents, des participants et des promoteurs du *Programme*. Parmi ces répondants, certains endossent une vision moins favorable envers le *Programme*.

Quant aux effets produits par le chercheur, il est probable que celui-ci a induit un biais favorable aux résultats du *Programme* puisque qu'il a été impliqué durant tout le processus et a donc été investi émotionnellement. Par exemple, il se peut qu'il ait minimisé les aspects plus mitigés du *Programme* dans ses analyses. La méthode interjuge aurait permis de contrôler en partie le biais du chercheur. Mais, on n'a eu ni le temps ni les ressources pour le faire. On a quand même contrôlé un ensemble de biais en triangulant des sources différentes d'information visant à vérifier leurs convergences. De plus, le rapport d'évaluation a été soumis à la critique d'experts dans le domaine. Enfin, les résultats ont été confrontés à la littérature scientifique pour voir s'ils étaient corroborés dans d'autres études.

Bref, malgré les limites de cette évaluation, tant aux plans quantitatif que qualitatif, les résultats qui s'en dégagent nous permettent de croire que le *Programme*, tel que dispensé, favorise le développement, chez des participants « citoyens », du sentiment d'une compétence de base en prévention du suicide de type sentinelles, ainsi qu'une amélioration des croyances sur le suicide. Ce développement est toutefois modulé par l'intensité de la formation elle-même, les caractéristiques des participants et le contexte dans lequel cette compétence est actualisée.

8.2 Facteurs associés au sentiment de compétence

Le cadre conceptuel mettait en relief l'influence de la formation, des caractéristiques personnelles des participants et des facteurs reliés à l'alliance des « citoyens » formés avec les services, sur le sentiment de compétence en prévention du suicide.

On a vu que le contenu de la formation, sa durée et son approche pouvaient influencer le sentiment de compétence des participants « citoyens » en prévention du suicide. Les résultats indiquaient que la formation avait été jugée satisfaisante, mais que, dans le cas particulier des participants « citoyens », nous



observations qu'ils manifestaient de la crainte d'intervenir dans certaines situations. Nous indiquions que ces manifestations étaient rassurantes dans la mesure où la formation porte une attention à la reconnaissance, par les participants, de leurs besoins et du respect de leurs limites. Nous tentions également d'interpréter les limites ressenties chez des participants « citoyens » et en arrivions à proposer l'hypothèse d'une dissonance entre le cognitif et l'affectif pour expliquer les craintes exprimées, puisque ces derniers n'avaient pas eu l'opportunité de mettre en pratique ce qu'ils avaient appris durant la formation. Effectivement, des participants « citoyens » ayant mis en pratique ce qu'ils avaient appris étaient étonnés d'avoir pu surmonter leurs craintes et de porter assistance à une personne en détresse. Or, selon la théorie de Lindeman sur l'apprentissage des adultes¹⁰⁵, « *...l'expérience est le plus grand facteur d'apprentissage des adultes [...].* » Il nous apparaît donc inévitable de voir se manifester chez des participants « citoyens », qui n'ont pas mis en pratique ce qu'ils avaient appris, un sentiment de crainte de ne pouvoir être à la hauteur du rôle perçu, suite à la formation reçue. D'autant plus que « *le mode d'apprentissage des adultes est centré sur la réalité, c'est pourquoi la formation doit être conçue autour de situations réelles [...]*¹⁰⁵ ». Enfin, Lehoux mentionne que « *l'intégration des connaissances [...] contribue au sentiment de compétence [...] et qu'une compétence s'acquiert et s'exerce toujours à travers une action. Pour ce faire, il faut des défis juste assez difficiles mais réalisables pour augmenter votre confiance en vos capacités.* »¹⁰⁶. Cette littérature scientifique, portant sur le lien entre apprentissage et sentiment de compétence, tend à jouer en faveur de notre hypothèse. Autrement dit, le développement du sentiment de compétence se produit davantage dans les expériences concrètes, qu'à travers la théorie.

Les recherches futures dans le domaine de la formation d'adultes en prévention du suicide auraient avantage à mieux appréhender le lien entre le développement du sentiment de compétence et le contexte de la formation.

Compte tenu des limites méthodologiques, il nous était impossible d'apprécier systématiquement l'influence des caractéristiques personnelles sur le sentiment de compétence en prévention du suicide. Nous avons toutefois observé que l'ensemble des participants, « citoyens », comme « intervenants » avaient déjà un sentiment de compétence élevé avant la formation, les « intervenants » ayant un sentiment de compétence sensiblement plus élevé avant et après la formation. Nous suggérons que l'expérience

¹⁰⁵ Lindeman, E. (1926) *The Meaning of Adult Education*, cité dans: <http://lotoformation.free.fr/ressources/apprentissage/andragogie.htm>

¹⁰⁶ LEHOUX, F. (n.d. : texte consulté sur le site Web, avril 2005).



différentielle en matière d'intervention en prévention du suicide puisse expliquer les différences. Cependant, puisqu'elles sont très modestes, nous suggérons que les citoyens du territoire à l'étude aient été très sensibilisés comme en faisaient foi les activités réalisées sur ce territoire au cours des dernières années (annexe 7).

Par ailleurs, l'analyse des motivations des participants « citoyens » à suivre cette formation révélait que bon nombre d'entre eux se sont effectivement inscrits pour des raisons personnelles, la plupart du temps reliées à un vécu personnel, familial ou dans leur milieu de vie. Interpellés par la problématique du suicide, les participants « citoyens » qui sont bénévoles, parents, amis, collègues de travail d'une personne suicidaire sont probablement plus sensibilisés et habilités à faire face à la problématique du suicide, ce qui expliquerait leur score élevé en PRÉ. Autrement dit, les différences modestes de scores entre « citoyens » et « intervenants » pourraient s'expliquer par le fait que ces formations vont d'abord rejoindre les plus sensibilisés et interpellés par la problématique du suicide, comme ce fut le cas dans cette intervention et dans d'autres expérimentations, St-Hilaire (2002).

Ainsi, selon nous, les caractéristiques personnelles des participants « citoyens » et « intervenants », concernant notamment l'expérience acquise et le fait d'avoir déjà été sensibilisés, viennent certainement moduler le sentiment de compétence. Cette relation, entre sentiment de compétence et caractéristiques personnelles, pourrait certainement être étudiée plus avant, surtout dans le cadre de programmes de formation de type sentinelles qui voudraient recruter des participants sur la base de critères d'admissibilité spécifiques. La question pourrait porter sur les caractéristiques personnelles que doivent posséder les participants pour être en mesure de jouer un rôle de sentinelles en prévention du suicide. Dans notre évaluation, le fait d'être une personne vulnérable à la problématique du suicide ou le proche d'une personne en détresse ou suicidaire ne constituent pas des caractéristiques personnelles susceptibles d'affecter la capacité des participants à suivre une formation en prévention du suicide. Plutôt, en faisant le choix d'adopter des conditions d'inclusion, le *Programme* s'est assuré de rejoindre le plus de « citoyens » possible. Ce choix est basé sur des principes qui guident l'action à savoir la reconnaissance de la compétence et du potentiel des citoyens à faire face à la problématique du suicide et du principe de solidarité et de responsabilité. À cet effet, Raymond (2004) questionne la place que les intervenants accordent aux personnes qui ont vécu un épisode suicidaire et aux membres du réseau de soutien « *De quoi avons-nous peur et pourquoi?* » L'auteure suggère que les personnes endeuillées ou suicidaires « ont



beaucoup à nous apprendre. [qu'il faut] les impliquer dans nos discussions sans les marginaliser [et qu'il faut] les entendre et les croire [et] éviter de toujours mettre en doute leur état émotif ». D'ailleurs, l'étude récente de Mishara et al. (2005) suggère que des projets d'aide aux hommes suicidaires par l'intermédiaire de leurs proches auraient des retombées intéressantes tant auprès des hommes suicidaires (ex. : moins de tentatives de suicide) que de leurs proches (ex. : moins de détresse psychologique). C'est donc dans cet esprit que les promoteurs interviennent dans la perspective du renforcement du potentiel des individus et de la société à faire face à la problématique du suicide et pas uniquement sur le développement d'un rôle de type sentinelles en prévention du suicide.

L'alliance des « citoyens » formés avec les services, dans la perspective de la reconnaissance de leur potentiel, constitue un facteur qui influence le sentiment de compétence à repérer, soutenir et référer. On constate, à l'instar de la *Stratégie québécoise* (1998) que, pour certains intervenants et gestionnaires en santé, le dépistage et la référence sont deux compétences d'experts, difficilement accessibles à des citoyens qui n'ont pas de formation clinique. Pourtant, la littérature scientifique révèle que l'implication du réseau de soutien auprès d'une personne en détresse ou suicidaire est très importante, jusqu'à l'épuisement ou la maladie dans certains cas. Pourtant, on pourrait réduire ce fardeau si le réseau de soutien était bien informé, soutenu et reconnu comme partenaire dans le suivi du plan de traitement notamment. En somme, certains intervenants perçoivent que le « citoyen » formé peut être un allié s'il s'entend au repérage et au relais avec l'intervenant. D'autres intervenants sont plutôt d'avis que le citoyen formé a plutôt le rôle de renforcer les facteurs de protection, notamment le tissu social, laissant aux experts le soin de dépister et de référer. Le positionnement des intervenants au regard du potentiel des « citoyens » formés à faire face à la problématique du suicide, notamment en matière de repérage et de référence peut certainement influencer le sentiment de compétence. Étant donné que nous n'avons pas interviewé d'autres catégories d'intervenants (particulièrement ceux qui travaillent en CLSC), il aurait été intéressant de comparer leurs discours avec ceux qui ont été rejoints (intervenants et gestionnaires en CH) pour voir s'ils adoptent les mêmes positions quant au potentiel des « citoyens » formés à faire face à la problématique du suicide, puisque la littérature scientifique révèle des différences dans les valeurs embrassées, selon les catégories d'intervenants, en CH (vision biomédicale), en CLSC (vision biopsychosociale) et ceux (notamment les groupes communautaires) qui adhèrent aux approches alternatives (vision d'*empowerment*). Enfin, le seul élément qui fait consensus est à l'effet que la formation puisse renforcer les facteurs de protection, particulièrement le tissu social.



Enfin, l'expérience vécue avec les services, notamment au regard de l'accueil et de l'accès, peut faire en sorte que le « citoyen » formé en vienne à prendre confiance en ses moyens, ou, au contraire, à se sentir incompetent face à des intervenants qui, par exemple, ne le considèrent pas lors de l'accompagnement d'une personne vers les services. La littérature scientifique a longuement abordé les problèmes d'alliance avec le « client » et son réseau de soutien. Les résultats suggèrent que des discours en ce sens perdurent et qu'il faut faire des efforts accrus pour changer les mentalités. Puisqu'au moment de l'évaluation, la formation des « intervenants » commençait à se structurer autour de la promotion de l'alliance avec le réseau de soutien du « client », les résultats s'y rapportant étaient peu concluants. Les derniers échanges (mai 2005), avec les promoteurs, suggèrent qu'il y ait une amélioration de la collaboration entre les différents services, suggérant une forme de reconnaissance du rôle et des responsabilités de « l'autre intervenant ». De plus, les « clients » et leur proches manifesteraient moins d'insatisfaction au regard de l'expérience avec les services (accueil, accès, prise en charge et suivi), alors que la formation ne serait pas étrangère à ces changements. Nous croyons que l'appréciation de l'alliance des personnes formées en prévention du suicide avec les services constitue un axe de recherche à développer dans le cadre de l'implantation de réseaux de sentinelles, notamment au regard des changements de pratiques, mais également en ce qui a trait à l'articulation et la coordination des services entre eux.

8.3 Enjeux et défis

L'évaluation du *Programme* soulève un ensemble d'enjeux et de défis qu'il nous faut considérer au regard de la stratégie d'intervention privilégiée, de la pérennisation du *Programme*, mais aussi pour considérer les conditions de transfert dans d'autres milieux. Dans cette partie, nous abordons les enjeux et défis relatifs à la compétence des « citoyens » formés en prévention du suicide. De plus, nous abordons ceux qui concernent les groupes à risque ou vulnérables à rejoindre, l'alliance des « citoyens » formés avec les services, le soutien et le suivi des « citoyens » suite à la formation reçue. Nous abordons enfin les enjeux et défis concernant la formation des formateurs, le financement du *Programme* et enfin les questions méthodologiques relatives à la mesure du sentiment de compétence en prévention du suicide.

COMPÉTENCE D'UN « CITOYEN » FORMÉ EN PRÉVENTION DU SUICIDE

Nous avons relevé des perceptions différentes, selon les répondants, sur certaines composantes d'une compétence de type sentinelles en prévention du suicide. À cet effet, un inventaire que nous avons réalisé



sur les expérimentations de programmes de type sentinelles à travers le Québec¹⁰⁷ confirme le fait qu'il puisse exister une confusion sur les composantes du rôle attendu des personnes formées en prévention du suicide. Le repérage concerne-t-il l'utilisation systématique de grilles d'évaluation ou plutôt s'agit-il de repérer des signes, messages et comportements laissant croire qu'une personne est en crise suicidaire? Le soutien aussi est une notion pouvant porter à confusion. Le soutien peut être ponctuel (ex. : écoute, réconfort), mais le soutien peut prendre des proportions importantes (ex. : contrôler et calmer la personne, la soutenir dans l'organisation de sa vie quotidienne, s'assurer de sa sécurité, aider la personne dans ses relations sociales, etc.). D'autre part, la notion de référence peut être considérée de façon minimale (ex. : diriger la personne vers la ressource appropriée, soit une ligne téléphonique ou une ressource du milieu), mais elle peut aller jusqu'à l'accompagnement, la mobilisation et la transaction avec les ressources. L'inventaire des programmes « sentinelles » au Québec a effectivement mis en relief le manque de clarté quant à l'étendue et la portée de ses composantes du rôle attendu d'une personne formée en prévention du suicide. La clarification des dimensions d'une compétence de type sentinelles en prévention du suicide constitue un défi pour l'avenir de ce type de stratégies d'intervention, mais aussi un enjeu au regard de l'alliance des « citoyens » avec les services. Selon l'éventualité d'une reconnaissance ou non du potentiel des « citoyens » à repérer et référer, des participants « citoyens » peuvent en arriver à se sentir incompetents face à ce qui est perçu comme attendu d'une personne formée en prévention du suicide. Des travaux visant à bien préciser les contours d'une composante de repérage et de référence notamment, ainsi que des questions relatives à sa pertinence (ex. : efficacité, faisabilité) devraient faire partie des réflexions entourant le développement de programmes de formation de type sentinelles en prévention du suicide et ce, même s'ils adoptent la perspective globale de « *Tous ensemble pour la vie* », qui vise à rendre la formation accessible à tous.

REJOINDRE LES GROUPES À RISQUE OU VULNÉRABLES

Plusieurs études ont démontré qu'il est difficile de rejoindre certains groupes à risque ou vulnérables, notamment les hommes. Effectivement, dans le cadre de ce projet, une minorité d'hommes (20 %) ont été rejoints par la formation. De plus, aucun milieu spécifique d'hommes n'a été rejoint (ex. : milieux de travail à forte concentration masculine), alors que la *Stratégie québécoise* suggère de développer des interventions visant à cibler les personnes difficiles à rejoindre ou qui ne vont pas vers les services, notamment les hommes.

¹⁰⁷ FILION, Gilbert (2004).



Nous avons vu, à cet effet, que la formation a rejoint des personnes qui sont aux prises avec la problématique du suicide soit à titre personnel, soit dans leur entourage immédiat (ex. : famille), soit dans le cadre de leurs activités quotidiennes (ex. : bénévoles, intervenants). Nous avons également indiqué que les milieux rejoints (groupes communautaires, services gouvernementaux : travail, justice, sécurité publique, santé) transigeaient avec des groupes vulnérables (ex. : chômeurs, clientèle en santé mentale, familles démunies, toxicomanes, etc.). Il est fort probable de retrouver des hommes vulnérables dans ces milieux. Par ailleurs, au moment de rédiger ce rapport, les promoteurs développaient des stratégies pour percer les milieux de travail à forte concentration masculine. La littérature scientifique à ce sujet montre que la pénétration des milieux de travail constitue un réel défi pour les intervenants de santé publique¹⁰⁸. Le vrai défi consiste à surmonter les impératifs de production et à justifier des investissements corporatifs pour la libération des travailleurs voulant assister à des activités de sensibilisation, de promotion et de prévention. Le contexte actuel en milieu de travail (accroissement des demandes d'indemnisation pour des problèmes de santé mentale) est « malheureusement » favorable à la promotion du *Programme* dans ces milieux.

