



La prévention du suicide au Québec :

Mettre en œuvre les mesures efficaces

Document adressé au ministre de la Santé et des Services sociaux

Mis à jour le 16 janvier 2012

Association québécoise de prévention du suicide

1135 Grande-Allée Ouest, bureau 230, Québec (Québec) G1S 1E7

T 418 614 5909 **F** 418 614 5906 **I** www.aqps.info

SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION</u>	<u>3</u>
<u>PARTIE 1. DÉVELOPPER LA SURVEILLANCE ET LA CONNAISSANCE</u>	<u>5</u>
<u>PARTIE 2. APPORTER UNE AIDE IMMÉDIATE ET ADÉQUATE AUX CITOYENS EN DÉTRESSE ET À LEURS PROCHES</u>	<u>7</u>
1.1. L'augmentation de l'accessibilité de la ligne 1 866 APPELLE	8
1.2. Le développement de l'intervention sur le Web	10
1.3. Le renforcement des services de crise	12
1.4. Le développement et la généralisation du suivi étroit des personnes ayant commis une tentative de suicide	14
1.5. Le développement des services aux endeuillés et de la postvention	16
<u>PARTIE 3. AUGMENTER L'ACCÈS À LA FORMATION POUR LES INTERVENANTS</u>	<u>19</u>
<u>PARTIE 4. MULTIPLIER ET RENFORCER LES RÉSEAUX DE SENTINELLES</u>	<u>24</u>
<u>PARTIE 5. DÉVELOPPER DES CAMPAGNES DE SENSIBILISATION ET DE MOBILISATION</u>	<u>27</u>
<u>PARTIE 6. RÉDUIRE L'ACCÈS AUX MOYENS</u>	<u>29</u>
6.1. Réduire l'accessibilité matérielle	29
6.2. Lutter contre l'accessibilité sociale	31
<u>MESURES COMPLÉMENTAIRES</u>	<u>33</u>
<u>CONCLUSION</u>	<u>35</u>
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	<u>36</u>

INTRODUCTION

Dans le présent document adressé au ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Association québécoise de prévention du suicide présente les mesures démontrées efficaces qui permettront de réduire significativement le nombre de décès par suicide au Québec.

Trois suicides sont commis chaque jour à travers la province. Plus d'un millier de personnes s'enlèvent la vie chaque année. Le suicide est un véritable problème de santé publique, qui touche des milliers de personnes. En effet, pour chaque suicide complété, on compte 6 à 10 proches endeuillés ainsi qu'une moyenne de 30 tentatives et de plus de 100 personnes en proie à des idéations suicidaires¹. Dans une société comme le Québec, ce constat est inacceptable alors que le suicide est une cause de décès évitable, tel que l'indique l'Organisation mondiale de la santé.

En marge de ces drames humains, chaque suicide entraîne un coût économique immense. On estime à près de 850 000 \$ le coût moyen d'un suicide. Ce montant couvre les coûts directs occasionnés par un décès (services d'ambulance, de soins hospitaliers, médicaux, d'autopsie, de funérailles/incinération et enquêtes policières) et les coûts indirects, calculés sur la base des années potentielles de vie perdues et des revenus futurs perdus².

Une réduction significative de ce nombre est possible, nécessaire et urgente. La recherche sur le suicide et sa prévention a connu des progrès significatifs au cours des dernières années. Des études nombreuses, fiables et en lien étroit avec la pratique indiquent clairement quels sont les moyens les plus efficaces de prévenir le suicide. En outre, le Québec dispose d'une structure organisationnelle efficiente, exploitant la collaboration entre le communautaire et le réseau public.

En concordance avec plusieurs aspects de sa mission qui l'engage notamment à mobiliser l'opinion publique et les décideurs quant à l'ampleur de la problématique du suicide, à promouvoir des mesures qui favorisent l'émergence d'un contexte socio-politique propice à la prévention du suicide, à soutenir les centres de prévention du suicide et toute autre ressource œuvrant en faveur de cette cause, l'Association québécoise de prévention du suicide porte les préoccupations de ses membres et des partenaires du réseau de la prévention du suicide au Québec et constate un écart entre les besoins et les mesures actuellement mises en œuvre. Cet enjeu touche l'ensemble des organisations et acteurs de la prévention du suicide, qui souffrent de ne pouvoir atteindre les objectifs qu'ils se fixent et qu'a fixés le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Dans ce document, l'Association québécoise de prévention du suicide entend interpeller le gouvernement du Québec, et plus spécifiquement le ministère de la Santé et des Services

¹ Calculé d'après [13]

² Selon [14]: « En 1996, on estime que le coût total moyen par décès dû à un suicide s'élevait à 849 877,80 \$. ». L'étude spécifie également que le coût varie avec la méthode utilisée (arme à feu » saut/chute » strangulation) et que les coûts les plus élevés sont observés dans les groupes d'âge où les suicides sont les plus nombreux, soit les 35-49 ans. L'étude n'inclut pas le coût des tentatives de suicide.

sociaux, en mettant en lumière les stratégies réputées efficaces qui devraient être développées ou renforcées rapidement pour atteindre une réduction importante du nombre de suicides.

Le ministère semble conscient de l'enjeu.

- Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010^[9] publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec indique que « le Québec détient le triste record du plus haut taux de suicide au Canada. Malgré cela, les troubles mentaux et le suicide n'ont pas toujours l'attention méritée et les personnes visées ne reçoivent pas tous les traitements dont elles ont besoin. » et que « le Québec demeure dans le peloton de tête des pays ayant le plus haut taux de suicide au monde. Les nombreuses solutions préconisées dans la *Stratégie québécoise d'action face au suicide, S'entraider pour la vie*, bien que pertinentes, demandent que l'on concentre les efforts, en intensité et en durée, sur quelques objets considérés comme prioritaires. La prévention du suicide demeure donc un domaine d'action prioritaire. ».
- Dans le Programme national de santé publique 2003-2012^[7], la réduction du nombre de tentatives de suicide et du nombre de suicides est clairement définie comme un objectif à l'horizon 2012. La mise à jour du programme^[8], publiée en 2008, identifie les taux de suicide et de tentatives visés.
- Enfin, le Guide des bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des gestionnaires de CSSS^[2] indique aussi que « depuis 1996, le suicide est une priorité de santé publique au Québec. » et propose aux gestionnaires de CSSS une série de stratégies qui recourent celles qui sont développées dans le présent document.

Ces affirmations sont appréciables mais ne suffisent pas. Si la prévention du suicide est une priorité de santé publique, elle requiert que l'on y consacre les moyens humains et financiers qui permettront sa mise en œuvre véritablement efficace. Cela doit en outre se faire dans l'immédiat. Parce que chaque jour qui passe, trois personnes se suicident.

À partir de ses travaux menés en collaboration avec de nombreuses organisations concernées par la prévention du suicide, l'Association québécoise de prévention du suicide identifie six mesures essentielles, dont l'application permettra une réduction significative du nombre de suicide et de tentatives de suicide au Québec :

1. Le développement de la surveillance et de la connaissance;
2. L'aide aux citoyens en détresse (cette partie étant subdivisée en cinq mesures);
3. La formation des intervenants;
4. Le développement de réseaux de sentinelles;
5. Les campagnes de prévention du suicide;
6. La réduction de l'accès aux moyens.

Pour chacune de ces mesures, le présent document prétend répondre aux quatre questions suivantes :

1. En quoi est-elle efficace pour prévenir le suicide?
2. Quelle est la situation actuelle au Québec quant à son application?
3. Quels sont les besoins et recommandations?
4. Avec quels acteurs partenaires faut-il poursuivre la mise en œuvre?

PARTIE 1 : DÉVELOPPER LA SURVEILLANCE ET LA CONNAISSANCE

1.1. Une mesure efficace

Il est essentiel, pour les acteurs locaux, de connaître le portrait du suicide et des tentatives de suicide dans leur région ou localité pour pouvoir orienter leurs actions. La problématique du suicide connaît en effet des réalités variables d'une région à l'autre, parfois d'une localité à l'autre. De plus, une analyse menée en Estrie a révélé que les taux de suicide n'étaient pas comparables d'un réseau local de services à l'autre, puisqu'il a notamment été observé que celui du réseau local de services Granit est presque deux fois plus élevé que d'autres^[15]. D'ailleurs, entre le Haut-Saint-François et le Val-Saint-François, deux MRC voisines de l'Estrie, les moyens utilisés sont différents : leur taux de suicide par arme à feu est respectivement de 29% et 46%^[16].

Au-delà des aspects strictement quantitatifs que sont les nombres et taux de suicide par sexe et par âge, une foule de données permettent de préciser les profils des personnes suicidées et suicidaires, en vue d'axer les efforts de prévention spécifique sur ce public.

Une fine surveillance du phénomène du suicide, tant locale que régionale et provinciale, permet une affectation optimale des ressources et une définition intelligente des priorités d'actions.

L'analyse des rapports des coroners des décès par suicide en Estrie relevait d'ailleurs que puisque « le coroner a pour mandat d'évaluer tous les cas où il subsiste des raisons de soupçonner qu'un décès n'est pas lié à une cause naturelle ou si des indices de mort violente sont présents dans les circonstances. »^[17] et que « pour ce faire, l'investigation du coroner doit tenir compte de l'environnement physique de la scène du décès en plus d'évaluer les caractéristiques médico-sociales de la victime au moment du décès. Dans le contexte de la prévention du suicide, un rapport du coroner complet a le potentiel de devenir une véritable mine d'or d'information dans le but d'établir le profil des individus vulnérables au suicide et dans l'évaluation des services offerts dans ce domaine. »^[15]

1.2. La situation au Québec

La surveillance

Actuellement, les données rendues disponibles par le Bureau du coroner et l'Institut national de santé publique du Québec, bien que précieuses, sont relativement limitées pour la compréhension des profils suicidaires, tant au niveau provincial qu'au niveau local.

La connaissance

Plusieurs réseaux de recherche et d'enseignement alimentent les organisations actives en prévention du suicide en données de recherche quantitative ou qualitative. Ces données sont appréciables et permettent d'améliorer la connaissance de la problématique et donc la pratique.

1.3. Besoins et recommandations

La surveillance

- Les organisations actives en prévention du suicide expriment le besoin de disposer de **données de surveillance précises et rigoureuses**. Celles-ci doivent être réparties par territoire de CSSS ou de réseaux locaux de services puisque des secteurs géographiques, même rapprochés, sont susceptibles de présenter des réalités parfois très variables.
- D'ailleurs, de tels besoins ont également été mentionnés en Europe alors que quarante-quatre spécialistes, dont le psychiatre Boris Cyrulnik, ont signé une lettre parue dans les médias français en mai dernier demandant « la création d'un observatoire des suicides et des conduites suicidaires ».^[18]

La connaissance

- L'évolution de la connaissance d'expérience en prévention du suicide suscite en permanence de nouvelles questions de recherche. Il est donc nécessaire de **continuer à soutenir la recherche** à propos du suicide et de sa prévention. À titre d'exemple, il conviendrait aujourd'hui d'en connaître davantage sur les questions en lien avec le suicide et les nouvelles technologies pour mieux orienter les actions en ce domaine.
- Par ailleurs, il serait nécessaire que les problématiques concernant le suicide et sa prévention soient davantage **intégrées aux programmes dispensés dans les réseaux d'enseignement universitaire** (notamment dans la formation des médecins généralistes et spécialistes, des infirmières, des pharmaciens, etc.)

1.4. Les acteurs et partenaires

La recherche, le traitement et la présentation de données de surveillance sont susceptibles de solliciter :

- Le Bureau du coroner;
- L'Institut national de santé publique du Québec;
- Les services de la Sécurité du Québec de chacune des régions;
- Les agences de santé et de services sociaux et directions régionales de santé publique.

L'intensification de la recherche et de l'enseignement sollicite :

- Les centres et réseaux de recherche sur le suicide (notamment le Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie de l'UQAM et le Réseau québécois de recherche sur le suicide);
- Les facultés universitaires de médecine, de sciences infirmières et de pharmacie.

PARTIE 2 : APPORTER UNE AIDE IMMÉDIATE ET ADÉQUATE AUX CITOYENS EN DÉTRESSE

Les acteurs de la prévention du suicide sont avant tout préoccupés par la personne en détresse, qu'ils placent au cœur de leurs actions et services. Il est reconnu que, pour une personne suicidaire, spécialement pour un homme, demander de l'aide n'est pas une action facile. Pour cette raison, les dispositifs d'aide se doivent d'être particulièrement faciles d'accès et multiples, soit adaptés aux divers types de demandes d'aide et aux besoins variables des personnes en détresse. Si l'on veut véritablement aider les personnes qui souffrent, nous devons adapter le système à celles pour lesquelles la demande d'aide est la plus difficile.

Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010^[9] stipule que l'organisation des services doit favoriser l'accès des personnes qui sont en crise suicidaire à une gamme de services, dont : « [...] un service d'intervention téléphonique (un numéro d'accès 24 heures par jour, 7 jours sur 7, et non seulement une ligne d'écoute) ; un service mobile d'intervention de crise « face à face » ; des places d'hébergement de crise ; un suivi de crise à court terme ; un service hospitalier d'urgence ». Par ailleurs, le Guide des bonnes pratiques à l'intention des gestionnaires de CSSS^[2] publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux en 2010 indique que « les personnes suicidaires doivent avoir accès à une gamme de services adaptés à leurs besoins. On trouve notamment parmi ces services l'intervention préventive, l'intervention téléphonique jour et nuit, l'intervention en période de crise suicidaire, l'intervention après la crise, soit la postvention ainsi que le soutien aux endeuillés et aux proches. ».

Cette première partie présente cinq moyens efficaces de répondre aux besoins des citoyens en détresse, indispensables au succès de la prévention du suicide en 2012 :

- 1.1.** L'augmentation de l'accessibilité de la ligne 1 866 APPELLE;
- 1.2.** Le développement de l'intervention sur le Web;
- 1.3.** Le renforcement des services de crise;
- 1.4.** Le développement et la généralisation du suivi étroit des personnes ayant commis une tentative de suicide;
- 1.5.** Le développement des services aux endeuillés et de la postvention.

2.1. Augmenter l'accessibilité de la ligne 1 866 APPELLE

2.1.a. Une mesure efficace

La ligne 1 866 APPELLE, disponible depuis 2001, est un outil précieux pour la prévention du suicide au Québec. Elle a pour objectif de rendre l'intervention accessible 24h/24 et 7 jours sur 7 dans la plus grande partie du territoire québécois. S'adressant aux personnes suicidaires et à leurs proches, aux personnes endeuillées par suicide, aux sentinelles et aux intervenants, elle est l'une des grandes forces du réseau de la prévention du suicide au Québec. La ligne d'intervention téléphonique tire notamment son caractère incontournable du fait qu'elle est une porte d'entrée qui ouvre sur une diversité de services.