ALLIANCE AVEC LES SERVICES

L'alliance des « citoyens » formés avec les services, dans la perspective de la reconnaissance de leur potentiel à faire face à la problématique du suicide comporte, selon nous, le même défi que celui de la reconnaissance du potentiel des citoyens au sens large à repérer et référer notamment. Pourtant, Séguin (2005) suggère que les comportements suicidaires soient généralement bien déterminés et repérés par la population. Nos résultats tendent à aller également dans ce sens, notamment par les effets plafond observés au niveau des résultats des scores en PRÉ (croyances sur le suicide et sentiment de compétence). Or, les résultats indiquent que la problématique du suicide est encore perçue comme le lot d'experts par certains répondants intervenants et gestionnaires en santé. Par ailleurs, au-delà des compétences, l'émotivité s'avère un critère permettant de situer les limites de la compétence du citoyen formé à s'allier avec l'intervenant dans le contexte spécifique de l'évaluation de l'urgence suicidaire. Une étude sur le rapport entre l'émotivité et la capacité d'assister une personne en détresse ou suicidaire devrait être réalisée pour éclairer l'influence de ce sentiment sur la compétence ressentie des personnes formées à intervenir.

¹⁰⁸ BILODEAU, Angèle & als. (2002).



Par ailleurs, l'expérience avec les services pourrait influencer le sentiment de compétence. Si des participants « citoyens » éprouvent, par exemple, des problèmes d'accueil lors d'un accompagnement (ex. : pas considéré par l'intervenant à l'accueil) ou encore que les services sont mal coordonnés entre eux (ex. : problèmes de prise en charge et de suivi dans le milieu), ces situations risquent de démotiver le « citoyen » accompagnateur. Sur cette question, une étude portant sur les difficultés d'intervention des proches dans la prise en charge des personnes confrontées à la problématique du suicide sur le territoire de la MRC d'Antoine-Labelle, Fortin (2003) mettait en relief les lacunes du système de prise en charge, de suivi et d'alliance avec les proches (traitement hospitalier insuffisant, ne pas se sentir considéré par l'équipe hospitalière, ne pas être suffisamment informé de la situation de la personne aidée, ne pas être sollicité dans le traitement ambulatoire, ne pas se sentir considéré dans le plan d'intervention). En somme, l'alliance des « citoyens » formés avec les services, dans la perspective de la reconnaissance de leur potentiel, constitue un facteur qui vient certainement moduler le sentiment de compétence chez les « citoyens » formés. Le manque de reconnaissance constitue un enjeu de l'efficacité du *Programme*, puisqu'il peut en arriver à miner les efforts des promoteurs (favoriser l'alliance entre le réseau de soutien, le « client » et les services) et demeure un défi à surmonter, tel qu'indiqué dans l'évaluation de l'implantation de la *Stratégie québécoise*²⁷.

SOUTIEN ET SUIVI DES PERSONNES FORMÉES

Malgré les limites méthodologiques se rapportant aux caractéristiques des participants, les résultats indiquaient qu'ils se divisaient en deux types, selon le type et la durée de la formation reçue, ou selon qu'ils étaient catégorisés comme « citoyens » ou « intervenants ». Nous indiquions également que les motivations à participer à cette formation étaient à l'effet que la grande majorité des participants « citoyens » étaient confrontés à la problématique du suicide soit personnellement, dans leur famille, dans leur milieu ou dans leurs activités (ex. : bénévolat). Il est également ressorti des analyses que les participants « citoyens » et « intervenants » manifestaient de l'intérêt pour des activités de suivi de formation. Qu'il s'agisse des besoins des « citoyens » de mettre davantage en pratique leurs connaissances théoriques par des exercices pratiques ou que ce soit les aspects plus cliniques reliés, par exemple, à l'utilisation de nouveaux outils, par les « intervenants », pour être en mesure de mieux intervenir auprès d'un « client » suicidaire, les résultats suggèrent des besoins de suivi tant des participants « citoyens » que des participants « intervenants ». Le suivi est une dimension de la pérennisation du



Programme qu'il faut entretenir pour répondre aux besoins des participants afin qu'ils puissent maintenir, voire développer leur compétence en prévention du suicide.

Par ailleurs, dans le cas spécifique des participants « citoyens », certaines craintes exprimées légitiment le développement de mécanismes de soutien des « citoyens » formés. Dans le cadre du *Programme*, le soutien des participants « citoyens » s'est actualisé par la présence de deux animateurs lors des sessions de formation, les coordonnées de deux intervenants rattachés aux missions CH et CLSC fournies aux participants, l'identification de ressources d'aide du milieu et accessibles en tout temps (ligne 1-866-APPELLE du CPS le Faubourg). Ce soutien est important et doit faire partie de toute programmation de formation de type sentinelles en prévention du suicide.

En somme, le défi consiste à assurer de façon permanente les mécanismes de soutien et de suivi, sans quoi les « citoyens » formés pourraient être affectés lors d'une intervention s'ils sont laissés à eux-mêmes ou s'ils ne sont pas en mesure de maintenir, à tout le moins, leur compétence en prévention du suicide.

FORMATION DES FORMATEURS

Compte tenu de l'ampleur et de la diversité des thèmes couverts dans le cadre du *Programme*, le formateur doit maîtriser beaucoup de contenu, soit avoir une bonne connaissance de la problématique du suicide, une bonne connaissance de l'articulation et de la coordination des services de crise-suicide à l'échelle locale et régionale, une bonne connaissance clinique et une bonne maîtrise des techniques et approches d'animation, sans compter l'adhésion aux valeurs promues par le *Programme* et le fait que le formateur doive être représentatif (ou du moins accepté) des groupes à qui il s'adresse (ex. : un formateur médecin qui s'adresse à des médecins). Or, nos résultats indiquent que la formation des formateurs n'était pas basée sur des critères spécifiques, mais relative au niveau de compétence perçue, tant des promoteurs que des formateurs eux-mêmes. Cette façon de procéder a été efficace sur ce territoire. Cependant, ce territoire a des particularités (gens très sensibilisés à la problématique du suicide) qui font en sorte qu'il a été plutôt facile de recruter des animateurs polyvalents et compétents, ce qui n'est pas nécessairement le cas dans d'autres territoires. Le défi consiste à identifier et recruter des formateurs qui possèdent l'ensemble des qualités requises ou encore de former des candidats pour qu'ils soient en mesure de maîtriser le contenu du *Programme* d'une part, mais également pour s'assurer qu'ils adhèrent aux valeurs et principes sous-tendus par cette stratégie globale d'intervention.



FINANCEMENT

Le financement de programmes de promotion et de prévention pose toujours un défi, puisque les résultats potentiels sont la plupart du temps observés, quand ils le peuvent, à moyen et à long terme. Il devient difficile pour des promoteurs de justifier des investissements en prévention et en promotion quand il est difficile d'indiquer à quel moment les résultats seront produits, et que l'association entre l'intervention et les résultats est difficile, sinon impossible, notamment au regard d'interventions populationnelles. Bien que l'évaluation de l'implantation et de l'effet du *Programme* se soient réalisées dans un contexte de financement artificiel (subvention), les échanges entre chercheurs et promoteurs ont mis en relief les problèmes de financement dans un contexte de précarité des ressources, notamment au regard du financement du maintien du *Programme*, mais également au fait que l'engagement des gestionnaires envers celui-ci n'est pas gagné d'avance. Des représentations sont faites régulièrement par les promoteurs auprès des gestionnaires pour justifier l'investissement dans ce projet (ressources humaines et financières). L'engagement des dirigeants n'est pas acquis. White et al (2002) révèlent que dans un contexte de financement par programme, tel qu'il se vit dans le réseau sociosanitaire, « *une telle politique laisse de moins en moins de fonds pour l'élaboration de projets innovateurs* ». L'enjeu de la pérennisation du *Programme* repose sur du financement récurrent. Le défi consiste à s'assurer de l'engagement des gestionnaires des CSSS envers ce type de programmes, puisque dorénavant ce sont eux qui assument la responsabilité populationnelle et ce sont donc eux qui doivent mettre en œuvre des activités visant à renforcer le potentiel de leur population à faire face à la problématique du suicide.

MESURER LE SENTIMENT DE COMPÉTENCE DE TYPE SENTINELLES EN PRÉVENTION DU SUICIDE

Nous avons abordé longuement les limites méthodologiques relatives à la mesure de la compétence en prévention du suicide et avons fait le choix de mesurer plutôt le « sentiment » de compétence. À notre connaissance, aucune évaluation de programmes de formation en prévention du suicide s'adressant à des citoyens n'a porté sur l'effet de l'intervention sur le développement d'une compétence en prévention du suicide. Or, nous considérons l'exercice visant le développement d'instruments de mesure des composantes (repérage, soutien, référence) d'une compétence en prévention du suicide très complexe tant aux plans méthodologique (développement d'instruments de mesure validés du repérage, du soutien et de la référence) que pratique (les contextes, artificiels ou in situ, où sont réalisées ces évaluations). L'évaluation de l'effet d'une formation sur la compétence des participants constitue un réel défi pour les chercheurs, d'autant plus qu'on ne sait quel seuil (score) doit constituer la norme pour conclure qu'un



participant est compétent ou non, sans compter le fait qu'on ne puisse établir de critères d'intensité de l'intervention (contenu et durée de la formation) en lien avec les résultats attendus. Enfin, dans le cadre de ce *Programme*, les questions relatives au développement d'habiletés spécifiques en prévention du suicide sont importantes, mais elles sont appréciées en terme de développement et non de finalité, puisque le *Programme* vise le renforcement du potentiel des individus et des collectivités à faire face au suicide et non le développement d'un rôle spécifique de sentinelles en prévention du suicide. En conséquence, des efforts doivent être consentis pour développer des instruments de mesure capables d'apprécier l'évolution d'une compétence de base de type sentinelles en prévention du suicide, chez des adultes, dans le cadre d'une formation brève. Les composantes de repérage et de référence doivent être appréhendées en priorité. Enfin, le sentiment qui habite les participants avant et après la formation devrait être considéré dans l'élaboration des instruments de mesure.



Faits saillants

- ✓ Les limites méthodologiques relatives à la mesure du sentiment de compétence, à la représentativité des répondants et à la non standardisation de l'intervention affectent la validité et la portée des résultats;
- ✓ Les données qualitatives contribuent à accroître la validité analytique plutôt que statistique en révélant les processus et facteurs associés au sentiment de compétence en prévention du suicide;
- ✓ La formation, les caractéristiques personnelles et l'alliance des participants « citoyens » avec les services, dans la perspective de la reconnaissance de leur capacité à faire face à la problématique du suicide, en matière notamment de repérage, de soutien et de référence, constituent des facteurs qui influencent le sentiment de compétence et qui mériteraient de faire l'objet d'études plus poussées sur leur apport au regard du développement d'une compétence de base de type sentinelles en prévention du suicide;
- ✓ Des enjeux et défis sont relevés dans cette évaluation :
 - l'étendue et la portée du rôle d'une personne formée en prévention du suicide en ce qui a trait à la compétence de base d'une sentinelle à repérer, soutenir et référer versus le renforcement du potentiel des « citoyens » à faire face à la problématique du suicide,
 - l'efficacité du *Programme* à rejoindre les groupes vulnérables, dont les hommes,
 - l'alliance des « citoyens » formés avec les services, dans la perspective de la reconnaissance de leur potentiel à faire face à la problématique du suicide notamment au regard de la capacité de repérer, soutenir et référer,
 - le soutien et le suivi des personnes formées comme enjeu de la pérennisation du *Programme*, compte tenu des besoins exprimés en ce sens par les participants,
 - le recrutement et la formation de formateurs compétents et polyvalents constituent un défi relatif à la représentativité des groupes ciblés par la formation, à la maîtrise du contenu et à l'adhésion aux valeurs et principes sous-jacents au *Programme*,
 - les conditions visant à établir des critères d'admissibilité concernant les qualités que doivent posséder les participants qui veulent suivre une formation de type sentinelles en prévention du suicide, versus l'élaboration de conditions d'inclusion dans la perspective de rendre la formation accessible à tous,
 - le financement constitue un enjeu de la pérennité du *Programme*, dans la mesure où les stratégies de promotion et de prévention se butent aux préoccupations des gestionnaires relatives à la précarité des ressources, à l'efficacité de ces approches et aux contraintes liées au financement par programme laissant de moins en moins de place aux innovations,



- la mesure de la compétence en prévention du suicide pose un défi important pour les chercheurs qui évaluent l'effet d'une formation sur la compétence en prévention du suicide des participants suite à la formation reçue tant aux plans méthodologique que pratique, d'autant plus qu'aucune évaluation de programmes de formation s'adressant à des citoyens n'a évalué l'effet de la formation sur le développement de leur compétence à repérer, soutenir et référer, sans compter le fait qu'on ne retrouve pas de consensus sur ce que constitue un rôle ou fonction en prévention du suicide de type sentinelles au Québec, notamment au regard de la composante de repérage et de référence. Enfin, les sentiments qui habitent les personnes formées quant à la compétence ressentie devraient être considérés dans l'élaboration des instruments de mesure visant à apprécier le développement du sentiment de compétence en prévention du suicide.



Pistes d'action

Compte tenu de ce qui précède, nous formulons une série de propositions visant à bonifier le *Programme* dans la perspective de favoriser l'atteinte des objectifs pour lesquels il a été réalisé et pour favoriser son transfert à d'autres milieux.

Au regard de la mise en œuvre, nous proposons que les instances locales aient une bonne connaissance de la problématique du suicide avant même d'adapter le *Programme* aux caractéristiques du territoire d'implantation. Par ailleurs, nous proposons de bien connaître la gamme de services et ressources offerts dans la communauté avant d'implanter le *Programme*. Enfin, nous croyons que la mise en œuvre doit se faire en partenariat entre la population, les services de première, de deuxième ligne et communautaires.

Concernant la sollicitation des milieux, la stratégie visant à solliciter d'abord les organismes les plus volontaires a fait ses preuves. Mais il faudrait éventuellement trouver des moyens d'intéresser les milieux à forte concentration masculine, dans le but de rejoindre plus particulièrement les hommes.

Concernant le recrutement des participants, nous proposons de conserver l'approche utilisée dans cette expérimentation, à savoir une approche volontaire qui ne repose pas sur des critères d'admissibilité qui ont pour effet de discriminer des participants, mais plutôt l'élaboration d'un programme qui est conçu en fonction de conditions d'inclusion (ex. : deux formateurs, mécanismes de repérage et de soutien des plus vulnérables lors des sessions de formation, etc.), de façon à respecter les principes et les valeurs du *Programme* qui consistent à rendre cette formation accessible à tous. Qui plus est, le recrutement large de participants permet de rejoindre des individus vulnérables au suicide qui sont difficilement rejoints autrement et qui, dans bien des cas, ne consultent pas les services.

Concernant le rôle attendu de la personne formée, on ne saurait trop conseiller de bien préciser les contours du rôle ou de la fonction attendue des personnes formées en prévention du suicide, particulièrement celui attendu des « citoyens » pour éviter toute confusion tant chez les participants eux-mêmes que dans les milieux. Il apparaît important de bien définir ce qu'on entend par repérer, soutenir et référer en ce qui concerne la compétence de base de type sentinelles en prévention du suicide. Par ailleurs, il serait important que la formation s'adressant aux « intervenants » accorde plus d'importance au volet de sensibilisation à la problématique, mais également à la réalité du réseau de soutien des proches, à



savoir ses compétences et le fait qu'il puisse en développer de nouvelles; le réseau de soutien a également des besoins à titre d'aidants et ces personnes doivent également être en mesure de poser leurs limites pour éviter l'épuisement, voire la maladie.

En ce qui a trait au recrutement et à la formation de formateurs, nous proposons que les CSSS, qui décident d'implanter ce *Programme*, s'appuient sur des personnes qui embrassent les valeurs qui sont mises de l'avant (notamment la reconnaissance et l'alliance avec la personne et son réseau de support). Ces formateurs devraient également être représentatifs des groupes ciblés par l'intervention (ex. : hommes, médecins). Enfin, ils doivent posséder ou acquérir des qualités d'animation, bien connaître la problématique du suicide et bien connaître l'ensemble des services de crise-suicide sur le territoire.