En plus d'être accessible en tout temps, peu importe le lieu et la situation financière des appelants, la ligne d'intervention à numéro unique permet aux personnes à mobilité réduite ou habitant dans une région éloignée d'accéder à des services de qualité au moment précis où le besoin se fait sentir. Le fait que cette ligne possède un numéro unique permet à quiconque étant en détresse ou s'inquiétant pour un proche de pouvoir, même s'il n'est pas dans sa propre région, de composer le même numéro et rejoindre facilement le centre d'appel le plus proche.

De plus, faire une demande d'aide n'est pas toujours chose facile. La convivialité du téléphone et l'anonymat procuré facilitent cette première demande d'aide et permettent de la dédramatiser. Ainsi, l'intervention téléphonique contribue à faire diminuer la crise et ainsi à encourager les personnes à s'engager dans un processus de rétablissement.

2.1.b. La situation au Québec

Nombre d'appels

De janvier à novembre 2011, une moyenne de 3 683 échanges téléphoniques ont eu lieu chaque mois sur la ligne 1 866 APPELLE^[19]. Avec l'augmentation de la promotion du 1 866 APPELLE, le nombre d'appels augmente d'année en année. On constate des pics d'appels lors des campagnes de promotion de cette ressource, telles que la Semaine de prévention du suicide, et à la suite d'événements marquants. À titre d'exemple, certains centres de prévention du suicide ont comptabilisé jusqu'à 300 % d'augmentation du nombre habituel d'appels le lendemain du suicide de Marjorie Raymond.

Taux de non-réponse

Les analyses récentes des données^[19] indiquent que 20,3 % des appels n'ont pas pu obtenir de réponse en moyenne entre janvier et novembre 2011, avec un pic à 23,3 % au cours du mois de novembre 2011. On constate par ailleurs une répartition régionale inégale de la capacité de répondre aux appels.

Technologie

Actuellement, la ligne utilise des logiciels statistiques désuets qui ne fournissent que des informations partielles quant à son utilisation, sans harmonisation provinciale.

Relance proactive

Par ailleurs, on sait qu'il est primordial « de privilégier les interventions (téléphoniques) proactives auprès des personnes qui sont plus vulnérables au suicide et qui présentent des signes observables de souffrance plutôt que d'attendre qu'elles cognent à notre porte pour nous demander de l'aide. »^[5] Dans plusieurs centres de prévention du suicide, « un intervenant rappelle les personnes plus vulnérables lorsque la situation est inquiétante ou encore après l'envoi des secours. Le but de cette intervention est de créer ou de resserrer le filet de sécurité autour de cette personne et de lui offrir un soutien durant la période d'attente pour un suivi ou une prise en charge »^[5]. Dans plusieurs régions, cependant, ce service ne peut pas encore être offert faute de ressources humaines.

2.1.c. Besoins et recommandations

- La réponse apportée à la demande d'aide par téléphone devrait être améliorée pour une plus grande efficacité de la prévention. Une efficacité optimale de cet outil exige que, partout au Québec, **le taux de réponse sur la ligne 1 866 APPELLE augmente de manière significative**. Aujourd'hui, une personne sur cinq ne reçoit pas de réponse après avoir fait l'effort de composer le 1 866 277-3553 pour demander de l'aide. Ce sont autant de personnes en détresse susceptibles de penser au suicide, d'être sur le point de s'enlever la vie, voire d'être en pleine tentative de suicide et de nombreux citoyens insatisfaits des services qui leurs sont vantés par les campagnes de sensibilisation.
- Le problème des appels sans réponse réside de toute évidence dans la pénurie de lignes et dans le manque de ressources humaines pour y répondre. L'appelant se retrouve alors devant une sonnerie indiquant que la ligne est occupée. Le gouvernement devrait soutenir financièrement **l'ajout de lignes et de ressources humaines**, tant pour apporter une réponse satisfaisante à toutes les personnes qui composent ce numéro d'aide que pour permettre d'assurer une relance téléphonique proactive à l'adresse des personnes plus à risque.
- En outre, il revient au ministère de la Santé et des Services sociaux de fournir aux organismes responsables de la réponse téléphonique les moyens nécessaires à une **analyse fiable et précise** des données d'appels. Des informations complètes, précises et communes à l'ensemble du territoire permettraient une optimisation de l'organisation des ressources humaines affectées à la réponse téléphonique.

2.2. Développer l'intervention sur le Web

2.2.a. Des mesures efficaces

La place grandissante que prend Internet dans nos vies et l'usage de plus en plus répandu des téléphones intelligents amènent de nouveaux défis en matière de prévention du suicide, mais également de toutes nouvelles opportunités pour rejoindre les personnes en détresse^[20]. Une enquête^[21] révèle que le taux de pénétration d'Internet dans les ménages québécois est de 75 %, sans compter la présence d'un accès Internet dans de nombreux lieux publics et professionnels.

L'intervention sur le Web diversifie et augmente les voies d'accès aux services d'aide. L'évaluation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide^[4] stipulait déjà en 2004 que de façon générale, les personnes âgées et les jeunes se montrent peu enclins à utiliser la ligne téléphonique. Beaucoup de jeunes sont davantage attirés par la facilité et l'anonymat procurés par l'information et l'intervention sur le Web^[22]. Sans remplacer l'intervention en personne ou par téléphone, la cyberintervention permettra de rejoindre des clientèles spécifiques, telles que les hommes, les jeunes et les personnes isolées.

Voici une série d'avenues prometteuses dont certaines ont déjà été explorées ailleurs dans le monde, comme en Israël ou en Nouvelle-Zélande. Le Québec pourrait et devrait jouer un rôle de leader dans ce domaine.

Les personnes cherchant de l'aide pour elles ou pour un proche sur le Web doivent pouvoir trouver facilement un site Web contenant de l'information pertinente, les ressources d'aide et les signes. Lorsqu'une personne cherche certains mots-clés liés au suicide, le moteur de recherche devrait d'abord lui offrir un site de prévention du suicide. En complément d'un travail de **référencement** naturel rigoureux et adéquat, le référencement payant permet de déterminer quel(s) site(s) apparaît (apparaissent) en haut de page dans les moteurs de recherche.

Si Internet peut offrir une source d'information pertinente, il peut aussi donner l'opportunité aux individus de s'engager activement et d'interagir dans un environnement encadré et interactif^[2]. Les **forums de discussions et les communautés virtuelles** sont des outils qui peuvent être mis en place pour offrir de l'écoute, de l'information et de l'échange entre des personnes vivant ou ayant vécu des expériences similaires et des intervenants formés. L'anonymat du Web permet d'attirer les clientèles peu attirées par les services classiques. De plus, la possibilité de contribuer à aider autrui permet d'augmenter le potentiel du processus de rémission^[24].

L'intervention par courrier électronique et par discussion instantanée (clavardage) offre plusieurs avantages. La possibilité de parler à un intervenant par l'intermédiaire du courriel ou du « chat », éventuellement dans l'anonymat, permet de rejoindre une clientèle plus craintive et plus isolée.

Une dernière mesure est une **veille proactive** sur le Web et sur les médias sociaux. Un ou plusieurs organismes devraient se voir attribuer le mandat et les ressources permettant de veiller à ce que toutes les **demandes d'aide** sur Internet fassent l'objet d'une réponse, et ce,

quelle que soit leur origine régionale, y compris lorsque celle-ci n'est pas identifiable. Aussi, une veille stratégique et proactive permettra d'éviter la multiplication des **sites Web et des pages de médias sociaux** qui peuvent avoir un impact négatif sur des personnes vivant une problématique suicidaire, par exemple les sites faisant la promotion de moyens de se suicider. La possibilité d'identifier ces sites, de les faire bannir ou du moins de dialoguer avec les administrateurs et utilisateurs permettra de limiter l'accès aux informations négatives et promouvoir les ressources d'aide lorsque c'est nécessaire.