Au niveau du soutien et du suivi des « citoyens » formés, la présence de deux formateurs est importante lors des sessions de formation pour s'assurer que l'un d'eux puisse observer les participants de façon à identifier les plus vulnérables et intervenir immédiatement si le besoin se fait sentir. Par ailleurs, l'expérience a démontré l'utilité d'avoir des promoteurs représentatifs des services de première et de deuxième ligne, ayant été en mesure de donner un « feedback » ponctuel et constructif aux gestionnaires, en vue d'effectuer les ajustements s'il y a lieu et de mieux répondre ainsi aux besoins et préoccupations des « citoyens », mais également des « intervenants ». Par ailleurs, les besoins de mise à jour des connaissances ou le développement de nouvelles habiletés des participants militent en faveur d'activités de suivi. Enfin, les participants ont besoin d'échanger et de partager leurs expériences avec d'autres participants. Des activités en ce sens sont suggérées pour maintenir la mobilisation, la motivation et la compétence des « citoyens » formés. Nous avons fait le choix de réaliser des activités de suivi de type retrouvailles. Cependant, n'importe quel mécanisme visant à regrouper des personnes qui partagent les mêmes intérêts pourrait s'avérer prometteur pour maintenir la mobilisation des citoyens en matière de prévention du suicide.

Au niveau du financement, un budget de maintien devrait être déjà prévu avant même l'implantation du *Programme* de formation afin de considérer les enjeux de pérennisation, de soutien et de suivi des personnes formées et compte tenu du fait que ce *Programme* devrait se donner en continu.



Enfin, au regard de l'alliance des « citoyens » avec les services, nous proposons des activités de sensibilisation à l'attention des intervenants, mais également des gestionnaires, visant à promouvoir l'alliance et le partenariat entre les intervenants, la personne suicidaire et son réseau de soutien. En somme, c'est la responsabilité populationnelle, nouveau mandat des CSSS, qui doit être actualisée et intégrée aux orientations et pratiques de ces nouvelles instances locales de santé et des services sociaux.

Concernant la mesure de la compétence en prévention du suicide, les défis méthodologiques dépassent, selon nous, la capacité des régions à développer des instruments rigoureux et valides compte tenu du peu d'expertise retrouvée dans les régions, du peu de consensus sur le rôle d'une sentinelle en prévention du suicide et compte tenu des faibles effectifs dans les études (nombres relativement faibles de participants pour assurer un échantillon quantitatif suffisamment élevé pour effectuer des analyses statistiques poussées). L'institut national de santé publique du Québec (INSPQ) pourrait prendre le leadership et développer un cadre d'évaluation de la compétence en prévention du suicide qui pourrait être utilisé pour évaluer les programmes de formation de type sentinelles à travers plusieurs régions du Québec.



Conclusion

Le suicide est une problématique de santé publique préoccupante sur le territoire de la MRC d'Antoine-Labelle. Puisque les causes du suicide sont multiples et renvoient à l'interaction dynamique d'un ensemble de facteurs liés à l'individu, à ses milieux de vie et réseaux de soutien, au système sociosanitaire et à l'environnement social (normes, valeurs et idéologies), la problématique du suicide interpelle l'ensemble des acteurs et secteurs d'une communauté.

Inscrit dans une approche globale de prévention du suicide, le *Programme-cadre de formation de citoyens et d'intervenants en prévention du suicide* « *Tous ensemble pour la vie* » a fait siens les principes liés à l'action de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* pour guider les objectifs et stratégies à privilégier en prévention du suicide. Au plan sociétal, il faut valoriser le sens de la vie en s'appuyant sur les solidarités et les responsabilités. En ce qui concerne les citoyens et leur réseau d'appartenance, l'action face au suicide doit reconnaître que l'individu et la société ont certaines compétences pour faire face à la problématique du suicide et le potentiel pour en développer de nouvelles. Quant au système sociosanitaire, il faut miser sur les intervenants et les services existants de façon à favoriser une meilleure complémentarité d'action et d'intervention.

Intégrant les conditions de réussite des programmes de prévention et de promotion de la santé, « *Tous ensemble pour la vie* » a développé des stratégies de renforcement du potentiel individuel et collectif à faire face à la problématique du suicide : partant d'un programme-cadre de formation, on vise le développement et le rehaussement des compétences de l'ensemble des acteurs et secteurs à contribuer ensemble au repérage et à l'orientation des personnes suicidaires vers les services appropriés à leur état, dans le respect et la reconnaissance des rôles et responsabilités de chacun pour ainsi encourager la complémentarité dans l'action. De plus, les thématiques présentées dans le cadre du *Programme* ont pour effet de sensibiliser les participants à la problématique du suicide, à promouvoir l'aide, l'entraide et la demande d'aide, bref à favoriser le renforcement du tissu social. Cette approche globale, par des stratégies de prévention du suicide et de promotion de la santé mentale, contribuerait à endiguer le phénomène du suicide sur le territoire.

Malgré ses limites méthodologiques, l'évaluation de l'implantation du *Programme* a révélé qu'il est possible d'implanter un programme de formation en prévention du suicide adapté aux rôles, responsabilités, besoins



et caractéristiques des différents groupes qui composent la population. Il est également possible d'offrir la formation à toutes les personnes adultes intéressées par la problématique du suicide et ce, même si des individus ont été aux prises avec une problématique du suicide (ex. : endeuillé), à condition d'élaborer des conditions d'inclusion (deux formateurs, personnes-ressources, ligne téléphonique, etc.) pour s'assurer que ces participants obtiennent le soutien nécessaire en cas de besoin, pendant et après la formation. En concordance avec le principe visant la reconnaissance de la compétence et du potentiel des citoyens, le *Programme* a fait le choix de situer la formation dans la perspective du renforcement du potentiel individuel et collectif à faire face à la problématique du suicide plutôt que, celui portant sur le développement d'une nouvelle fonction ou rôle de type sentinelles en prévention du suicide, s'adressant à un sous-groupe d'individus selon des critères d'admissibilité. Il s'agit d'une distinction importante entre l'approche préconisée par le *Programme* et les expérimentations qui ont cours dans plusieurs régions du Québec.

Par ailleurs, la mise en œuvre du *Programme* réalisée en partenariat entre les services de première, de deuxième ligne et communautaires, avec la participation de la population, contribue à la connaissance et la reconnaissance des rôles et responsabilités assumés par chacun. Son plus grand avantage est certainement de briser l'isolement des « intervenants » et des « citoyens » par une mobilisation élargie des acteurs et secteurs de la communauté, alors que près de 500 personnes provenant de 47 établissements, organismes et municipalités ont été rejoints par le *Programme*. Il faut dire que le contexte de mobilisation, qui prévalait sur le territoire au moment de l'implantation du *Programme*, était très favorable à l'introduction d'activités de promotion et de prévention du suicide.

D'autre part, l'évaluation de l'effet de « *Tous ensemble pour la vie* » sur le sentiment de compétence à repérer, soutenir et référer en prévention du suicide a révélé une certaine efficacité à améliorer modestement, dans le cadre d'une formation brève, d'au plus sept heures, et ce tant chez des participants « citoyens », « qu'intervenants », leurs croyances sur la problématique du suicide, et leur sentiment de compétence à repérer, soutenir et référer une personne en détresse ou suicidaire vers les services appropriés. La communauté est ainsi en mesure de mieux faire face à la problématique du suicide parce que ses membres sont plus sensibles à la détresse chez leurs concitoyens. Plus outillés et habilités et moins isolés, les membres de la collectivité se sentent plus en mesure d'apporter de l'aide à une personne en détresse ou suicidaire. À cet effet, près de 10 % des participants indiquent avoir mis en pratique ce qu'ils avaient appris durant la formation soit d'avoir soutenu une personne en détresse, soit d'avoir posé la



question sur les intentions suicidaires, soit d'avoir accompagné une personne vers les services, soit d'avoir utilisé les ressources d'aide dans leurs démarches ou encore d'avoir sécurisé l'environnement de la personne (ex. : retirer l'arme à feu).

Outre l'amélioration de la compétence des « citoyens » et des « intervenants » à repérer, soutenir et référer, d'autres retombées potentielles seraient également observées au niveau du système de soins. Les participants « intervenants » se déclarent plus sensibilisés comme groupe, plus solidaires et complices au sein des unités de soins. Certains répondants perçoivent même un impact sur l'augmentation du nombre d'hommes qui vont chercher de l'aide et sur le profil de la clientèle, alors qu'on observerait moins d'hospitalisations de personnes avec des idées suicidaires. Par ailleurs et sans établir de relation directe avec l'intervention durant la période de l'implantation, le nombre d'appels à la ligne d'urgence du Centre de prévention du suicide le Faubourg a connu une hausse significative.

Au niveau de l'environnement social, la conjugaison des différentes actions et cibles d'intervention aurait contribué à la diminution des préjugés et tabous sur le suicide. Les participants à la formation déclarent se sentir « collectivement » plus solidaires et moins impuissants. Les « citoyens » comme les « intervenants » se déclarent moins isolés et perçoivent que la problématique est maintenant partagée par le plus grand nombre. La connaissance et la reconnaissance de la problématique du suicide, des rôles et responsabilités assumés par chacun y contribuent.

En revanche, les résultats ne permettent pas de conclure que les intervenants et gestionnaires en santé ont développé plus d'ouverture et de reconnaissance du potentiel des participants « citoyens » à repérer et orienter une personne suicidaire vers les services appropriés. Il faut dire qu'au moment de l'évaluation, le volet de formation s'adressant aux « intervenants » qui visait cet objectif en était à ses débuts. Les analyses qualitatives relevaient que leur discours était influencé par leur positionnement concernant le potentiel de la formation à développer, chez les participants « citoyens », des habiletés de repérage et de référence. Pour certains, le repérage, par opposition au dépistage systématique, est une compétence insuffisante pour bien évaluer la situation de la personne et subséquemment l'orienter vers la bonne ressource. Seule une formation clinique peut développer des habiletés de dépistage systématique et permettre ainsi la référence vers les services appropriés à l'état de la personne. Pour d'autres, le repérage des signes constitue une compétence valable et utile à l'intervenant lors de l'évaluation de l'urgence



suicidaire. Le « citoyen » ainsi formé est également en mesure d'orienter la personne vers les services appropriés. Selon cette position, les « citoyens » formés peuvent être des alliés des intervenants en prévention du suicide.

Les résultats suggèrent donc de poursuivre les activités de sensibilisation auprès des intervenants, des décideurs et gestionnaires du réseau de la santé sur les avantages de travailler en partenariat avec la personne et son réseau de soutien. Ce partenariat doit également reposer sur une reconnaissance des besoins des membres du réseau de soutien qui assistent une personne suicidaire (ex. : informations, soutien, répit, etc.), mais également des limites de la capacité du réseau de soutien (ex. : éviter l'épuisement).

Les résultats proposent enfin de considérer les enjeux et défis concernant la pérennisation et le transfert du *Programme* dans d'autres contextes. D'abord, il est suggéré de réunir les conditions pour assurer le succès de la mise en œuvre du *Programme*, notamment le partenariat entre la population, les services de première, deuxième ligne et communautaires, sous le leadership du CSSS, et une bonne connaissance du contexte qui prévaut sur le territoire (incidence du suicide, caractéristiques des suicidés, état de situation sur l'articulation et la coordination des services de crise-suicide). La façon de rejoindre les milieux de travail à forte concentration masculine demeure un défi certain. Il faudra considérer d'autres façons d'offrir des activités qui minimisent l'impact sur les activités de production. Le financement continu, dans un contexte de précarité des ressources, doit faire partie des préoccupations de promoteurs éventuels. Il faut également relever le défi d'offrir des activités de suivi aux personnes formées pour maintenir la motivation, la mobilisation et favoriser le rehaussement des compétences. Il faut également s'assurer qu'elles puissent avoir accès à du soutien en cas de besoin. Le recrutement et la formation de formateurs polyvalents, compétents et représentatifs des groupes ciblés constituent un défi pour les territoires de CSSS qui voudraient implanter le *Programme*, compte tenu des principes, valeurs et thématiques couverts dans les divers volets de formation.

Enfin, un dernier défi porte sur les évaluations de formation d'adultes en prévention du suicide, alors que les notions de repérage, de soutien et de référence doivent être clarifiées, compte tenu de l'ambiguïté qui persiste concernant la compréhension de la portée et de l'étendue de chacune de ces composantes au regard d'une fonction de type sentinelles en prévention du suicide



Globalement, l'évaluation du *Programme-cadre de formation de citoyens et d'intervenants en prévention du suicide* « *Tous ensemble pour la vie* » révèle que le renforcement du potentiel des citoyens et de la société à faire face à la problématique du suicide est possible si on se donne les moyens d'agir à la fois au niveau individuel, des milieux de vie, du système sociosanitaire et de l'environnement social. Le recours à des stratégies éducatives ayant pour finalité d'améliorer le filet de sécurité (compétences à repérer, soutenir et référer, reconnaissance des rôles et responsabilités et complémentarité dans l'action) et le tissu social (sensibiliser, solidariser, responsabiliser, valoriser l'aide et l'entraide, réduction de l'isolement), contribue, selon nous, à créer des environnements favorables, lesquels devraient potentiellement influencer à la baisse, le nombre de tentatives de suicide et de suicides. La prévention du suicide est une responsabilité partagée qui nous invite à travailler « *Tous ensemble pour la vie* »!



Références

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides. (2005). *La santé une responsabilité partagée : portrait de la santé et du bien-être de la population dans la région des Laurentides*. Saint-Jérôme : Direction de santé publique des Laurentides.

Association canadienne pour la santé mentale, filiale de Montréal. (1998). *Un tissu social pour prévenir le suicide*. Actes du Colloque du 7 mai 1998, 142 p.

Association québécoise de suicidologie. (1999). *Le dossier hommes et suicide de la semaine provinciale de prévention du suicide*. http://www.cam.org/~aqs/docs/doss/cah_hom.html

Association québécoise de suicidologie. (2000). *La souffrance n'a pas de genre.... Communiqué de l'AQS*.

Association québécoise de suicidologie. (2003). *Programme accrédité de formation : intervenir en situation de crise suicidaire*.

Beauchamp Louise et G. Mireault. (2001). *Rapport d'évaluation du programme de formation. L'intervention en situation de crise suicidaire*. Beauport : Centre jeunesse de Québec, Institut universitaire sur les jeunes en difficulté.

Berrewaerts, Joëlle. (sans date). *Évaluation de programmes*. EDUS 2270 École de santé publique, Université catholique de Louvain, Bruxelles.
<http://www.md.ucl.ac.be/entites/esp/reso/cours/edus%202270/cours2270-cours1.pdf>

Bilodeau, Angèle et al. (2002). *Évaluation du maintien à long terme et des résultats d'un programme de promotion de la santé dans quatre entreprises privées de travailleurs cols bleu*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de santé publique. Hautes Études Commerciales et GRASP. Université de Montréal, 200 p.

Bradley Gaynes N., et al. (2004). « Screening for Suicide Risk in Adults: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force ». *Annals of Internal Medicine*, vol. 140, no. 10, p. 822-837.
<http://www.annals.org/cgi/reprint/140/10/822.pdf>

Brun, Jean-Pierre & al. (2003). *Évaluation de la santé mentale au travail : une analyse des pratiques de gestion des ressources humaines*. Études et recherches. Rapport. IRSST. Département de management. Québec : Université Laval.

Capp, Kim, F.P. Deane et G. Lambert. (2001). « Suicide Prevention in Aboriginal communities: application of community gatekeeper training ». *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, vol. 25, no.4, p. 315-321.

Cardinal, Lise et M. Rainville. (2004). *Évaluation de l'implantation de trois projets de Sentinelles en prévention du suicide dans la région de la Capitale nationale*. Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale, 37 p.



Centre de prévention du suicide de Québec. (sans date). *Les sentinelles en milieu de travail : un relais entre la personne en détresse et les professionnels*. <http://www.cpsquebec.ca/fr/Sentinelles.pdf>

Chagnon, François. (1999). *Le dossier hommes et suicide de la Semaine provinciale de prévention du suicide*. http://www.cam.org/~aqs/docs/doss/cah_hom.html

Charbonneau, Lucie. (1998). « Que pouvons-nous faire pour prévenir le suicide chez les hommes? », *Vis-à-Vie*, vol. 8, no. 2.

Charbonneau, Lucie. (1999). *Le Dossier Hommes et Suicide de la Semaine provinciale de prévention du suicide*.

CH-CR Antoine-Labelle. (2001). *Programme d'intervention auprès du client suicidaire*, document interne.

Chong Ho Yu. *An introduction to computing and interpreting Cronbach Coefficient Alpha in SAS*. Arizona State University, Paper 246-26. <http://www.asu.edu/sas/sugi26/stats/p246-26.pdf>

CLSC des Hautes-Laurentides. (2004). « Formation prévention du suicide dans la communauté. Échec au suicide », dépliant.

Conseil régional de développement des Laurentides (CRD). Hotte, Roger et L. Picard. (1999). *Le marché du travail dans la MRC d'Antoine-Labelle*, 45 p.

D'Arcy Farlow. (1986). « Challenging Our Assumption. The Role of Popular Education in Health Promotion. *Actes du colloque annuel de promotion de la santé*. Ontario : Ministère de la santé de l'Ontario.

Desmarais, Michel. (2005). *Cours 9. Gestion du personnel. INF3300, Gestion des projets informatiques*. École Polytechnique de Montréal. <http://www.ulg.ac.be/pedaexpe/cours/glosaire/ehatw.htm>

Direction de santé publique de Montréal-Centre. (2001). « Prévention en pratique médicale : les décès par arme à feu ». *Bulletin de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre*, 4 p.

Direction de santé publique de Montréal-Centre. (2002). *Enquête sur la santé mentale des Montréalais : La santé mentale et les besoins de soins des adultes ; Les aidants naturels*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, vol. 1 et 2.

Dorais, Michel. (1998). « Les jeunes hommes homosexuels ou bisexuels : parmi les plus à risque de suicide ». *Vis-à-vie*, vol. 8, no. 2.

Doumont, Dominique et F. Renard. (2000). *Quelle est la place des réseaux de profanes dans les programmes d'éducation pour la santé auprès des populations défavorisées?*. UCL – RESO, Unité d'éducation pour la santé. Série de dossiers documentaires

Doumont, Dominique et P. Meremans. (2001). *La formation de personnes bénévoles aux premiers secours peut-elle s'inscrire dans une perspective d'éducation/promotion de la santé?* CFB, 01-13. Série de dossiers techniques, 9 p.



Dulac, Germain. (1999). *Projet d'intervention et d'évaluation auprès des clientèles les plus à risque de suicide et de tentative de suicide. La trajectoire de demande d'aide des hommes à risque de suicide présentant un problème de toxicomanie et/ou de santé mentale dans le processus suicidaire*. Centre de prévention du suicide le Faubourg.

Dulac, Germain. (2001). *Aider les hommes... aussi. Essai*. VLB. Collection : Des hommes et des femmes en changement.

Dulac, Germain. (2003). *Les trajectoires de demande d'aide des hommes à risque de suicide présentant des problèmes de toxicomanie et/ou de santé mentale dans le processus suicidaire*. Université McGill. Centre d'études appliquées sur la famille

Dupont, Jean-Pierre, R. Thibault et L. Turnblom. (2003). *Évaluation de l'implantation d'un réseau de sentinelles en milieu rural sur la Côte-Nord*. Centre de prévention du suicide de la Côte-Nord.

Filion, Gilbert. (2004). *Commentaires et résultats de la tournée des régions du Québec portant sur des expérimentations d'implantation de programmes de formation en prévention du suicide de type sentinelles*. Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides, Direction de santé publique des Laurentides.

Fortin, Marie-Josée. (2003). *Les difficultés d'intervention des intervenants informels dans la prise en charge des personnes confrontées à la problématique du suicide dans la région des Hautes-Laurentides au Québec*. IRTS de la Réunion, Université de la Réunion, Université de Caen – Basse Normandie.

Gauthier, Benoit. (2001). *Mesurer la satisfaction de sa clientèle pour mieux répondre à ses attentes*. Institut international de recherche. Québec. <http://circum.com/cgi/cadres.cgi?fbg-f.shtml>

Gérard, F.-M. (2003). « L'évaluation de l'efficacité d'une formation », *Gestion 2000*, vol. 20, no. 3, p. 13-33.

Gouvernement du Québec. (2004). *Rapport annuel de gestion 2003-2004*. Bureau du coroner, 63 p.

Hawton, Keith et K. Williams. (2001). « The connection between media and suicidal behavior warrants serious attention ». *Crisis*, vol. 22, p. 137-140. <http://www.suicideinfo.ca/csp/assets/alert58.pdf>

Joubert, Natacha. (2003). *La résilience et la prévention du suicide: se réapproprier la souffrance de l'être et notre quête du bien-être*. INSPQ, 19 p.

Julien, Marie. (2004). *Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes*. MSSS. Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ), 45 p.

Kahn, Jeffrey P. (sans date). *Première partie : module transdisciplinaire. Module 3 : maturation et vulnérabilité, question 44 : risque suicidaire de l'adulte, identification et prise en charge*. <http://www.univ-rouen.fr/servlet/com.univ.utils.LectureFichierJoint?CODE=1071238898648&LANGUAGE=0>

King, Keith A. & J. Smith. (2000). « Project SOAR: A Training Program to Increase School Conselor's Knowledge and Confidence Regarding Suicide Prevention and Intervention ». *Journal of School Health*, vol. 70, no. 10, p. 402-407.



- Labonté, Ron. (1987). *Santé communautaire: stratégies de promotion. Promotion de la santé*, p. 5-32.
- Larivière, Claude. (2003). *L'implantation du réseau crise-suicide de la région des Laurentides: la perception des partenaires et des personnes concernées*. Université de Montréal, 83 p.
- Larose, Diane. (2002). *Investigation sur les suicides survenus entre le 18 avril 2001 et le 30 avril 2002 dans la MRC d'Antoine-Labelle, CHCR Antoine-Labelle*, 58 p.
- Larose, D. et J. Gagnon. (2003). « Pour prévenir le suicide en établissement ». *Artère*, vol. 21 no. 3, p. 10-11.
- Larose, Diane et J. Gagnon. (2003). « La prévention du suicide. Un défi et une obligation pour les établissements ». *Artère*, vol. 20 no. 10, p. 4-5.
- Larose, Diane et J. Gagnon. (2003). « Résultat sur une enquête sur les suicides dans les établissements de santé Prévenir le suicide ». *Artère*, vol. 21 no. 1, p.3-4.
- Larose, Diane et J. Gagnon. (2004). « La prévention du suicide dans les centres hospitaliers ». In *Actes du colloque. Le pouvoir des alliances : sources de réussite : AQIISM*.
- Larose, Diane. (2005). *Investigation sur les suicides dans la MRC d'Antoine-Labelle 2001-2004*. Centre de santé et des services sociaux d'Antoine-Labelle.
- Lehoux, France. (sans date). *Développer un sentiment de compétence*. <http://www.cocp.ulaval/sqc/cache/offonce/pid/1370>
- Lindeman, E. (1926) *The Meaning of Adult Education*, cité dans: <http://lotoformation.free.fr/ressources/apprentissage/andragogie.htm>
- LivingWorks Education Inc. (2003). *Suicide Awareness Facts, Applied Suicide Intervention Skills Training Workshop (ASIST)*, p.1-14. www.livingworks.net
- Longpré, Caroline. (1998). *Projet d'empowerment des femmes. Conception, application et évaluation de l'empowerment (phase 1)*. <http://www.cesaf.umontreal.ca/f.ress.doss.empow.doc1.html#introduction>
- Marcoux, Isabelle. (2004). « L'évaluation des formations en intervention sur le suicide. Concepts, mesures et enjeux », chapitre 8, p.127-150. In : Chagnon, François et Brian L. Mishara. *Évaluation de programmes en prévention du suicide*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 177 p.
- Miles, Matthew B. et A. M. (1991). *Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes*. Sage publication.
- Millette, André Dr et Dr A. Gagnon. (2003). *Formation sur les actions face au suicide*. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, Cahier du participant, 152 p.



Mishara, Brian L. (2000). *Le rôle de l'entourage dans la prévention du suicide*, texte consulté sur le site web en septembre 2005. <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/mishara.html>

Mishara, Brian L. (2002). *Évaluation du Programme de prévention du suicide pour les policiers et policières du Service de police de la ville de Montréal, « Ensemble pour la vie »*. Montréal : Université du Québec à Montréal – CRISE.

Mishara, Brian L. & al. (2004). *Concertation entre décideurs et chercheurs pour le transfert des connaissances sur le suicide*. CRISE, UQAM, 31 p.

Mishara, Brian L., Houle, J., & Lavoie, B. (2005). « Comparison of the Effects of Four Suicide Prevention Programs for Family and Friends of High-Risk Suicidal Men who Do not Seek Help Themselves ». *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 35, no. 3, p. 329-342, (version française de l'article).

Morriss, Richard, & al. (1999). « Teaching front-line health and voluntary workers to assess and manage suicidal patients ». *Journal of Affective Disorders*, no. 52, p. 77-83.

Morusis, Marija J. (1992). *SPSS Professional Statistics, version 5.0*.

MSSS. (1992). *La politique de la santé et du bien-être*.

MSSS. (1998). *Stratégie québécoise d'action face au suicide. S'entraider pour la vie*, 94 p.

MSSS. (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*

MSSS. (2003). *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*.

MSSS. (2004). *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins*. Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes.

MSSS. (2005). *Plan d'action en santé mentale. La force des liens*

OMS. (2003). *La charge « cachée et indéterminée » des problèmes de santé mentale*, aide-mémoire no. 218 de l'OMS, novembre 2001. In Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie (2003).

OMS. (2002). *Deuil et suicide. Indications pour la mise en place d'un groupe de soutien à ceux qui restent*. Genève : Département de santé mentale et toxicomanie, 41 p.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_MNH_MBD_00.6_fre.pdf

Payette, Tyna et M. Tousignant. (1998). « Polytoxicomanies et suicide chez les hommes », *Vis-à-Vie*, vol. 8, no. 2.

Pfaff, Jon J. & al. (2001). « Training General Practitioners to Recognise and Respond to Psychological Distress and Suicidal Ideation in Young People ». *Medical Journal of Australia*, vol. 174, no. 5, p. 222-226.



Potvin, Nelson. (2004). *Évaluation de l'implantation de la stratégie québécoise d'action face au suicide. S'entraider pour la vie*. MSSS. Direction générale adjointe de l'évaluation, de la recherche et des affaires extérieures, 102 p.

Raymond, Sylvaine et al. (2003). « Nouveau programme de prévention du suicide chez les jeunes : résultats d'une évaluation ». *Revue québécoise de psychologie*, vol. 24, no. 1, p. 255-271.

Raymond, Sylvaine. (2004). *Paradoxes et limites dans la prise en charge par l'entourage*. Journée conférence Ensemble... Autrement. CRISE.

Caisse populaire Desjardins. (2000). « Résilience sociale. Une réflexion sur notre capacité de rebondir collectivement en puisant dans nos ressources » *Revue Notre-Dame*, no. 9.

RRSSSL. (2002). *Modèle d'organisation des services intégrés d'aide en situation de crise et d'action face au suicide pour les adultes*. 69 p.

RRSSSL. (2002). *Territoire du CLSC des Hautes-Laurentides. Plan d'action pour les services de prévention et d'action face au suicide*.

Samy, H. Mounir. (1998). Conférence d'ouverture: le « pourquoi vivre » ou le « pour qui vivre ». *Vis-à-vie*, vol. 8, no. 3

Séguin, Monique & al. (2005). *Projet de recherche sur les décès par suicide au Nouveau-Brunswick, entre avril 2002 et mai 2003*. Gouvernement du Nouveau-Brunswick. In Roy, F et als (août 2005). *Cadre de référence pour la mise en œuvre de programmes de sentinelles en prévention du suicide*.

Selltiz, Claire & al. (1977). *Les méthodes de recherche en sciences sociales*. Montréal : Éd. HRW, 606 p.

Simard, Paule & al. (1997). *La recherche participative en promotion de la santé au Canada francophone*. Santé Canada. Groupe de recherche et d'intervention en promotion de la santé de l'Université Laval (GRIPSUL), 74 p.

Soreff, Stephen. (2005). *Suicide*. <http://www.emedicine.com/med/topic3004.htm>

St-Hilaire, Édith. (2002). *Évaluation de l'implantation du programme de formation de sentinelles*. Régie régionale de la santé et des services sociaux Chaudière-Appalaches, Comité régional de prévention du suicide de la région de Chaudière-Appalaches, 125 p.

St-Hilaire, Édith et al. (2003). *Formation médicale en prévention du suicide. Bilan mi-étape d'une expérience dans la région de la Chaudière-Appalaches*. Régie régionale de la Chaudière-Appalaches, Direction de santé publique, 17 p.

Stuart, Carol & al. (2003). « Many Helping Hearts : An Evaluation of Peer Gatekeeper Training in Suicide Risk Assessment ». *Death Studies*, no. 27, p. 321-333.

Tierny, J. Roger. (1994). « Suicide Intervention Training Evaluation: A Preliminary Report ». *Crisis*, vol. 15, no. 2, p. 69-76.



Touati, Nassera et al. (2002). « L'intégration des services sur une base locale : acquis et limites ». In *Santé mentale au Québec*, vol. 27, no. 2, p. 55.

Turley, Bruce & B. Tanney. (1998). *LivingWorks Australian Field Trial Evaluation Report on Suicide Intervention Field Trial Australia (SIFTA)*. Lifeline Australia Inc. & LivingWorks Education Inc., 31 p.

Turley, B. (2000). *Lifeline Australia Youth Suicide Prevention Project. Final Evaluation Report, National Youth Suicide Prevention Strategy*, 30 p.

Van Kemenade, Solange. (2002). *Le capital social comme déterminant de la santé. Comment le mesurer*. Santé Canada, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Division de la gestion et diffusion de la recherche.

Wallerstein N, et E. Bernstein. (1988). « Empowerment Education : Freire's Ideas Adapted to Health Education ». *Health Education Quarterly*, vol. 15, no. 382.

White, J. et N. Jodoin. (1998). *Before the fact Intervention: a manual of best practices in youth suicide prevention information and resource*. University of British Columbia.

White, Deena et al. (2002). *Pour sortir des sentiers battus. L'action intersectorielle en santé mentale*. Les publications du Québec, 313 p.

Whitehead, M. et G. Dahlgreen. (1991). « What Can Be Done about Inequalities in Health? ». *Lancet*, vol. 338, p. 1059-1063.

Yin, K. Robert. (1994). *Case Study Research*. Thousand Oaks : Sages, 170 p.

ANNEXES



ANNEXE 1

QUESTIONNAIRES PRÉ, POST ET SUIVI (3 MOIS)



DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

FORMATION EN PRÉVENTION DU SUICIDE

Pour nous permettre de faire l'évaluation de cette formation en prévention du suicide et de mieux répondre aux besoins des participants, nous vous demandons de compléter ce questionnaire. Toutes vos réponses demeureront confidentielles.

1. Renseignements généraux :

- a) Avez-vous déjà reçu de la formation en prévention du suicide avant de participer à cette session de formation ?

☐ Non ☐ Oui

Si oui, vous avez eu une formation de : ☐ + de 6 heures ☐ - de 6 heures

- b) Votre sexe : ☐ Homme ☐ Femme

- c) Votre âge : _____

- d) Votre occupation actuelle: _____

- e) Votre secteur de résidence :

☐ Vallée de la Lièvre

☐ Vallée de la Rouge

2. Vous participez à cette formation :

- a) ☐ à titre personnel

- b) ☐ sur proposition de mon employeur

- c) ☐ autres motifs (précisez): _____

(Suite au verso)



3. Pour chacun des énoncés suivants, indiquez le niveau qui exprime le mieux ce que vous ressentez :

Cochez la case correspondant à votre choix

	Tout à fait d'accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	En désaccord
Les hommes sont renfermés et ne demandent pas d'aide.				
Les personnes qui veulent se suicider n'en parlent pas, elles le font.				
Si une personne est vraiment décidée à mourir, on ne peut pas la faire changer d'idée.				
Si la personne va mieux suite à une crise suicidaire, cela signifie que le risque de passer à l'acte est maintenant faible.				
Demander à quelqu'un s'il pense au suicide peut lui en donner l'idée.				
Le suicide est un acte de courage.				
D'habitude, une personne suicidaire est très discrète. Elle ne laisse pas de messages ou de signes nous laissant croire qu'elle est en détresse.				
On ne peut pas intervenir auprès d'une personne déterminée à se suicider si elle refuse de recevoir de l'aide. C'est son droit.				