2.2.b. La situation au Québec

La cyberintervention au Québec en est à ses premiers balbutiements. Malgré le besoin frasant, seules quelques initiatives locales sont ou ont été mises en œuvre jusqu'à présent. Aucune ressource de prévention du suicide ne dispose aujourd'hui des stratégies et des moyens nécessaires à une cyberintervention efficace et systématique.

Par ailleurs, nous assistons de plus en plus à des cas de suicides ou de tentatives précédés de messages de détresse sur les réseaux sociaux. Le réflexe de chercher de l'aide et des ressources sur le Web se répand progressivement dans la population. Malheureusement, l'information trouvée n'est pas toujours adéquate et peut dans certains cas être très néfaste à la personne en détresse^[25]. Vu l'impossibilité de bannir tous les sites Internet qui pourraient avoir des effets délétères sur les personnes en détresse, nous devons occuper l'espace virtuel et ainsi procurer de l'information pertinente et des ressources d'aide.

2.2.c. Besoins et recommandations

- Puisque peu d'études de cas ont pu être exécutées, il serait important que le gouvernement assure le financement d'une **étude préalable** sur les besoins exacts et les mesures à mettre en place pour y répondre, tout en prenant compte des enjeux juridiques et déontologiques qui pourraient être mis en lumière. La mise en place d'une expérimentation devrait précéder la généralisation de ces services en ligne à l'échelle de la province.
- Il est essentiel de fournir **davantage de services sur le Web** même, c'est-à-dire des forums de discussion avec modérateurs, des espaces pour favoriser une entraide entre les pairs, la possibilité de demander de l'aide par courriel avec la garantie d'obtenir une réponse rapidement et la possibilité de parler à un intervenant par l'entremise d'un «chat». Le référencement naturel et payant des sites de prévention et une veille proactive sur les médias sociaux doivent aussi être assurés.
- Enfin, le gouvernement devra également soutenir la **formation des intervenants** aux spécificités de la cyberintervention et du langage du Web.

2.3. Renforcer les services de crise

2.3.a. Une mesure efficace

Les services de crise rassemblent les services offerts aux personnes en situation de crise suicidaire. Outre l'intervention téléphonique (voir ci-dessus 2.1), il s'agit dans cette partie de l'intervention dite « en face à face » et des places d'hébergement de crise.

L'intervention par contact « en face à face » est un moyen efficace et souvent essentiel pour permettre de désamorcer la crise suicidaire et d'intervenir à court et à moyen terme auprès des personnes en détresse.

L'hébergement de crise quant à lui s'avère être une alternative à l'hospitalisation et permet d'accueillir la personne en lui offrant le soutien nécessaire, dans une approche d' "empowerment" qui valorise et utilise ses forces afin de mieux l'outiller pour le futur. L'hébergement de crise permet notamment d'éviter le recours à l'utilisation de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (Loi P-38.001) qui se veut être une loi d'exception et qui semble pourtant être fréquemment utilisée depuis son entrée en vigueur en 1998.

2.3.b. La situation au Québec

Alors que le Plan d'action en Santé mentale 2005-2010^[9] identifie les services de crise comme essentiels, certains de ceux-ci n'existent pas encore dans toutes les régions. Le Guide des bonnes pratiques en prévention du suicide à l'attention des gestionnaires de CSSS^[2] indique en effet, en 2010, que « l'intervention téléphonique existe dans chacune des régions tandis que l'accès à un centre de crise, le suivi étroit et l'intervention de postvention, notamment, restent plus rares. »

Bien qu'il y ait des services de crise (intervention téléphonique et « en face à face ») disponibles 24 heures sur 24 dans les CSSS et dans les centres de prévention du suicide du Québec, les services d'hébergement sont quant à eux manquants dans plusieurs régions.

À peine sept régions comptent des ressources vouées à l'hébergement de crise où le nombre de lits varie de un à neuf et où la durée du séjour varie de un à quinze jours. De plus, huit régions disposent d'un à deux lits de crise dans des ressources qui ne sont pas spécifiquement assignées à l'intervention de crise (organismes communautaires divers et ressources de type familial) ^[26].

2.3.c. Besoins et recommandations

- Pour l'intérêt des solutions qu'ils offrent, il est essentiel que les services de crise, en particulier les possibilités d'hébergement de crise, soient **rendus accessibles aux citoyens de l'ensemble de la province**.
- Il importe également qu'un souci soit porté à la **promotion des services de crise** de qualité à l'intérieur des réseaux locaux de services.

- Enfin, un travail de **collaboration et de concertation** plus intense est primordial pour assurer une aide adéquate et sans faille à une personne en crise, que la problématique soit psychosociale ou suicidaire.

2.3.d. Les acteurs et partenaires

Dans cet effort de collaboration, de multiples acteurs des réseaux locaux de services sont amenés à intervenir : les centres de crise, les centres de prévention du suicide, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, les autres organismes communautaires en lien avec la santé ou les problématiques psychosociales, les professionnels de la santé et des services sociaux, travaillant dans le réseau, dans le communautaire ou dans le privé.

2.4. Développer et généraliser le suivi étroit des personnes ayant commis une tentative de suicide

2.4.a. Une mesure efficace

La tentative de suicide est le facteur de risque le plus important du suicide complété^[27]. Parmi les personnes admises à l'urgence après une tentative de suicide, entre 1/33 et 1/8 s'enlèveront la vie dans les dix années suivantes. Les personnes ayant commis une tentative de suicide et celles ayant été hospitalisées pour cette raison constituent les populations le plus à risque de suicide dans l'année suivant leur tentative^[2] et restent particulièrement vulnérables par la suite. Ils sont donc le public auquel un maximum d'efforts doit être consacré.

Les personnes ayant commis une tentative doivent recevoir les meilleurs soins possible immédiatement après la tentative: évaluation approfondie, implication des proches, référence pour un premier suivi. Elles doivent recevoir un suivi proactif et continu qui leur donne le sentiment que quelqu'un se soucie d'elles et qu'elles ont de l'importance.^[27]

Le suivi étroit consiste à assurer un relais entre les différents services après que la personne ait quitté l'organisation qui l'a prise en charge lors de sa crise suicidaire. Il est recommandé que cette personne soit rencontrée et subisse une évaluation toutes les semaines jusqu'à ce qu'elle « [...] ne présente plus aucun indice de passage à l'acte, et ce, pendant au moins trois rencontres consécutives »^[1].

2.4.b. La situation au Québec

L'analyse des besoins^[3] et l'Évaluation de l'implantation de la stratégie québécoise d'action face au suicide^[6] ont démontré que les réseaux locaux de services ainsi que le réseau de la prévention du suicide ne sont pas suffisamment solides ni suffisamment outillés pour assurer un suivi étroit adéquat auprès de la personne suicidaire.

Ainsi, aujourd'hui, malgré l'évidente priorité à accorder à ce public vulnérable, le suivi étroit ne connaît une mise en œuvre efficace que dans peu de réseaux locaux de services. Si certaines régions, comme Sorel-Tracy ou Québec, ont mis à contribution les ressources de plusieurs partenaires (hôpitaux, centres de prévention du suicide, policiers, centres de crise, etc.), d'autres ont l'intention et le souhait de l'implanter, mais sont démunies devant le manque de ressources.