4. Pour chacun des énoncés suivants, indiquez le niveau qui exprime le mieux ce que vous ressentez :

☺ je me sens très à l'aise

☹ je ne me sens vraiment pas à l'aise

Cochez la case correspondant à votre choix

	☺	←	→	☹
« ...d'apporter du soutien à une personne en détresse »				
« ...de demander à quelqu'un qu'on soupçonne d'être en crise suicidaire s'il a des pensées suicidaires... »				
« ...de poser les questions me permettant d'évaluer si une personne présente un risque de suicide... »				
« ...de référer une personne suicidaire vers les ressources appropriées à son état... »				

MERCI DE VOTRE COLLABORATION !



DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

FORMATION EN PRÉVENTION DU SUICIDE

Au début de votre formation en prévention du suicide, vous avez répondu à un questionnaire. Afin de nous permettre de faire l'évaluation de cette formation, nous vous demandons de répondre à nouveau à ce questionnaire, auquel nous ajoutons des questions sur votre appréciation de la formation.

Toutes vos réponses demeureront confidentielles.

1. Renseignements généraux :

- a) Avez-vous déjà reçu de la formation en prévention du suicide avant de participer à cette session de formation ?

☐ Non ☐ Oui

Si oui, vous avez eu une formation de : ☐ + de 6 heures ☐ - de 6 heures

- b) Votre sexe : ☐ Homme ☐ Femme

- c) Votre âge : _____

- d) Votre occupation actuelle : _____

- e) Votre secteur de résidence :

☐ Vallée de la Lièvre

☐ Vallée de la Rouge

2. Vous participez à cette formation :

- a) ☐ à titre personnel

- b) ☐ sur proposition de mon employeur

- c) ☐ autres motifs (précisez): _____



3. Pour chacun des énoncés suivants, indiquez le niveau qui exprime le mieux ce que vous ressentez :

Cochez la case correspondant à votre choix

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	En désaccord
Les hommes sont renfermés et ne demandent pas d'aide.				
Les personnes qui veulent se suicider n'en parlent pas, elles le font.				
Si une personne est vraiment décidée à mourir, on ne peut pas la faire changer d'idée.				
Si la personne va mieux suite à une crise suicidaire, cela signifie que le risque de passer à l'acte est maintenant faible.				
Demander à quelqu'un s'il pense au suicide peut lui en donner l'idée.				
Le suicide est un acte de courage.				
D'habitude, une personne suicidaire est très discrète. Elle ne laisse pas de messages ou de signes nous laissant croire qu'elle est en détresse.				
On ne peut pas intervenir auprès d'une personne déterminée à se suicider si elle refuse de recevoir de l'aide. C'est son droit.				

4. Pour chacun des énoncés suivants, indiquez le niveau qui exprime le mieux ce que vous ressentez :

☺ je me sens très à l'aise

☹ je ne me sens vraiment pas à l'aise

Cochez la case correspondant à votre choix

	☺	←	→	☹
« ...d'apporter du soutien à une personne en détresse »				
« ...demander à quelqu'un qu'on soupçonne d'être en crise suicidaire s'il a des pensées suicidaires... »				
« ...de poser les questions me permettant d'évaluer si une personne présente un risque de suicide... »				
« ...de référer une personne suicidaire vers les ressources appropriées à son état... »				



5. Pour chacun des énoncés suivants, indiquez le niveau qui exprime le mieux ce que vous ressentez :

Cochez la case correspondant à votre choix	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	En désaccord
Le déroulement de la formation				
Le lieu des rencontres était approprié.				
La durée de la formation était suffisante.				
Le type d'animation était adéquat.				
Le climat du groupe était favorable à l'échange et au partage d'expériences.				
La qualité de la formation reçue				
Cette formation m'a permis de mieux connaître l'ampleur du problème du suicide.				
Cette formation a poussé ma réflexion sur le phénomène du suicide.				
Les informations transmises étaient faciles à comprendre.				
La formation permet de comprendre le processus suicidaire.				
La formation permet de bien connaître les ressources d'aide dans la région.				
Le matériel fourni (cahier de participant) me sera utile pour intégrer le contenu abordé.				
L'utilité de la formation reçue				
Cette formation a répondu à mes attentes.				
Cette formation me permet de me sentir capable d'agir et de diriger les personnes vers les ressources d'aide.				

COMMENTAIRES :

Vous avez des commentaires ou suggestions sur des éléments de la formation qu'il faudrait conserver absolument, d'autres qu'il faudrait changer, des besoins complémentaires à cette formation, des préoccupations ou tout autre commentaire ou suggestion?

MERCI DE VOTRE COLLABORATION !



FORMATION EN PRÉVENTION DU SUICIDE

Vous avez déjà répondu à un questionnaire avant et après votre formation en prévention du suicide. Afin de nous permettre de compléter l'évaluation de cette formation et de vérifier les effets de celle-ci quelques mois plus tard, nous vous demandons aujourd'hui de répondre à nouveau à un dernier questionnaire.

Toutes vos réponses demeureront confidentielles.

1. Pouvez-vous indiquer quand vous avez reçu la formation de citoyens en prévention du suicide?

Date : _____ (si vous ne vous souvenez pas de la date précise, indiquez le mois et l'année)

2. Pouvez-vous indiquer la durée de la formation?

- a) ☐ - de 3 heures
b) ☐ entre 3 et 4 heures
c) ☐ entre 5 et 6 heures
d) ☐ + de 6 heures

3. Vous aviez participé à cette formation :

- a) ☐ à titre personnel
b) ☐ sur proposition de votre employeur
c) ☐ dans le cadre de vos études (étudiant)
d) ☐ autres motifs (précisez): _____

4. Renseignements généraux :

- a) Votre sexe : ☐ Homme ☐ Femme
b) Votre âge : _____
c) Votre occupation actuelle : _____
d) Votre secteur de résidence : ☐ Vallée de la Lièvre ☐ Vallée de la Rouge

5. AVANT de participer à cette session de formation, aviez-vous déjà reçu de la formation en prévention du suicide ?

☐ Oui ☐ Non (passez à la question no.6)

- a) Si oui, vous avez eu une formation de : ☐ + de 6 heures ☐ - de 6 heures

- b) Pouvez-vous indiquer quand vous aviez reçu cette formation (année)? : _____



6. Pour chacun des énoncés suivants, indiquez le niveau qui exprime le mieux ce que vous ressentez :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	En désaccord
Les hommes sont renfermés et ne demandent pas d'aide.				
Les personnes qui veulent se suicider n'en parlent pas, elles le font.				
Si une personne est vraiment décidée à mourir, on ne peut pas la faire changer d'idée.				
Si la personne va mieux suite à une crise suicidaire, cela signifie que le risque de passer à l'acte est maintenant faible.				
Demander à quelqu'un s'il pense au suicide peut lui en donner l'idée.				
Le suicide est un acte de courage.				
D'habitude, une personne suicidaire est très discrète. Elle ne laisse pas de messages ou de signes nous laissant croire qu'elle est en détresse.				
On ne peut pas intervenir auprès d'une personne déterminée à se suicider si elle refuse de recevoir de l'aide. C'est son droit.				

7. Pour chacun des énoncés suivants, indiquez le niveau qui exprime le mieux ce que vous ressentez :

- ☺ je me sens très à l'aise
 ☹ je ne me sens vraiment pas à l'aise

	☺ ← → ☹			
« ...d'apporter du soutien à une personne en détresse »				
« ...demander à quelqu'un qu'on soupçonne d'être en crise suicidaire s'il a des pensées suicidaires... »				
« ...de poser les questions me permettant d'évaluer si une personne présente un risque de suicide... »				
« ...de référer une personne suicidaire vers les ressources appropriées à son état... »				



8. Avez-vous eu à mettre en pratique ce que vous avez appris durant la formation de citoyens en prévention du suicide?

☐ Oui ☐ Non (passez à la question no.9)

Si oui, choisissez l'énoncé qui correspond le mieux à votre choix de réponse (vous pouvez cocher plus d'une case)

Cochez la case correspondant à votre choix	
« ...J'ai apporté du soutien à une personne en détresse »	
« ...J'ai demandé à quelqu'un que je soupçonnais être en crise suicidaire s'il avait des pensées suicidaires... »	
« ...J'ai posé des questions me permettant d'évaluer si une personne présentait un risque de suicide... »	
« ...J'ai référé une personne suicidaire vers les ressources appropriées à son état... »	
« ... J'ai accompagné une personne vers les ressources d'aide... »	
« ... J'ai utilisé les ressources d'aide pour m'aider dans ma démarche... »	
Autre : _____	

Commentaires ?

9. Recommanderiez-vous cette formation à quelqu'un d'autre?

☐ Oui ☐ Non

Commentaires?

10. À la lumière de vos expériences ou réflexions suite à la formation en prévention du suicide...

- Auriez-vous des propositions à faire pour améliorer cette formation (ex. : thèmes non couverts que vous auriez aimé discuter ou approfondir dans le cadre de cette formation)?
- Avez-vous des besoins complémentaires (techniques d'animation – ex. : jeux de rôle) à cette formation, des préoccupations ou tout autre commentaire ou suggestion?

11. Pour terminer, pouvez-vous indiquer qui a (ont) animé votre session de formation?

(s'il y avait deux formatrices, cochez les deux cases correspondantes au nom)

- | | | | |
|---------------------------------------|--|---|--|
| ☐ Diane Larose | ☐ Michelle Thomas | ☐ Michel Massé | ☐ Denise Lafontaine |
| ☐ Karine Loyer | ☐ Nicolas Höhn | ☐ Je ne sais pas | ☐ Sylvie Prud'homme |

MERCI DE VOTRE COLLABORATION !



ANNEXE 2

CANEVAS D'ENTREVUES

Je me présente.... Nous réalisons l'évaluation de l'implantation du *Programme-cadre de formation de citoyens et d'intervenants en prévention du suicide sur le territoire du CLSC des Hautes-Laurentides*. Je réalise cet entretien avec vous afin d'apprécier, à partir de votre point de vue, les éléments du *Programme de formation*. Je propose d'aborder avec vous sept thèmes reliés à la mise en œuvre, l'implantation, la formation et les effets de ce *Programme*. Je vous indiquerai à chaque fois quel thème nous abordons. Et, avant de passer à un autre thème, je tenterai de résumer votre pensée pour m'assurer d'avoir bien compris ce que vous m'avez dit. L'entrevue devrait durer environ une heure. Vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question et mettre fin à l'entrevue quand vous le voulez.

Mais avant de débiter, j'aimerais avoir votre accord pour enregistrer notre entretien afin de ne pas oublier ce dont nous avons parlé. Soyez assuré que notre conversation demeurera confidentielle et qu'aucune donnée permettant de vous identifier ne sera dévoilée dans le rapport d'évaluation. Acceptez-vous d'être enregistré? [le répondant doit accepter en disant « oui »]. Je dois indiquer dans l'enregistrement que le répondant accepte l'enregistrement. MERCI!

Avant de débiter, j'aimerais vous signaler que lorsque je parlerai du *Programme-cadre de formation d'intervenants et de citoyens en prévention du suicide*, j'utiliserai le terme « *Programme de formation* ».

Pour débiter, j'aimerais qu'on parle un peu de votre fonction, votre occupation...

1 CARACTÉRISTIQUES DES RÉPONDANTS

- 1.1 Pour quelle organisation travaillez-vous?
- 1.2 Quelle est votre fonction?
- 1.3 Depuis combien de temps?
- 1.4 Résidez-vous sur le territoire? (la Rouge, La Lièvre)
- 1.5 Avez-vous un rôle, une fonction ou responsabilité en lien avec la problématique du suicide sur votre territoire?

Si je résume, vous dites...

J'aimerais qu'on aborde maintenant l'historique et le contexte menant au choix du Programme de formation en prévention du suicide...

2 HISTORIQUE ET CONTEXTE

- 2.1 Selon vous, qu'est-ce qui a fait en sorte que la communauté en est venue à privilégier un programme de formation en prévention du suicide?
- 2.2 Quels sont les événements marquants (ex. : Colloque)?
- 2.3 Savez-vous qui est impliqué dans ce Programme de formation?

Si je résume, vous dites...

J'aimerais qu'on aborde maintenant la démarche d'implantation du Programme de formation dans la MRC Antoine-Labelle...

3 DÉMARCHE D'IMPLANTATION DU PROGRAMME DE FORMATION

- 3.1 Avez-vous été impliqué dans l'implantation du Programme de formation?
 - 3.1.1 Depuis quand?
 - 3.1.2 Quel a été votre rôle, votre fonction?
 - 3.1.3 Représentiez-vous votre organisme?
- 3.2 Comment avez-vous procédé pour identifier les milieux ciblés? (liste d'entreprises, contacts personnels, tiers, effet boule de neige...)
 - 3.2.1 Quels critères avez-vous utilisé pour identifier les milieux à cibler?
 - 3.2.1.1 (selon la présence de personnes à risque, le degré d'ouverture du milieu, etc.)
 - 3.2.2 Quels médiums (stratégies de communication) avez-vous utilisés pour contacter les milieux ciblés? (téléphone, poste, courriel, contact personnel, journaux, tiers, suite à une demande...)
 - 3.2.3 Comment avez-vous présenté le Programme de formation aux participants ou à leur organisation? (les objectifs, le but., les particularités du Programme, la fonction de sentinelles, leur intérêt ou vécu problématique...)
 - 3.2.4 Comment appréciez-vous la réceptivité des différents milieux?



- 3.3 Quels milieux/organismes ont été recrutés?
 - 3.3.1 Pourquoi ces milieux? (opportunité, pertinence...).
 - 3.3.2 Quelles sont les caractéristiques des participants/organisations rejoins?
 - 3.3.3 Qu'est-ce qui caractérise les aspects positifs ou négatifs des milieux rejoins (ex. : peut rejoindre les hommes, peu de milieux rejoins...)?
- 3.4 Selon vous, quels sont les intérêts des milieux au regard du *Programme de formation*?
 - 3.4.1 Les intérêts diffèrent-ils selon les milieux?
- 3.5 Quelles sont ces différences?
- 3.6 Au plan individuel, pourquoi les individus se sont-ils inscrits à la formation de sentinelles?
 - 3.6.1 Y avait-il des différences entre les motivations, selon les caractéristiques des individus? (ex. : deuil, détresse, veut aider les autres, vient pour son organisation, etc.).

Si je résume, vous dites...

J'aimerais aborder avec vous la formation d'intervenants et de citoyens en prévention du suicide...

4 PROGRAMME DE FORMATION DES SENTINELLES

- 4.1 Connaissez-vous le *Programme de formation*?
- 4.2 Si non [présenter brièvement la logique du *Programme*, c.-à-d. objectifs, but].
 - 4.2.1 Comment percevez-vous ça la formation en prévention du suicide dans votre communauté?
 - 4.2.2 Quelle est la pertinence de réaliser un tel programme dans votre communauté?
 - 4.2.3 Est-ce que ça peut changer quelque chose? (ex. : suicide, cohésion des acteurs).
 - 4.2.4 Qui ce *Programme de formation* peut-il rejoindre? (clientèle, citoyen, intervenant).
 - 4.2.5 Est-ce que des citoyens et des intervenants formés de cette façon peut être utile...
 - 4.2.5.1 À la communauté?
 - 4.2.5.2 À l'exercice de votre rôle, fonction, mandat?
 - 4.2.5.3 À améliorer les services, la concertation, l'arrimage des actions intersectorielles?
- 4.3 Si oui, comment appréciez-vous le *Programme de formation* en prévention du suicide
 - 4.3.1 Quels sont les objectifs et buts poursuivis?
 - 4.3.2 La pertinence/utilité de former l'ensemble des acteurs et membres de la communauté en prévention du suicide?
 - 4.3.3 Qui est rejoint par un tel *Programme de formation*? (clientèle, citoyens, intervenants)?
 - 4.3.4 Selon vous, quelle est la finalité poursuivie?
 - 4.3.5 Est-ce que ça peut changer quelque chose? (ex. : suicide, cohésion des acteurs).
 - 4.3.6 Est-ce que des citoyens et des intervenants formés de cette façon peut être utile...
 - 4.3.6.1 À la communauté?
 - 4.3.6.2 À l'exercice de votre rôle, fonction, mandat?
 - 4.3.6.3 À améliorer les services, la concertation, l'arrimage des actions intersectorielles?
- 4.4 Avez-vous adapté le *Programme de formation*?
 - 4.4.1 Pourquoi?
 - 4.4.2 En quoi?
 - 4.4.3 Quels sont les éléments de formation spécifiques aux intervenants/citoyens?
- 4.5 Pouvez-vous me parler de chacun des quatre blocs de formation? (je me positionne, je reconnais, j'évalue, j'agis)
 - 4.5.1 Quels sont les points forts de chacun des blocs?
 - 4.5.2 Quels sont les points faibles pour chacun?
- 4.6 Lors des sessions de formation avez-vous toujours abordé tous les blocs?
 - 4.6.1 Les avez-vous abordé toujours de la même manière? (variations?)
 - 4.6.2 Y a-t-il des blocs plus difficiles à aborder que d'autres?
 - 4.6.2.1 Selon les caractéristiques des individus et groupes?
 - 4.6.3 S'il y a des blocs que vous n'avez pas abordés, lesquels sont-ils?
 - 4.6.3.1 Pourquoi ne pas les avoir abordés?
 - 4.6.3.2 Y a-t-il des conséquences au niveau de la compétence?
 - 4.6.4 En général quelle était la durée des sessions de formation?
 - 4.6.4.1 Pourquoi ces variations? (s'il y lieu).
- 4.7 De façon générale comment évaluez-vous le climat des rencontres?
 - 4.7.1 Y a-t-il des différences selon les individus et les groupes?
 - 4.7.2 Si oui, à quoi attribuez-vous cela?
- 4.8 Durant la formation, vous êtes-vous assuré que les participants soient écoutés, que chacun ait son droit de parole?