Certains CSSS ont tenté de trouver des moyens de surmonter ces lacunes. Par exemple, « des intervenants rapportent que leur établissement a créé un poste d'agent de liaison. La personne qui occupe ce poste travaille à l'urgence psychiatrique de l'hôpital, mais elle est rattachée au CSSS sur le plan administratif. »^[6] D'autres ont signé des ententes inter-établissements afin de permettre des suivis adéquats et des retours d'information. D'un réseau local de services à l'autre, les réalités restent très variables.

De plus, on remarque une grande difficulté à établir un relais entre les services aux jeunes et ceux aux adultes lorsqu'un patient arrive à la majorité et change de catégorie d'âge.

2.4.c. Besoins et recommandations

- Pour permettre une diffusion des balises et du cadre de référence³ à l'échelle des réseaux locaux de services, il serait utile que le ministère de la Santé et des Services sociaux **crée un cadre d'imputabilité et attribue la responsabilité** du suivi étroit et de sa gestion aux organisations du réseau de la santé et des services sociaux.
- Ainsi, afin que le suivi étroit s'intègre parfaitement au modèle actuel de fonctionnement des réseaux locaux de services, il est essentiel que des **plans d'action locaux** soient déterminés entre les divers acteurs concernés. Il faut que des partenariats forts et des ententes inter-établissements soient conclues et respectées grâce à des procédures clairement identifiées dont le cadre sera établi au niveau provincial et appliqué au niveau local.
- Ces différentes mesures devront être soutenues par un **financement** adéquat des ressources.

2.4.d. Les acteurs et partenaires

Tous les acteurs (policiers, ambulanciers, pharmaciens, médecins, travailleurs sociaux, psychologues, médecins, infirmières, intervenants ou employés de CSSS ou de centre de prévention du suicide, centres de crise, etc.) doivent être impliqués dans ces procédures.

Si l'imputabilité de ce suivi étroit revient à chacun des CSSS, il est entendu que leurs rôles devront être bien définis et qu'ils devront agir à titre de leaders pour leur région.

³ Le Guide des bonnes pratiques en prévention du suicide^[2] établit les conditions gagnantes requises pour une implantation du suivi étroit dans un réseau local de services.

2.5. Renforcer le soutien aux endeuillés et la postvention

2.5.a. Une mesure efficace

« La postvention réfère aux activités qui visent le traitement et le rétablissement des personnes ayant été exposées au suicide d'une personne de leur entourage plus ou moins immédiat^[28] ou encore, dans certains cas spécifiques de tentative de suicide. Dans ce cadre, les activités réalisées ont comme objectif de réduire les effets négatifs, à court et à long terme, découlant du suicide »^[29]. Séguin^[30] avance que la postvention est une avenue prometteuse vers la réduction du taux de suicide.

On peut diviser les activités de postvention en deux grands domaines : les interventions de deuil auprès des personnes endeuillées à la suite d'un suicide (c'est-à-dire celles qui ont un lien d'attachement avec le décédé) et l'intervention de stress, de crise et ou de deuil dans le milieu auprès des individus qui ont été touchés ou exposés au suicide d'un membre de l'entourage^[29].

Le soutien aux endeuillés

Le suicide d'un proche peut parfois offrir un modèle de résolution de problème^[30] : le risque de suicide augmenterait de huit fois auprès des membres de l'entourage. La perte d'un être cher est un événement bouleversant qui laisse en effet des séquelles psychologiques. De nombreux auteurs s'entendent pour dire qu'il faut faire une offre proactive et rapide de services après la tragédie d'un décès par suicide^[31-32]. Cette offre s'adresse essentiellement aux personnes endeuillées et aux témoins directs du suicide. Il s'agit de faire connaître les services, d'augmenter la possibilité d'avoir accès aux services et de diminuer les effets délétères du suicide auprès de ces personnes.

La postvention

Au-delà des proches, la vague que provoque un suicide s'étend sur l'entourage et les milieux fréquentés par la personne qui s'est suicidée : école, milieu de travail, loisirs, milieu de vie, intervenants. Hanus^[32] décrit les impacts délétères du suicide comme le phénomène de contagion (imitation du geste suicidaire par des personnes vulnérables, suicidaires ou endeuillées) ou l'apparition ou l'aggravation de problèmes de santé physique ou mentale^[30-32]. On estime que le risque augmente de 300 % les probabilités que survienne un autre suicide dans l'école que fréquentait la personne suicidée, et ce, particulièrement dans les trois semaines suivant le décès^[33]. Plusieurs facteurs contribuent à la contagion, tels que l'identification à la personne disparue, la désinformation ou la banalisation du geste, la glorification et la dramatisation du suicide.

2.5.b. La situation au Québec

On estime qu'en moyenne dix personnes sont touchées par un seul suicide, et ce nombre peut être encore plus élevé dans certains milieux^[34]. Le calcul est simple : chaque année, ce sont ainsi plus de 10 000 Québécois qui sont confrontés à un deuil difficile et susceptibles d'avoir besoin de services de soutien aux endeuillés ou de postvention.

Services de soutien aux endeuillés

Le Guide des bonnes pratiques pour les gestionnaires atteste que « l'intervention téléphonique existe dans chacune des régions tandis que l'accès à un centre de crise, le suivi étroit et l'intervention de postvention, notamment, restent plus rares. »^[2] Les démarches de postvention ne sont pas systématisées ni harmonisées sur l'ensemble du territoire québécois.

L'offre de services varie énormément selon les régions du Québec : offre d'aide proactive dès l'annonce de la nouvelle, rencontre familiale, suivi individuel, intervention de groupe dans le milieu de travail, groupe d'entraide, etc. Cette diversité rend difficile la démonstration précise de l'utilisation et de l'efficacité des services aux endeuillés. S'ajoute à cela le fait qu'un même service peut être offert différemment (formule, contenu, animation, accès au service, coûts, modalités de participation, etc.). Dans le même sens, Jordan et McMenamy^[3] évoquent le peu de services offerts aux endeuillés et la grande difficulté de les évaluer, les qualifiant même de « secteur pauvre ».

Par ailleurs, de nombreuses personnes endeuillées à la suite du suicide d'un proche ne cherchent pas d'aide en raison du sentiment de culpabilité et de grande honte qui accompagnent le deuil et aussi parce qu'ils croient que leur deuil est tellement unique que personne ne peut les aider ni les comprendre^[36].

Cependant, la vulnérabilité des gens ayant besoin de ces services invite à une grande rigueur et justifie les efforts qui sont faits pour offrir ces services.

Postvention dans les milieux

Plusieurs écoles se sont mises à jour ou ont implanté le programme en milieu scolaire « Stratégies d'intervention à la suite d'un suicide »^[12], qui propose une approche basée sur l'analyse de la situation, sur l'évaluation des besoins et sur la mise en place d'interventions multiples et variées dans le but d'offrir aux personnes vulnérables les meilleures interventions possibles aux bons moments. Maintenir ces protocoles actuels et utilisables est un grand défi dans un contexte de roulement de personnel et de gestion d'autres priorités.

Dans les autres milieux de vie ou de travail, il existe très peu de protocoles de postvention implantés. La promotion des services de postvention offerts à l'extérieur du milieu permet d'accroître leur connaissance et leur utilisation.