- 4.8.1 Comment vous y êtes-vous pris?
- 4.9 Comment évaluez-vous la participation lors de la formation?
 - 4.9.1 Écouter, s'exprimer, prendre des initiatives, s'impliquer?
 - 4.9.2 Était-ce différent selon les groupes? Pourquoi? (ex. : ceux qui viennent à titre personnel versus délégué par leur employeur versus en stage de formation, caractéristiques d'âge, de sexe).
- 4.10 Selon vous, y avait-il des différences en matière de capacité de compréhension du contenu de la formation?
 - 4.10.1 Y a-t-il des éléments de la formation plus difficile à comprendre que d'autres?
 - 4.10.2 Si oui, comment vous assuriez-vous que tous les participants comprennent le contenu de la formation?
- 4.11 Durant la formation, les participants ont-ils été amenés à parler de leur vécu, de leur expérience?
 - 4.11.1 Quelles activités utilisiez-vous pour cela (ex. : jeux de rôles)?
 - 4.11.2 Quelle place occupait ce vécu/expérience dans toute la formation?
 - 4.11.3 Selon vous, quel(s) élément(s) de la problématique du suicide sont plus susceptibles d'amener les participants à se positionner personnellement/professionnellement par rapport au suicide?
- 4.12 Selon vous, les participants ont-ils été satisfaits de la formation reçue?
 - 4.12.1 Pourquoi?
 - 4.12.2 Selon vous, les participants perçoivent-ils que la formation leur a été utile?
 - 4.12.3 Si oui, en quoi? Si non, pourquoi?

Si je résume, vous dites...

Nous allons maintenant aborder la formation des formateurs en prévention du suicide...

5 FORMATION DE FORMATEURS

- 5.1 Comment avez-vous procédé pour recruter des formateurs?
 - 5.1.1 Selon quels critères?
 - 5.1.2 Quelles sont les caractéristiques des formateurs?
 - 5.1.3 Comment appréciez-vous le niveau de formation reçue par les formateurs (qualité de formation des formateurs)?
- 5.2 Pourquoi avez-vous décidé/accepté à devenir formateur?
 - 5.2.1 Quels sont vos intérêts?
- 5.3 Comment avez-vous été formé à devenir formateur?
 - 5.3.1 Par qui?
 - 5.3.2 Ça consistait en quoi?
 - 5.3.3 Comment vous êtes-vous approprié le plan de formation?

Si je résume, vous dites...

Nous abordons maintenant la compétence des participants suite à leur formation en prévention du suicide...

6 COMPÉTENCE RESSENTIE

- 6.1 Avez-vous été en contact avec des sentinelles?
- 6.2 Si non, demander au répondant qu'est-ce que ça prend comme compétence de base pour la fonction de sentinelles en prévention du suicide?
- 6.3 Est-ce une bonne stratégie pour intervenir au niveau du suicide dans votre communauté?
 - 6.3.1 Est-ce que le fait d'avoir des citoyens et des intervenants ayant reçu une formation de base en prévention du suicide peut être utile à la réalisation du mandat de votre organisation/établissement?
 - 6.3.1.1 En quoi ça peut être utile à votre mission, vos objectifs?
 - 6.3.1.2 Y a-t-il des éléments que vous jugez potentiellement problématique?
- 6.4 Quelle est votre appréciation de la compétence des participants suite à la formation?
 - 6.4.1 Suite à la formation, percevez-vous que les participants ont modifié leurs croyances, mythes ou préjugés au regard de la problématique du suicide?
 - 6.4.1.1 Qu'est-ce qui reste bien ancré au niveau des préjugés/mythes?
 - 6.4.1.2 Qu'est-ce qui a changé chez les participants?
 - 6.4.2 En ce qui concerne leur compétence à évaluer le risque/urgence chez des personnes suicidaires?
 - 6.4.3 En ce qui concerne leur compétence à offrir du soutien aux personnes suicidaires ?
 - 6.4.4 En ce qui a trait à leur attitude (empathie, sympathie, paternalisme, scepticisme...)?
 - 6.4.5 En ce qui a trait à leur compétence à référer (accompagner) les personnes suicidaires vers les ressources d'aide appropriées?
- 6.5 Existe-t-il des différences entre les individus, groupes, citoyens, intervenants?



6.6 Est-ce que la formation pourrait avoir créé un sentiment de fardeau chez les participants?

6.7 Selon vous, existe-t-il un danger à former des citoyens en prévention du suicide?

Si je résume, vous dites...

Nous arrivons presque à la fin de l'entrevue puisque nous abordons l'avant dernier thème, soit les actions des sentinelles...

7 ACTIONS/ALLIANCE DES SENTINELLES

7.1 Dans le cadre de votre travail, êtes-vous entré en contact avec un participant formé en prévention du suicide?

7.2 Si non, demander au répondant, comment il réagirait si une sentinelle faisait une démarche auprès de lui ou de son organisme (appel, accompagnement, référence, demande)?

7.2.1 Si oui, quelle était l'action?

7.2.2 À propos de quoi et de qui? (caractéristique de l'événement).

7.2.3 Quelle a été votre réaction ou celle de votre organisation (accueil, questionnaire)?

7.2.4 Comment ça s'est déroulé? (ex. : réaction de la sentinelle).

7.2.5 Quelles ont été les conclusions (prise en charge, référence, autre)?

7.2.6 Qu'est-il advenu de la sentinelle?

7.2.7 Y a-t-il eu une quelconque forme de suivi/soutien suite à l'action de la sentinelle qui lui a été offerte (type, nature et besoin de suivi, ex. : faire suivi de la personne accompagnée, offrir du counselling, ventiler...)?

7.2.8 Quelle est votre appréciation de la compétence de la sentinelle en prévention du suicide? (forces, faiblesses)

7.3 Avez-vous observé des changements dans votre organisme/établissement en lien avec l'action des citoyens et intervenants formés (clientèle, façon de faire, etc.)?

7.4 Selon vous, ce projet a-t-il contribué à réduire le nombre de suicides sur votre territoire?

7.4.1 Si oui, en quoi et pourquoi?

7.4.2 Si non, pourquoi?

Si je résume, vous dites...

Nous voilà rendu au dernier thème de notre entretien. Nous abordons ici le bilan du Programme de formation et les suites à donner...

8 PROSPECTIVE

8.1 Est-ce que ce Programme de formation répond aux besoins de votre communauté?

8.2 Quelle place occupe ou pourrait occuper le Programme de formation en prévention du suicide parmi l'ensemble des mesures/actions mises en place pour prévenir les suicides?

8.3 À quoi doit-on (peut-on) s'attendre d'une formation de ce type?

8.3.1 Pour des citoyens « ordinaires »?

8.3.2 Pour des intervenants?

8.4 Y a-t-il des améliorations à apporter au Programme de formation?

8.4.1 Quels sont les éléments à conserver absolument?

8.4.2 Quels sont les éléments à changer absolument?

8.5 Selon vous, quels sont les besoins de suivi des sentinelles?

8.5.1 Quel type et la nature du suivi?

8.5.2 Par quel mécanisme?

8.5.2.1 Par des services existants (le(s)quel(s))?

8.5.2.2 Par des efforts de formation continue?

8.5.2.3 Autres idées (ex. : ligne téléphonique pour connaître ou ventiler)?

Si je résume, vous dites...

Nous sommes rendus à la fin de l'entrevue, auriez-vous des commentaires, suggestions ou autre à apporter avant de terminer notre entretien? Je vous remercie du temps que vous nous avez accordé.

**ANNEXE 3**

ÉVOLUTION DES CROYANCES ET DU SENTIMENT DE COMPÉTENCE EN PRÉVENTION DU SUICIDE (%), PRÉ, POST, SUIVI (3 MOIS)

Tableau 13 Évolution du sentiment de compétence, selon l'énoncé, « citoyens » et « intervenants » ensemble, PRÉ, POST, SUIVI

Items des indices « compétence ressentie » « Je me sens à l'aise... »	Temps	Je me sens très à l'aise 😊	↔		Je ne me sens vraiment pas à l'aise 😞
« ... d'apporter du soutien à une personne en détresse... ».	PRE	47,1	26,4	12,8	13,7
	POST	59,7	29,7	5,8	4,7
	SUIVI	55,9	28,8	12,7	2,5
« ... demander à quelqu'un qu'on soupçonne d'être en crise suicidaire s'il a des pensées suicidaires... ».	PRE	49,5	22,5	13,7	14,3
	POST	61,2	27,2	7,0	4,6
	SUIVI	61,0	28,0	6,8	4,2
« ... de poser les questions me permettant d'évaluer si une personne présente un risque de suicide... ».	PRE	44,8	27,1	14,9	13,1
	POST	61,2	29,2	7,3	2,3
	SUIVI	58,8	27,7	10,9	2,5
« ... de référer une personne suicidaire vers les ressources appropriées à son état... ».	PRE	69,1	17,3	6,7	7,0
	POST	77,9	19,2	2,0	0,9
	SUIVI	78,2	16,0	5,0	0,8



Tableau 14 Évolution des croyances sur le suicide, selon l'énoncé, « citoyens » et « intervenants » ensemble, PRÉ, POST, SUIVI

Items des indices « croyances sur le suicide »	Temps	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	En désaccord
Les hommes sont renfermés et ne demandent pas d'aide.	PRE POST SUIVI	26,3 13,9 12,8	53,5 49,9 52,1	15,3 20,1 22,2	4,9 16,2 12,8
Les personnes qui veulent se suicider n'en parlent pas, elles le font.	PRE POST SUIVI	7,6 2,9 2,6	24,6 5,5 8,7	43,5 39,4 46,1	24,3 52,2 42,6
Si une personne est vraiment décidée à mourir, on ne peut pas la faire changer d'idée.	PRE POST SUIVI	2,5 2,9 0,9	8,6 4,7 5,2	46,3 25,7 35,3	42,6 66,7 58,6
Si la personne va mieux suite à une crise suicidaire, cela signifie que le risque de passer à l'acte est maintenant faible.	PRE POST SUIVI	3,4 2,0 1,7	10,7 3,8 5,1	44,6 32,7 35,9	41,3 61,5 57,3
Demander à quelqu'un s'il pense au suicide peut lui en donner l'idée.	PRE POST SUIVI	1,2 1,5 2,6	4,7 2,9 1,7	28,6 13,7 16,2	65,5 81,9 79,5
Le suicide est un acte de courage.	PRE POST SUIVI	3,5 1,8 1,8	10,7 5,7 4,4	21,1 13,7 20,2	64,7 78,9 73,7
D'habitude, une personne suicidaire est très discrète. Elle ne laisse pas de messages ou de signes nous laissant croire qu'elle est en détresse.	PRE POST SUIVI	2,5 1,2 1,7	12,6 5,0 4,3	41,6 27,7 35,0	43,2 66,1 59,0
On ne peut pas intervenir auprès d'une personne déterminée à se suicider si elle refuse de recevoir de l'aide. C'est son droit.	PRE POST SUIVI	2,2 2,1 1,7	11,7 3,0 6,9	36,9 25,5 31,9	49,2 69,4 59,5



ANNEXE 4

ANALYSES STATISTIQUES PORTANT SUR L'ÉVOLUTION DES CROYANCES ET DU SENTIMENT DE COMPÉTENCE EN PRÉVENTION DU SUICIDE, PRÉ, POST, SUIVI (3 MOIS)

Auteure : Natalie Kishchuk

1. Comparaison T1 (PRÉ) et T2 (POST), groupes avec le même n seulement

Les questionnaires d'évaluation ont été administrés immédiatement avant et immédiatement après les sessions de formation, de façon anonyme. Cependant, dans certains groupes, le nombre de questionnaires pré et post complétés n'a pas été identique, pour des raisons diverses. Devant l'impossibilité de relier les questionnaires pré et post aux mêmes répondants et afin de pouvoir s'assurer que tout changement observé puisse être attribué à la formation et non au changement de la composition des groupes, nous avons retenu pour ces analyses seulement les groupes où le nombre de questionnaires pré et post était identique (16 groupes sur 33, dont 37 % des participants total au post-test). Bien qu'il y ait toujours une possibilité qu'il ne s'agisse pas des mêmes individus, ce risque est minime car les deux questionnaires ont été administrés lors d'une même séance.

COMPÉTENCE RESENTIE

Le tableau 1 présente des résultats de l'analyse testant l'effet de l'intervention sur la compétence ressentie en prévention du suicide.

Tableau 1 Compétence ressentie, moyennes des scores pré-post¹, par type de participants

ITEM	CITOYENS N = 159		INTERVENANTS N = 93		CHANGEMENT	
	PRE	POST	PRE	POST	PRÉ-POST	PARTICIPANTS
Je me sens à l'aise..						
D'apporter du soutien à une personne en détresse	1.90	1.54	1.64	1.26	F (1,252) = 11.20, $\rho = .01$	F(1, 252) = 6.2, $\rho = .013$
Demander à quelqu'un qu'on soupçonne d'être en crise s'il a des pensées suicidaires	2.04	1.57	1.71	1.36	F(1,256) = 13.6, $\rho = .000$	F(1, 256) = 6.0, $\rho = .015$
De poser de questions me permettant d'évaluer si une personne présente un risque de suicide	2.05	1.53	1.71	1.34	F(1,256) = 17.58, $\rho = .000$	F(1,256) = 6.33, $\rho = .013$
De référer une personne suicidaire vers les ressources appropriées à son état	1.44	1.22	1.31	1.17	F(1,256) = 1.4, ns	F(1,256) = 6.09, $\rho = .04$
Indice compétences (alpha de Cronbach= .82)	1.86	1.46	1.59	1.28	F(1, 256) = 19.511, $\rho = .000$	F(1,256) = 7.929, $\rho = .000$
¹ Échelle de 4 points, 1 = très à l'aise, 4 = vraiment pas à l'aise ² Analyse de variance à deux facteurs : type de participants (citoyen, intervenant) X temps (pré, post). Les tests de F réfèrent aux effets principaux (« main effect ») de chaque facteur. Aucune des interactions type de participants X temps n'a été significatif.						

Les résultats des analyses présentées au tableau 1 (analyse univariée) et au tableau 2 (analyse multivariée) indiquent que la compétence ressentie en prévention du suicide s'est améliorée entre le T1 et le T2 et ce, autant pour les citoyens que pour les intervenants. Les intervenants se ressentent davantage compétents que les citoyens avant et après la formation.

Les répondants « citoyens » au T1 se ressentent davantage compétents pour référer une personne suicidaire vers les ressources (1.44) que de poser les questions permettant d'évaluer si une personne suicidaire présente un risque de suicide. Au T2, ces répondants se ressentent davantage compétents pour référer une personne suicidaire vers les ressources (1.22) que de demander à quelqu'un qu'on soupçonne d'être en crise s'il a des pensées suicidaires (1.57). Le même phénomène est observé chez les répondants « intervenants ».