2.5.c. Besoins et recommandations

- Il est essentiel de **renforcer les mesures de postvention**, tant auprès des proches endeuillés qu'au niveau des stratégies d'intervention dans les différents milieux. Des freins financiers et des manques en ressources humaines ne permettent pas en effet de réagir adéquatement à tous les suicides et tentatives le requérant.
- Pour ce faire, il s'agit d'**augmenter les ressources humaines et financières** pour pouvoir apporter dans toutes les régions et dans tous les cas de suicide un soutien en personne aux proches d'une personne suicidée ou ayant commis une tentative, de l'entourage.
- Il faut également **systematiser l'organisation de services dans les organismes prestataires de services** afin de répondre adéquatement à tous milieux de vie ou de travail, particulièrement dans les milieux masculins.
- Augmenter la **promotion des services** serait certes un moyen de rejoindre la population la plus vulnérable et une façon d'améliorer l'accès aux services.
- Sur le plan pratique, il faut **systematiser l'implantation et le maintien de protocoles de postvention en milieu scolaire**.

2.5.d. Les acteurs et partenaires

Les services de postvention et de soutien aux endeuillés peuvent être offerts par les organisations du réseau de la prévention du suicide (public et communautaire), en collaboration avec diverses autres organisations.

Pour la postvention en milieu scolaire, les écoles, les commissions scolaires, la Fédération des commissions scolaires du Québec et le ministère de l'Éducation devraient avoir une place dans la collaboration.

Pour la postvention dans les autres milieux, en particulier dans les milieux de travail, les syndicats pourraient jouer un rôle précieux.

Enfin, il est essentiel de travailler avec les services de police municipaux et la Sûreté du Québec pour les services de soutien aux endeuillés.

PARTIE 3. AUGMENTER L'ACCÈS À LA FORMATION POUR LES INTERVENANTS

3.1. Une mesure efficace

L'objectif de toute formation d'intervenants est d'améliorer l'intervention auprès des clientèles en bénéficiant de l'expertise de formateurs spécialisés dans leur domaine. Dans le cas présent, il s'agit de formation d'intervenants en prévention du suicide. Selon l'Organisation mondiale de la santé^[37], une planification stratégique pour l'intégration des services de santé mentale devrait notamment prévoir de « planifier : la formation officielle du personnel en ayant besoin, la formation en cours d'emploi, la formation médicale continue, l'insertion de la santé mentale dans le programme des institutions de formation aux métiers médicaux et paramédicaux. [Autrement], l'acceptabilité des services sera réduite si le personnel mal formé ignore les troubles mentaux ou ne leur accorde pas autant d'attention qu'aux problèmes physiques. »

Les services de santé mentale nécessitent des investissements dans des ressources humaines adéquates et dans une formation appropriée pour les professionnels de soins primaires. La formation doit comprendre toutes les catégories d'agents de santé et d'autres agents dont le travail touche à la santé mentale de la communauté, par exemple le personnel de sécurité et les réceptionnistes dans les établissements de santé.^[37] La *Loi favorisant le développement de la main-d'œuvre* a permis d'instaurer des habitudes de formation récurrentes et a rejoint 85% des travailleuses et travailleurs du Québec. En 2002, les 45 ordres professionnels du Québec, regroupant près de 8 % de la population active, avaient intégré la formation continue liée à l'emploi comme l'un des éléments majeurs de leurs règles de fonctionnement définies dans le Code des professions.^[3]

De plus, « l'analyse des besoins menée auprès d'intervenants de CSSS et de CPS a démontré que ceux qui ont reçu une formation liée à l'intervention de crise suicidaire en ont retiré des bénéfices, personnels ou collectifs. Parmi ces bénéfices, on remarque notamment l'augmentation du sentiment de compétence ainsi que l'instauration d'un langage commun. »^[2]

3.b. La situation au Québec

L'Évaluation de la stratégie québécoise d'action face au suicide^[6] faisait état en 2004 d'efforts considérables en matière de formation puisque les formations offertes par l'Association québécoise de prévention du suicide et accréditées par la Société de formation et d'éducation continue (SOFEDUC) ont permis d'établir des standards et d'uniformiser les méthodes des différents acteurs de la prévention du suicide au Québec.

Cependant, l'analyse des besoins en prévention du suicide dans les CSSS^[3] a soulevé plusieurs lacunes. Certains témoignages d'intervenants de CSSS ont souligné des disparités relatives à l'accès à des formations portant sur l'intervention en situation de crise suicidaire. On note principalement la disparité qui existe non seulement d'une région à l'autre ou d'un CSSS à un autre, mais également entre les différents services. Selon les intervenants interrogés, la qualité de leur intervention auprès des personnes suicidaires peut en souffrir et cela peut les plonger dans une zone d'inconfort professionnel.^[2] L'étude confirmait, entre autres, que les pratiques utilisées dans les réseaux locaux de services du Québec ne sont pas uniformes et que l'accès à la formation est difficile pour certains intervenants.

La formation accréditée « Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques »

Afin de pallier ces difficultés vécues dans les différents réseaux locaux de services et d'enrichir les connaissances des intervenants, le ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec ses partenaires (Suicide Action Montréal, le CSSS-IUGS de Sherbrooke et l'Association québécoise de prévention du suicide) a mis en œuvre un vaste projet national visant à favoriser l'implantation de bonnes pratiques en prévention du suicide par :

- Une formation de trois jours, orientée vers le développement des compétences, intitulée « Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques ». Cette formation vise notamment le partage d'un outil commun d'évaluation de l'urgence suicidaire, soit la nouvelle Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire⁴.
- Un atelier d'une journée, orienté vers le développement d'un plan d'action, pour les gestionnaires dans chacun des 95 réseaux locaux de services du Québec.

Les bonnes pratiques sont des pratiques et des services à favoriser pour améliorer la situation de la prévention du suicide au Québec afin d'enrayer ultimement la problématique du suicide. Ce projet est le fruit de nombreuses recherches et répond principalement à la recommandation faite dans l'Évaluation de l'implantation de la stratégie québécoise d'action face au suicide de « donner un cadre de référence relatif aux pratiques et aux services qui semblent donner de meilleurs résultats sur le terrain.»^[4]

Diffusion de la formation et situation de la tournée des bonnes pratiques

Ce projet issu d'une collaboration sans précédent connaît un grand succès. Le changement de pratique est en marche alors que 525 gestionnaires des réseaux locaux de services ont participé à des rencontres qui leur sont adressées et qu'environ 1350 personnes ont pu être formées.

État de l'implantation des bonnes pratiques :

<i>Région administrative</i>	<i>Nombre de gestionnaires (au 13 janvier 2012)</i>	<i>Nombre d'intervenants (au 30 novembre 2011)</i>
Bas-Saint-Laurent	125	36
Saguenay	0	0
Capitale nationale	30	122
Mauricie	0	13
Estrie	130	172
Montréal	0	253
Outaouais	0	0
Abitibi	0	8
Côte-Nord	54	195
Nord-du-Québec	0	0

⁴ Grille développée par Suicide Action Montréal et le Centre Dollard-Cormier.

Gaspésie—îles-de-la-Madeleine	0	0
Chaudière-Appalaches	0	49
Laval	23	59
Lanaudière	0	24
Laurentides	0	142
Montérégie	163	112
Centre-du-Québec	0	7
TOTAL	525	1192

L'Association québécoise de prévention du suicide souligne d'ailleurs l'ouverture et l'engagement du ministère de la Santé et des Services sociaux, en particulier de sa Direction de Santé publique, dans ce dossier.

Les succès enregistrés jusqu'à présent, de même que les demandes pressantes des organismes, gestionnaires et intervenants sur le terrain où règne encore une grande disparité régionale doivent nous inciter à poursuivre le projet en redoublant d'efforts afin d'aplanir les obstacles existants et d'accélérer le processus. Il est important d'éviter une implantation trop graduelle qui risquerait de créer ou de renforcer les inégalités entre les différents niveaux d'intervention.