Une analyse de variance multivariée a confirmé les résultats des analyses univariées : une amélioration de la compétence entre les deux mesures ($F(4, 244) = 4.73, p = .01$). Tous les quatre items ont atteint le seuil de .05 de cette analyse, dont les résultats sont indiqués au tableau 2.

Tableau 2 Analyses de variance multivariée, compétence ressentie

	CHANGEMENT ¹	
	PRÉ-POST	PARTICIPANTS
Je me sens très à l'aise..		
Ensemble des items	$F(4,244) = 4.73, p = .001$	$F(4,244) = 2.08, p = .09$
D'apporter du soutien à une personne en détresse	$F(1,251) = 10.94, p = .001$	$F(1, 251) = 6.32, p = .013$
Demander à quelqu'un qu'on soupçonne d'être en crise s'il a des pensées suicidaires	$F(1,251) = 12.343, p = .001$	$F(1, 251) = 5.95, p = .015$
De poser de questions me permettant d'évaluer si une personne présente un risque de suicide	$F(1,251) = 17.03, p = .000$	$F(1,251) = 5.79, p = .017$
De référer une personne suicidaire vers les ressources appropriées à son état	$F(1,251) = 5.57, p = .019$	$F(1,251) = 1.38, ns$
¹ Analyse de variance multivariée à deux facteurs : type de participants (citoyen, intervenant) X temps (pré, post). Les tests de F réfèrent aux effets principaux (« main effect ») de chaque facteur. Aucune des interactions type de participants X temps a été significatif.		

CONNAISSANCES SUR LES FAITS ET MYTHES SUR LE SUICIDE

Le tableau 3 présente les analyses pour les questions mesurant les connaissances sur les faits et mythes sur le suicide.

Tableau 3 Croyances, scores moyennes pré-post¹, par type de participants

ITEM	CITOYENS N = 159		INTERVENANTS N = 93		CHANGEMENT ²	
	PRE	POST	PRE	POST	PRÉ-POST	PARTICIPANTS
a) Les hommes sont renfermés et ne demandent pas de l'aide	1.86	2.14	2.10	2.67	F (1,250) = 8.20, ns	F(1, 250) = 7.03, ns
b) Les personnes qui veulent se suicider n'en parlent pas, elles le font	2.84	3.38	3.12	3.79	F(1,252) = 101.43, $\rho = .06$	F(1, 252) = 34.2, $\rho = .11$
c) Si une personne est vraiment décidée à mourir, on ne peut pas la faire changer d'idée	3.22	3.58	3.3.6	3.80	F(1, 248) = 93.84, $\rho = .07$	F(1,248) = 20.58, ns
d) Si la personne va mieux suite à une crise suicidaire, cela signifie que le risque de passer à l'acte est maintenant faible	3.19	3.43	3.33	3.76	F(1,251) = 12.16, ns	F(1,256) = 6.09, $\rho = .04$
e) Demander à quelqu'un s'il pense au suicide peut lui donner l'idée	3.59	3.79	3.60	3.91	F(1,251) = 18.2, ns	F(1,251) = 1.03, ns
f) Le suicide est un acte de courage	3.41	3.69	3.62	3.82	F(1,240) = 36.14, $\rho = .10$	F(1,240) = 18.85, ns
g) D'habitude, une personne suicidaire est très discrète. Elle ne laisse pas de messages ou de signes nous laissant croire qu'elle est en détresse	3.27	3.60	3.42	3.80	F(1,250) = 145.54, $\rho = .05$	F(1,250) = 35.6, $\rho = .10$
h) On ne peut pas intervenir auprès d'une personne déterminée à se suicider si elle refuse de recevoir de l'aide. C'est son droit	3.35	3.60	3.43	3.72	F(1,249) = 202.8, $\rho = .05$	F (1,249) = 25.6, ns
Indice croyances (alpha de Cronbach = .60)	3.09	3.40	3.24	3.65	F(1, 253) = 49.5, $\rho = .09$	F(1,253) = 16.0, ns

¹Échelle de 4 points, 1 = tout à fait d'accord, 4 = en désaccord.

²Analyse de variance à deux facteurs : type de participants (citoyen, intervenant) X temps (pré, post). Les tests de F réfèrent aux effets principaux (« main effect ») de chaque facteur. Aucune des interactions type de participants X temps a été significatif.

Les résultats des analyses présentées au tableau 3 indiquent que deux croyances par rapport au suicide ont évolué dans le sens voulu de façon statistiquement significative entre le pré-test et le post-test (questions g et h). Deux autres croyances ont évolué dans le même sens mais n'ont pas atteint le seuil de .05 (items b et c). L'indice formé des huit questions mesurant des croyances a également évolué de



façon marginalement significative entre le pré et le post test. En général, il n'y avait pas de différences entre les intervenants et les citoyens dans leurs croyances, sauf pour l'item d.

Une analyse de variance multivariée a davantage indiqué une amélioration dans les croyances entre les deux mesures ($F(4, 218) = 9.87, p = .01$). Tous les items ont atteint le seuil de .05 de cette analyse dont les résultats sont indiqués au tableau 4. Dans cette analyse, il y a une différence significative entre les citoyens et les intervenants dans le test global.

Tableau 4 Analyses de variance multivariée, croyances sur la prévention du suicide

ÉNONCÉS	CHANGEMENT ¹	
	PRÉ-POST :	PARTICIPANTS :
Ensemble des items	$F(4,218) = 9.87, p = .001$	$F(4,218) = 3.87, p = .001$
a) Les hommes sont renfermés et ne demandent pas de l'aide	$F(1,225) = 16.6, p = .001$	$F(1,225) = 14.3, p = .001$
b) Les personnes qui veulent se suicider n'en parlent pas, elles le font	$F(1,225) = 46.4, p = .001$	$F(1,225) = 16.7, p = .001$
c) Si une personne est vraiment décidée à mourir, on ne peut pas la faire changer d'idée	$F(1,225) = 20.5, p = .000$	$F(1,225) = 5.7, p = .018$
d) Si la personne va mieux suite à une crise suicidaire, cela signifie que le risque de passer à l'acte est maintenant faible	$F(1,225) = 16.7, p = .019$	$F(1,225) = 7.7, p = .006$
e) Demander à quelqu'un s'il pense au suicide peut lui donner l'idée	$F(1,225) = 17.3, p = .001$	$F(1,225) = .61, ns$
f) Le suicide est un acte de courage	$F(1,225) = 6.6, p = .01$	$F(1,225) = 2.96, p = .09$
g) D'habitude, une personne suicidaire est très discrète. Elle ne laisse pas de messages ou de signes nous laissant croire qu'elle est en détresse	$F(1,225) = 21.4, p = .001$	$F(1,225) = 4.78, p = .03$
h) On ne peut pas intervenir auprès d'une personne déterminée à se suicider si elle refuse de recevoir de l'aide. C'est son droit	$F(1,225) = 9.2, p = .003$	$F(1,225) = 2.05, ns$
¹ Analyse de variance multivariée à deux facteurs : type de participants (citoyen, intervenant) X temps (pré, post). Les tests de F réfèrent aux effets principaux (« main effect ») de chaque facteur. Aucune des interactions type de participants X temps a été significatif.		



2. Prédicteurs de la compétence ressentie

Une analyse de régression multivariée a été réalisée avec les données postformation afin de cerner les croyances les plus fortement reliées à la compétence ressentie. Les résultats sont indiqués au tableau 5.

Tableau 5 Prédicteurs de la compétence ressentie

	BÉTA STANDARDISÉ	CHANGEMENT
a) Les hommes sont renfermés et ne demandent pas de l'aide	.039	t (8, 188) = .387, ns
b) Les personnes qui veulent se suicider n'en parlent pas, elles le font	-.129	t (8, 188) = -1.134, ns
c) Si une personne est vraiment décidée à mourir, on ne peut pas la faire changer d'idée	-.195	t (8, 188) = -1.887, p = .062
d) Si la personne va mieux suite à une crise suicidaire, cela signifie que le risque de passer à l'acte est maintenant faible	.137	t (8, 188) = 1.279, ns
e) Demander à quelqu'un s'il pense au suicide peut lui donner l'idée	-.091	t (8, 188) = -.888, ns
f) Le suicide est un acte de courage	.019	t (8, 188) = .197, ns
g) D'habitude, une personne suicidaire est très discrète. Elle ne laisse pas de messages ou de signes nous laissant croire qu'elle est en détresse	.042	t (8, 188) = .396, ns
h) On ne peut pas intervenir auprès d'une personne déterminée à se suicider si elle refuse de recevoir de l'aide. C'est son droit	-.071	t (8, 188) = -.698, ns

Cette analyse indique que seulement l'item C (si une personne est vraiment décidée à mourir, on ne peut pas la faire changer d'idée) est relié de façon marginalement significative à l'indice de compétence ressentie. Le modèle global n'est pas significatif ($F(8, 118) = 1.04$, ns). L'ensemble des items explique 7 % de la variance de la compétence ressentie ($R = .27$).



3. Comparaisons pré, post et suivi

Les questionnaires de suivi ont été administrés au moins trois mois après la formation lors des rencontres retrouvailles dont l'assistance a été volontaire. Le nombre total de questionnaires de suivi complétés était 119, dont 36 % des 332 questionnaires pré-test. Comme ce groupe risque fortement de ne pas représenter l'ensemble des participants à la formation, il ne serait pas utile d'effectuer des analyses statistiques pour évaluer l'évolution de la compétence ressentie et les croyances entre le pré-test et le suivi, car les différences peuvent aussi bien être attribuables à la composition du groupe de suivi qu'à la formation. Cependant, les scores moyens sont présentés à titre illustratif au tableau 6, pour l'ensemble des participants (la variable « type de participants » n'étant pas comprise dans les questionnaires de suivi). Ces analyses comprennent tous les questionnaires reçus à tous les trois moments.



Tableau 6 Scores moyens pré, post et suivi

Compétence ressentie ¹	PRE N = 332	POST N = 347	SUIVI N = 119
D'apporter du soutien à une personne en détresse	1.93	1.56	1.62
Demander à quelqu'un qu'on soupçonne d'être en crise s'il a des pensées suicidaires	1.93	1.55	1.54
De poser des questions me permettant d'évaluer si une personne présente un risque de suicide	1.96	1.51	1.57
De référer une personne suicidaire vers les ressources appropriées à son état	1.52	1.26	1.29
Indice compétences (alpha de Cronbach= .81 au pré, .78 au post, .78 au suivi)	1.83	1.47	1.50
Croyances¹			
a) Les hommes sont renfermés et ne demandent pas de l'aide	1.99	2.39	2.35
b) Les personnes qui veulent se suicider n'en parlent pas, elles le font	2.84	3.41	3.29
c) Si une personne est vraiment décidée à mourir, on ne peut pas la faire changer d'idée	3.29	3.56	3.52
d) Si la personne va mieux suite à une crise suicidaire, cela signifie que le risque de passer à l'acte est maintenant faible	3.24	3.54	3.49
e) Demander à quelqu'un s'il pense au suicide peut lui donner l'idée	3.58	3.76	3.73
f) Le suicide est un acte de courage	3.47	3.70	3.66
g) D'habitude, une personne suicidaire est très discrète. Elle ne laisse pas de messages ou de signes nous laissant croire qu'elle est en détresse	3.26	3.59	3.51
h) On ne peut pas intervenir auprès d'une personne déterminée à se suicider si elle refuse de recevoir de l'aide. C'est son droit	3.33	3.62	3.49
Indice croyances (alpha de Cronbach= .69 au pré, .70 au post, .76 au suivi)	3.12	3.44	3.36
¹ (Échelle de 4 points, 1 = très à l'aise, 4 = vraiment pas à l'aise).			

De façon générale, ces données suggèrent que les effets de la formation aient été maintenus pour ceux qui ont participé aux rencontres retrouvailles.

**ANNEXE 5**

**ANALYSES STATISTIQUES PORTANT SUR L'ÉVOLUTION DES CROYANCES ET DU
SENTIMENT DE COMPÉTENCE EN PRÉVENTION DU SUICIDE, « CITOYENS » ET
« INTERVENANTS » ENSEMBLE, PRÉ, POST**

Croyances sur le suicide, moyennes des scores pré-post¹, analyse de variance, statistique éta² de MANOVA, selon le temps (pré-post) (n = 129)

Énoncés	TEMPS		CHANGEMENT ²	CONTRIBUTION
	PRÉ	POST	PRÉ-POST	PARTIAL ETA SQUARED
a) Les hommes sont renfermés et ne demandent pas de l'aide	1.95	2.34	$\rho = .001$	.052
b) Les personnes qui veulent se suicider n'en parlent pas, elles le font	2.94	3.55	$\rho = .000$	.159
c) Si une personne est vraiment décidée à mourir, on ne peut pas la faire changer d'idée	3.28	3.67	$\rho = .000$	.078
d) Si la personne va mieux suite à une crise suicidaire, cela signifie que le risque de passer à l'acte est maintenant faible	3.21	3.56	$\rho = .000$	.059
e) Demander à quelqu'un s'il pense au suicide peut lui donner l'idée	3.60	3.87	$\rho = .000$	.067
f) Le suicide est un acte de courage	3.48	3.75	$\rho = .007$	.032
g) D'habitude, une personne suicidaire est très discrète. Elle ne laisse pas de messages ou de signes nous laissant croire qu'elle est en détresse.	3.32	3.70	$\rho = .000$	.083
h) On ne peut pas intervenir auprès d'une personne déterminée à se suicider si elle refuse de recevoir de l'aide. C'est son droit	3.38	3.66	$\rho = .003$	.039
¹ Échelle de 4 points : 1 = tout à fait d'accord, 4 = en désaccord. ² Analyse de variance à un facteur : temps (PRÉ, POST). Les tests de F réfèrent aux effets principaux (« main effect ») du facteur temps. Seules les valeurs de ρ et η^2 dans les MANOVA sont présentées.				



Compétence ressentie, moyennes des scores pré-post¹, analyse de variance, statistique éta² de MANOVA, selon le temps (pré-post) (n = 129)

ITEM	TEMPS		CHANGEMENT ²	CONTRIBUTION
Je me sens à l'aise...	PRÉ	POST	PRÉ-POST	PARTIAL ETA SQUARED
...d'apporter du soutien à une personne en détresse	1.80	1.44	$p = .001$	.043
...demander à quelqu'un qu'on soupçonne d'être en crise s'il a des pensées suicidaires	1.92	1.52	$p = .000$	.052
...de poser les questions me permettant d'évaluer si une personne présente un risque de suicide	1.93	1.47	$p = .000$	.072
...de référer une personne suicidaire vers les services appropriés à son état	1.39	1.21	$p = .011$	.026

¹Échelle de 4 points, 1 = très à l'aise, 4 = vraiment pas à l'aise

²Analyse de variance à un facteur : temps (pré, post). Les tests de F réfèrent aux effets principaux (« main effect ») du facteur temps. Seules les valeurs de p et η^2 dans les MANOVA sont présentées



ANNEXE 6

CADRE D'ANALYSE

Tableau détaillé des thèmes, dimensions et indicateurs du cadre d'analyse portant sur l'implantation du *Programme « Tous ensemble pour la vie »* sur le territoire de la MRC d'Antoine-Labelle, version du 05/11/2004

THÈMES	DIMENSIONS	INDICATEURS/MESURES	SOURCES DES DONNÉES ¹⁰⁹
1. Caractéristiques des répondants	1.1 Rattachement organisationnel (mission, mandat) 1.2 Fonction/occupation/rôle/responsabilité 1.3 Durée de la fonction 1.4 Réside sur territoire (oui/non) 1.5 Rôle en lien avec problématique suicide 1.6 Positionnement par rapport à la problématique 1.7 Expérience/vécu/formation (re : suicide)	1.1.1 les services/activités/territoire de desserte 1.1.2 la clientèle 1.1.3 les valeurs/la vision/l'approche/la perspective 1.6.1 perception de l'accueil de la clientèle suicidaire 1.6.2 perception de la prise en charge/suivi clientèle/ de ses besoins 1.6.3 perception de l'accessibilité aux ressources en santé mentale 1.6.4 perception de l'arrimage des services du réseau SSS (inter et multidisciplinarité) 1.6.5 perception de l'arrimage intersectoriel (rôles complémentarité) 1.6.6 pertinence d'intervenir en prévention du suicide 1.6.7 pertinence des sentinelles	Entrevues Analyses documentaires (littérature)
2. Historique et contexte	2.1 Événements communautaires marquants 2.2 Les instances impliquées dans le <i>Programme</i> 2.3 Degré de connaissance du <i>Programme de formation</i>	2.2.1 rôle, mandat, fonction, responsabilité de l'acteur 2.2.2 rôle, mandat, fonction, responsabilité de l'organisation	Entrevues
3. Démarche d'implantation du <i>Programme de formation</i>	3.1 Niveau et degré d'implication dans l'implantation	3.1.1 depuis quand 3.1.2 rôle/fonction/investissement de ressources 3.1.3 représentation organisationnelle	Entrevues
4. Mobilisation de la communauté	4.1 Stratégie de mobilisation des milieux de vie	4.1.1 moyens utilisés pour solliciter les milieux de vie (adaptabilité du plan de formation, incitatifs, approches de sollicitation) 4.1.2 les critères pour identifier les milieux à cibler/ les participants 4.1.3 les médiums/médias utilisés 4.1.4 stratégie de présentation du <i>Programme</i>	Entrevues Analyses documentaires (communications orales, écrites réf. : 4.1.1, 4.1.3)

¹⁰⁹ Toutes les entrevues ont été réalisées durant la période du mois d'avril au mois de septembre 2004. Par ailleurs, tous les questionnaires retenus ont été distribués auprès des participants à la formation avant la formation (T1 ou PRÉ), après la formation (T2 ou POST) et au moins trois mois après la formation (T3 ou SUIVI). Enfin, l'analyse documentaire réfère à tout document administratif (PV, document d'établissement, etc.), provenant d'autres sources (ex. : journaux) ou de la revue de la littérature (théories et concepts; documents d'orientation, problématiques) susceptibles de documenter les thèmes retenus dans cette grille d'analyse.