En effet, pour la formation des intervenants comme pour la participation des gestionnaires aux ateliers qui leur sont consacrés, non seulement les ressources financières ne sont pas toujours suffisantes pour combler les besoins, mais les déplacements et les remplacements de personnel sont des barrières importantes, particulièrement dans le contexte actuel de la Loi 100⁵ réduisant les dépenses de formation.

Par ailleurs, médecins omnipraticiens et urgentologues, infirmières et même pharmaciens sont directement en contact avec des personnes qui peuvent présenter des signes de détresse et très peu d'entre eux ont accès à la formation, ou à une formation spécifiquement adaptée à leurs besoins.

Situation de la formation continue

Après avoir suivi la formation « Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques », il est essentiel que les intervenants et gestionnaires puissent continuer d'être alimentés et soutenus dans leurs fonctions respectives. La Loi 100, si elle engendre

⁵ La Loi 100 exige que « les organismes du réseau de la santé et des services sociaux, les organismes du réseau de l'éducation et les universités doivent, au terme de l'exercice débutant en 2013, avoir réduit leurs dépenses de fonctionnement de nature administrative d'au moins 10 % par rapport aux dépenses de fonctionnement de même nature engagées pendant l'exercice débutant en 2009 (...) À cette fin, les organismes du réseau de la santé et des services sociaux et les organismes du réseau de l'éducation doivent notamment prendre les mesures nécessaires afin que, au terme de leur exercice débutant en 2010, la somme de leurs dépenses de publicité, de formation et de déplacement ait été réduite de 25 % par rapport à la somme de ces dépenses de l'exercice précédent. » Assemblée Nationale. Projet de loi numéro 100 - Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette. Éditeur officiel du Québec, 2010. 33 p.

des difficultés permettant de joindre davantage d'intervenants, doit également être prise en compte lorsque l'on aborde la formation continue.

Certaines solutions peuvent cependant être mises en place. Elles permettraient entre autres aux intervenants et aux gestionnaires de partager leur expertise et de recevoir une information spécialisée et appropriée.

3.c. Besoins et recommandations

Formation « Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques »

- Il apparaît que le besoin n'est plus de déterminer la formation adéquate à offrir aux intervenants et aux différents acteurs de la prévention du suicide et les bonnes pratiques à adopter, mais bien **d'en permettre l'accès à tous**. Il est recommandé que tous aient accès à la formation sur les bonnes pratiques en prévention du suicide dans les plus brefs délais afin de permettre une **uniformisation rapide des connaissances et compétences**.
- Pour ce faire, il importe de mettre en œuvre des mesures qui permettront de **libérer et de faire remplacer le personnel** qui s'absente pour un atelier de gestionnaires ou une formation.
- Pour permettre à la tournée des bonnes pratiques de s'organiser dans les délais souhaités, il serait nécessaire de fournir aux organisations responsables de la mettre en œuvre davantage de **ressources humaines** à affecter à cette tâche.
- Enfin, vu la nécessité d'arrimer les pratiques et de développer un langage commun entre tous les intervenants en contact avec la personne suicidaire, il serait utile de concevoir des **formations inspirées de la nouvelle formation adaptées** aux besoins spécifiques de certaines professions ne participant pas à la formation « Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques », telles que les médecins omnipraticiens, les urgentologues ou les pharmaciens par exemple.

Formation continue

- Il est également recommandé de mettre à la disposition des intervenants et des gestionnaires des réseaux locaux de services des **outils leur permettant d'avoir accès à une formation continue** tout en respectant les réalités financières ainsi que les limites géographiques et communicationnelles. L'utilisation du Web et des nouveautés technologiques permettrait de faire tomber certaines barrières.
- Afin de poursuivre le travail amorcé par l'implantation des bonnes pratiques, l'Association québécoise de prévention du suicide propose de mettre sur pied une **plateforme Web collaborative** sur la prévention du suicide, à l'attention des intervenants et aux gestionnaires formés. Cette plateforme contribuera à :
 - poursuivre l'implantation des bonnes pratiques;

- instaurer un langage commun en prévention du suicide au Québec;
- stimuler la circulation et le partage des pratiques;
- décloisonner les pratiques en prévention du suicide.

3.d. Les acteurs et partenaires

Tous les partenaires des réseaux locaux de services, dans chacune des régions du Québec, sont interpellés par la formation des intervenants et intervenantes en prévention du suicide.

Les organisations publiques telles que les agences de la santé et des services sociaux et les centres de santé et de services sociaux autant que les organisations communautaires doivent collaborer, partager leurs informations et concerter leurs actions pour augmenter le niveau d'efficacité de la prévention et diminuer le taux de suicide dans notre collectivité.

Les centres de prévention du suicide, centres de crise, centres d'hébergement, établissements d'enseignement, corps policiers, coroners et médecins, infirmières, travailleurs sociaux, psychologues, possèdent tous une expertise particulière et sont appelés à intervenir auprès de personnes vulnérables.

PARTIE 4 : MULTIPLIER ET RENFORCER LES RÉSEAUX DE SENTINELLES

4.a. Une mesure efficace

Le Guide des bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des gestionnaires de CSSS^[2] indique que « les réseaux de sentinelles implantés au Québec ont une fonction importante en prévention du suicide. Les sentinelles sont des citoyens formés pour jouer le rôle de relayeur entre la personne suicidaire et les ressources qui peuvent intervenir auprès d'elle. (...). Les sentinelles permettent en effet de joindre les personnes isolées, difficiles à atteindre autrement ainsi que celles qui n'utilisent pas les services de santé ni les services sociaux. »

Là où existent des réseaux de sentinelles, notamment dans les milieux jeunesse, ceux-ci se révèlent précieux et efficaces. Cette mesure originale inspire également d'autres régions du monde qui en adaptent le cadre de référence à leur réalité.

4.b. La situation au Québec

Depuis 1998, les réseaux de sentinelles constituent une mesure particulièrement efficace de prévention du suicide, en favorisant l'accessibilité de la personne suicidaire aux services dont elle a besoin. À son origine, cette mesure visait prioritairement les hommes dans les milieux de travail.

Tant le Programme national de santé publique 2003-2012^[7] et sa mise à jour 2008^[8] que le Plan d'action en santé mentale 2005-2010^[9] insistent sur l'importance de l'établissement de réseaux de sentinelles comme l'une des mesures majeures d'une intervention globale en prévention du suicide. Divers travaux ont abouti, en 2006, à l'élaboration d'un cadre de référence portant sur l'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux et en 2008 au programme de formation « Agir en sentinelle pour la prévention du suicide » diffusé par l'Association québécoise de prévention du suicide. Enfin, l'élaboration et la diffusion récente des guides de bonnes pratiques en prévention du suicide contribuent à la continuité de ces efforts.

Dans les faits, depuis 2008, les réseaux de sentinelles se sont surtout développés dans les milieux des jeunes de moins de 35 ans, grâce notamment à une subvention de la Stratégie d'action jeunesse 2006-2009 du gouvernement du Québec.

Les données de 2009-2010 décomptent 2878 sentinelles sur le territoire québécois, dont 38 % en milieu jeunesse. Elles répertorient 150 formateurs de sentinelles. Enfin, elles révèlent une grande variabilité régionale, puisque seuls 68 % des territoires étaient couverts par des réseaux de sentinelles.