THÈMES	DIMENSIONS	INDICATEURS/MESURES	SOURCES DES DONNÉES ¹⁰⁹
	4.2 Réceptivité des milieux de vie	4.2.1 intérêt perçu des milieux 4.2.2 intérêt différencié selon type d'organisation 4.2.3 motivations/intérêts au plan individuel	Entrevues Questionnaires (réf. : 4.2.3)
	4.3 Les milieux de vie rejoins	4.3.1 caractéristiques des milieux de vie/participants rejoins 4.3.2 aspects positifs (ex. : rejoint mieux les hommes) 4.3.3 aspects plus mitigés (ex. : pas de clientèle masculine)	Entrevues Questionnaires (réf. : 4.3.1)
	4.4 Recevabilité du <i>Programme de formation</i>	4.4.1 pertinence de réaliser un <i>Programme de formation</i> dans la communauté 4.4.2 les retombées perçues d'une telle intervention 4.4.2.1 sur les citoyens 4.4.2.2 sur les intervenants 4.4.2.3 au niveau de la communauté/de l'organisation 4.4.2.4 au niveau de la problématique	Entrevues
	4.5 Perception des objectifs/buts/finalités	4.5.1 ce qu'on veut développer chez les participants	Entrevues
	4.6 Réponses aux besoins du milieu	4.6.1 concordance du <i>Programme</i> avec les besoins du milieu	Entrevues
5. Formation de sentinelles	5.1 Plan de formation	5.1.1 adaptation du contenu du plan de formation 5.1.1.1 adaptation du contenu 5.1.1.2 adaptation aux intervenants 5.1.1.3 adaptation aux citoyens 5.1.1.4 outils/matériel (vignette, jeux de rôle...) 5.1.2 appréciation des objectifs et but du plan de formation 5.1.2.1 appréciation du contenu (bloc 1) P 5.1.2.2 appréciation du contenu (bloc 2) R 5.1.2.3 appréciation du contenu (bloc 3) E 5.1.2.4 appréciation du contenu (bloc 4) A 5.1.3 formation des formateurs 5.1.4 finalité poursuivie (rôle d'une sentinelle)	Entrevues Analyses documentaires (programmes initial et final)
	5.2 L'approche pédagogique	5.2.1 animateur dans un rôle de facilitateur 5.2.2 accessibilité culturelle du contenu pédagogique 5.2.2.1 aspects plus difficiles à aborder 5.2.2.2 aspects plus faciles à aborder 5.2.3 processus pédagogique action/réflexion/action	Entrevues



THÈMES	DIMENSIONS	INDICATEURS/MESURES	SOURCES DES DONNÉES ¹⁰⁹
	5.3 Participation active des participants	5.3.1 caractéristiques des participants 5.3.2 intérêt des participants 5.3.3 assiduité aux rencontres 5.3.4 niveau d'implication dans les activités 5.3.5 différences entre les types de participants 5.3.6 climat au sein du groupe	Entrevues (Questionnaires (réf. : 5.3.1; 5.3.5; 5.3.6))
	5.4 Résultats de formation	5.4.1 nombre de formations 5.4.2 durée des formations 5.4.2.1 nombre de blocs abordés 5.4.3 formation de formateurs 5.4.3.1 nombre et caractéristiques 5.4.3.2 type et degré de formation	Entrevues Questionnaires (réf. : 5.4.2)
	5.5 Satisfaction	5.5.1 déroulement de la formation (climat) 5.5.2 qualité de la formation 5.5.3 utilité de la formation 5.5.4 satisfaction globale 5.5.5 autres retombées suite à la formation	Entrevues Questionnaires (ref. : 5.5.1 à 5.5.4)
	5.6 Sentiment de compétence	5.6.1 connaissances 5.6.2 habiletés 5.6.3 attitudes (croyances, valeurs, préjugés) 5.6.4 compétence globale (portée/limite/effet pervers) 5.6.5 ce qu'on retient	Entrevues Questionnaires (réf. : 5.6.1 à 5.6.4)
	5.7 Actions des sentinelles	5.7.1 types et nombre d'actions 5.7.2 nombre de personnes dépistées/accompagnées/ référées 5.7.3 nombre de sentinelles « actives » 5.7.4 contexte 5.7.5 compétence et crédibilité perçues des sentinelles 5.7.6 suivi de sentinelles/ du suicidaire 5.7.7 limites de la fonction ou du rôle	Entrevues



THÈMES	DIMENSIONS	INDICATEURS/MESURES	SOURCES DES DONNÉES ¹⁰⁹
6. Alliance avec les services	6.1 Alliance des sentinelles avec les services de crise-suicide	6.1.1 type de mécanisme de coordination entre l'action des sentinelles et les services crise-suicide 6.1.2 accueil de la clientèle suicidaire/sentinelles 6.1.3 prise en charge/suivi/sortie clientèle 6.1.4 accessibilité aux ressources en santé mentale 6.1.5 arrimage des services du réseau SSS 6.1.6 arrimage intersectoriel	Entrevues
	6.2 Activités visant à favoriser la reconnaissance des sentinelles par les intervenants en crise-suicide	6.2.1 types d'activités (sensibilisation, information, formation) 6.2.2 types et nombre d'intervenants en crise-suicide rejoints	Entrevues Analyses documentaires (réf. : 6.2.1 : communications)
	6.3 Partenariats et collaborations	6.3.1 caractéristiques organisationnelles des partenaires 6.3.2 mandat, rôles et fonction dans le projet 6.3.3 type et degré d'implication (ress. humaines, \$\$\$) 6.3.4 intersectorialité	Entrevues Analyses documentaires (rapport d'activités CLSC)
7. Appréciation du but /résultats /effets / impacts	7.1 Évolution des dossiers des clientèles à risque suicidaire	7.1.1 nombre de personnes hospitalisées pour tentative de suicide 7.1.2 caractéristiques des personnes hospitalisées	Entrevues Aucune donnée objectivée
	7.2 Évolution du nombre de suicides	7.2.1 incidence annuelle de suicide sur le territoire 7.2.2 caractéristiques des personnes suicidées	Analyses dossiers coroners (ans 2002-2003-2004)
	7.3 Perception des résultats/effets/impact	7.3.1 perception de l'impact du programme (global) 7.3.1.1 au niveau des participants 7.3.1.2 au niveau de l'organisme 7.3.1.3 au niveau de la communauté	Entrevues
8. Prospective	8.1 Besoin/suivi des sentinelles	8.1.1 besoins de suivi des sentinelles 8.1.2 besoins de formation des sentinelles 8.1.3 besoin de soutien (outils, mécanismes, etc.)	Entrevues Analyses documentaires (rapport d'activités retrouvailles)



THÈMES	DIMENSIONS	INDICATEURS/MESURES	SOURCES DES DONNÉES ¹⁰⁹
	8.2 Les suites au projet de formation	8.2.1 recommandations sur les suites à donner au Projet de formation (ex. : participants à cibler, milieux de vie, etc.) 8.2.2 identité (logo, appellation personnes formées comme sentinelles, etc.) 8.2.3 les rôles, responsabilités, fonctions (CLSC, OC, CH, etc.) 8.2.4 les besoins en intersectorialité (ex. : mécanismes de « liaison »/coordination/concertation à développer) 8.2.5 les besoins en ressources pour assurer la pérennité du <i>Programme</i> 8.2.6 les formations à venir (qui, quand, où, combien)	Entrevues
	8.3 Les actions à venir	8.3.3 les actions à venir en lien avec la prévention du suicide 8.3.4 les défis/enjeux	Entrevues



ANNEXE 7

ACTIVITÉS ENTOURANT LA PRÉVENTION ET L'ACTION FACE AU SUICIDE SUR LE TERRITOIRE DE LA MRC D'ANTOINE-LABELLE, DEPUIS 2001

Compilation réalisée par Diane Larose, conceptrice du *Programme « Tous ensemble pour la vie »*!, juin 2005

Comité sur la problématique du suicide sur le territoire visant la réflexion et la recherche de stratégies d'actions pour en réduire le taux. Comité formé de citoyens et d'intervenants volontaires informés par les médias des lieux et dates de rencontres. Comité soutenu par une organisatrice communautaire de CLSC. Une vingtaine de personnes ont participé à ces rencontres. 2001-2002.

Conférences de sensibilisation de l'impact du suicide sur le réseau de la personne par monsieur Daniel Sauvé dont le fils s'est suicidé. Cette activité offerte à Mont-Laurier et à l'Annonciation a permis de rejoindre environ 150 personnes. Hiver 2002.

Conférence à Mont-Laurier sur la dépression s'adressant à la population par Marc Faubert, psychologue. (75 participants). Avril 2002.

Élaboration et formation du personnel infirmier sur l'intervention auprès du client suicidaire hospitalisé en psychiatrie et sur les modalités à prendre pour lui assurer un filet de sécurité au moment du congé. Mars 2002.

Élaboration du plan d'action pour les services de prévention et d'action face au suicide sous l'égide de la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides avec la collaboration des partenaires locaux. Juin 2002.

Session de formation dispensée par la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides pour le personnel des urgences sur les ententes régionales de services pour les situations de crise et suicide. Sessions de deux heures par groupe. 2002.

Colloque « Oser la vie. Non au suicide ». 150 participants composés de citoyens, intervenants intersectoriels. Juin 2002.



Programme de formation médicale sur les actions face au suicide par Dr André Gagnon, psychiatre, organisé par la Régie régionale des Laurentides. Juin 2002. Participation d'environ 15 médecins du territoire.

Publication du rapport « Investigation sur les suicides survenus entre le 18 avril 2001 et le 30 avril 2002 dans la MRC d'Antoine-Labelle ». Août 2002

Rencontres avec les partenaires sur les résultats de l'investigation et sur les pistes d'action qu'ils suggèrent. Septembre-décembre 2002.

Distribution des dépliants « S'entraider pour la vie » dans tous les foyers du territoire. Septembre 2002.

Travaux d'ententes de services pour les situations de crise et de suicide sur le plan local à partir de ceux élaborés en 2001 au niveau régional¹¹⁰. Bien que ces travaux n'aient pas été achevés, ils ont favorisé la réflexion des partenaires et une conscientisation de l'importance de leur collaboration. (2002-2003).

Séances de consultation auprès de la population sur la pertinence d'implanter un programme de prévention sur le suicide s'adressant à tous les citoyens et citoyennes de la communauté en s'inspirant de celui développé dans Chaudière-Appalaches « La prévention du suicide tout le monde s'en mêle ». Présentation du *Programme* par monsieur Gilbert Fillion de la Direction de santé publique des Laurentides. Séances à Mont-Laurier et l'Annonciation. Une soixantaine de personnes ont participé et ont exprimé un grand intérêt pour l'implantation d'un tel programme. Novembre 2002.

Demande de financement à la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides pour son élaboration. Novembre 2002.

Financement de la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides de 10 000 \$ pour l'élaboration du *Programme* et 12 000 \$ pour son implantation. Janvier 2003.

¹¹⁰ Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides. (2001), Ententes de services pour les situations de crise et suicide, 66 p.



Soutien de la Direction de santé publique des Laurentides pour l'élaboration du *Programme* par l'organisation d'une téléconférence avec les régions ayant expérimenté l'implantation de ce type de programmes dont Chaudières-Appalaches. Janvier 2003.

Développement de stratégies et d'outils de planification des congés temporaires et définitifs à l'Unité d'admission psychiatrique « Plan de sortie - congé temporaire » et « Plan de sortie - congé définitif ». Hiver 2003.

Élaboration du *Programme de prévention du suicide* adapté pour notre territoire. Janvier à mars 2003.

Implantation du *Programme*. À ce jour, plus de 500 personnes ont bénéficié du *Programme*. Nous disposons de cinq formateurs, formatrices. Le *Programme* a été adapté pour correspondre aux besoins de différents groupes tels citoyens, intervenants, médecins etc. Depuis mars 2003.

Consolidation des services de postvention par une entente de services entre le CPS le Faubourg et Toxico-Alerte. Globalement, le CPS le Faubourg, assume la responsabilité et l'encadrement des services de soutien aux personnes endeuillées par le suicide d'un proche. A cet effet, il assure la formation et la supervision d'intervenants de Toxico-Alerte pour dispenser le service. Un budget de 13 000 \$ a été octroyé dans ce cadre, en janvier 2003 par la Régie régionale des Laurentides. Cette entente favorise une meilleure accessibilité aux services de postvention sur le territoire. Janvier 2003.

Campagne de sensibilisation sur la prévention du suicide par le bon entreposage des armes à feu. Dépliants et articles dans les journaux locaux. 2002-2003.

Formation de trois formateurs (psychiatre, médecin et intervenante en suicidologie) au « *Programme de formation médicale sur les actions face au suicide* » développé dans l'Outaouais et subventionné par le MSSS. Avril 2003.

Enquête sur les suicides au Québec chez les personnes hospitalisées ou en consultation dans les services d'urgence. Cette investigation réalisée à partir des données des rapports des coroners visait à soutenir les interventions préventives chez cette clientèle à risque. Rappelons que six des vingt résidants qui se sont



suicidés au cours de l'année 2001-2002 étaient en congé temporaire ou avaient eu leur congé au de la semaine précédant leur suicide.

Session de formation des médecins en utilisant les quatre thèmes du programme local ainsi que des activités d'intégration développées dans le programme de formation médicale précité. Durée de la formation, environ trois heures. Participation environ quinze médecins. Janvier 2004.

Conception et distribution de fiches plastifiées des services de prévention et d'intervention de crise et de suicide. Distribution aux différents organismes du milieu et des municipalités. Mars 2004.

Conception et distribution d'outils d'évaluation et d'intervention auprès de personnes suicidaires s'adressant aux médecins, aux intervenants de crise et au personnel d'urgence. (COQ et Évaluation et interventions auprès d'une personne présentant un potentiel suicidaire à l'urgence). Distribution faite à l'ensemble des médecins du territoire ainsi qu'aux services d'urgence et aux services psychosociaux des trois points de service du CLSC. Mars 2003 et mars 2004.

Enrichissement du *Programme* de formation tout au cours du processus à la lumière des besoins exprimés au cours des sessions, des rapports d'étape de la recherche évaluative et des nouveaux développements en suicidologie.

Activités « retrouvailles » s'adressant aux personnes qui ont suivi la formation en prévention du suicide. Ces rencontres avaient deux objectifs. Elles se sont inscrites dans le cadre de la recherche évaluative du programme local par une consultation auprès des personnes qui ont suivi la formation. Ces activités visaient aussi à déterminer avec les participants les activités de suivi.

Augmentation de l'accessibilité des services psychosociaux (mission CLSC). Une intervenante est disponible jusqu'à 20 h 30 du lundi et vendredi. De plus, les services sont offerts la fin de semaine de 8 h 30 à 16 h 30. Mars 2005.

Organisation d'une journée de suivi s'adressant aux personnes qui ont suivi le programme de base. Mai 2005.