En marge des succès de l'implantation de réseaux de sentinelles dans les milieux jeunesse, certaines expériences positives dans les milieux de travail gagneraient à être généralisées également. C'est le cas par exemple de la ville de Salaberry-de-Valleyfield, qui a obtenu en 2011 le prix Innovation en santé et sécurité du travail de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) pour l'établissement d'un réseau d'entraide et de sentinelles auprès du personnel des services de travaux publics et sécurité incendie^[2].

Par ailleurs, les données déjà disponibles de l'Évaluation de l'implantation des réseaux de sentinelles^[40] encore en cours, révèlent ou confirment que, si l'appropriation est bonne dans l'ensemble, elle reste déficiente dans certains CSSS, que certains réseaux locaux de services manquent de vision commune et qu'il subsiste des difficultés importantes à percer dans certains milieux. La clarification des rôles et responsabilités ainsi que le financement restent des aspects à approfondir pour garantir une meilleure implantation des réseaux dans tous les milieux les requérant.

4.c. Besoins et recommandations

Tant dans le Programme national de santé publique 2005-2012^[7] que dans sa mise à jour 2008^[8], le ministère de la Santé et des Services sociaux répertorie les activités prioritaires à déployer à l'horizon 2012. L'établissement des réseaux de sentinelles fait partie de ces activités déclarées prioritaires, avec la sensibilisation aux risques des médicaments et armes à feu et le traitement approprié du suicide dans les médias.

Mais les besoins et la demande de formation et de développement de réseaux dépassent le cadre de ce qui peut être offert avec les ressources actuelles. À ce jour, les délais d'attente pour suivre une formation de formateurs de sentinelle sont de près de neuf mois. Douze à quatorze futurs formateurs sont ainsi en attente d'une formation depuis le printemps 2011.

Ainsi, nous relevons les mesures suivantes dont la mise en œuvre permettra de renforcer l'implantation des réseaux de sentinelles au Québec :

- Une implantation systématique de réseaux de sentinelles dans tous les milieux nécessite l'adoption d'une **mesure législative**, telle que celle qui existe pour la formation des secouristes en milieu de travail élaborée par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). Une comparaison peut en effet être établie entre la formation de sentinelles et le domaine des premiers secours en milieu de travail. Le *Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins* prévoit que tout employeur doit s'assurer, en tout temps durant les heures de travail, de la présence d'un nombre minimal de secouristes qualifiés dans l'établissement ou sur le chantier. La formation de secouristes en milieu de travail élaborée et subventionnée par la CSST permet de rejoindre des milliers de travailleurs à travers le Québec et d'ainsi renforcer leur sécurité physique et celle de leurs collègues.
- Il importe d'accorder davantage de ressources financières au développement de ce projet, afin de permettre la multiplication des **formations de sentinelles** et de **réseaux de sentinelles** dans de nouveaux milieux de vie, d'études et de travail.
- Il conviendrait en outre de s'assurer d'une **répartition régionale** équilibrée des réseaux de sentinelles.
- Précisons que cela devrait se faire en priorité dans les milieux masculins, rassemblant le public présentant le plus haut taux de suicide (les hommes de 35 à 50 ans) c'est-à-dire les **milieux de travail**. Pour ce faire, il faut faire en sorte d'offrir une subvention permettant un libre accès à la formation pour les entreprises. De manière générale, les données que livrerait une surveillance plus pointue (cf. Partie

1. Développer la connaissance et la surveillance) devraient servir à orienter le choix des milieux dans lesquels développer des réseaux de sentinelles.
- Il faut aussi offrir aux sentinelles déjà formées un **suivi plus intense et une mise à jour récurrente**. De fait, il existe aujourd’hui un réel besoin de mise à jour des compétences des sentinelles lié à la nécessité d’arrimer la formation de sentinelles à la nouvelle formation accréditée. Cette étape importante requiert en outre des moyens pour l’étude de la modification du rôle des sentinelles et des intervenants désignés et pour la **mise à jour de la formation des sentinelles**.

4.d. Les acteurs et partenaires

Le succès de l’implantation de réseaux de sentinelles repose sur celui des collaborations entre les milieux formateurs, les milieux d’implantation et les sentinelles elles-mêmes. Ainsi, agences de la santé et des services sociaux, centres de santé et services sociaux, réseaux locaux de services, CLSC et centres de prévention du suicide doivent travailler conjointement, et avec le soutien du ministère, dans ce but.

PARTIE 5. DÉVELOPPER DES CAMPAGNES DE SENSIBILISATION ET DE MOBILISATION

5.a. Une mesure efficace

Toutes les mesures d'intervention et d'aide aux personnes en détresse sont primordiales au succès de la prévention du suicide. Cependant, en amont de l'intervention, faire en sorte de faire évoluer la représentation du suicide comme une issue à la souffrance à l'échelle de la société est également une mesure nécessaire. Agir efficacement et collectivement avant la crise, avant même l'émergence d'idées suicidaires, par l'éducation, la sensibilisation et la mobilisation sociale permet de réduire le nombre de personnes ayant besoin des services d'intervention.

Ainsi, les campagnes de sensibilisation et de mobilisation en prévention du suicide ont plusieurs objectifs : faire évoluer la représentation sociale du suicide mais aussi diffuser à très large échelle l'existence des ressources d'aide, telles que le numéro de la ligne d'intervention 1 866 APPELLE.

Dans d'autres domaines, l'efficacité des campagnes de sensibilisation combinées à d'autres mesures de prévention a été largement prouvée. C'est le cas de la prévention des accidents de la route par exemple^[41]. Ainsi, en 1989, le nombre de décès attribuables aux accidents de la route avoisinait celui des suicides (1 065 décès par accident et 1 093 suicides). En 2007, alors que le nombre annuel de suicides est toujours à 1 111, celui des accidents de la route a heureusement chuté à 583. Alors que vingt ans auparavant, les accidents de la route et la mortalité qui en découle étaient perçus comme inévitables, la société québécoise a réussi, par une action publique massive et concertée incluant des campagnes de sensibilisation coordonnées, répétées et diffusées à large échelle, à réduire fortement les pertes de vies associées aux accidents de la route.

5.b. La situation au Québec

En février 2012 se tiendra la 22^e édition de la Semaine nationale de prévention du suicide. Chaque année depuis 1991, cet événement coordonné au niveau provincial et souligné dans toutes les régions vise à sensibiliser le public à la problématique du suicide. Si les messages ont connu une évolution au fil du temps en adéquation avec les objectifs jugés primordiaux selon les époques, l'événement reste le moment fort de l'année en termes de sensibilisation. Un sondage réalisé auprès d'un échantillon représentatif de la population québécoise a montré que, malgré une visibilité très relative de la Semaine, les personnes qui y avaient été exposées avaient un meilleur niveau de connaissances sur le phénomène que celles qui n'y avaient pas été exposées^[42].

Diffusion des ressources d'aide

Chaque année, la Semaine de prévention du suicide est aussi le principal moment de diffusion du numéro de la ligne d'intervention 1 866 APPELLE. En 2011, les données d'analyse des appels^[19] révèlent une augmentation de 63 % du nombre d'appels sur la ligne d'intervention au cours de la Semaine de prévention du suicide, par rapport à une semaine moyenne de l'année 2011.

Contre la tolérance sociale à l'égard du suicide

Le Programme national de santé publique 2003-2012^[7] indique les principales mesures de prévention à mettre en œuvre. Parmi ces mesures, on compte notamment les actions destinées à contre la tolérance sociale à l'égard du suicide. Dans le Plan d'action en santé mentale 2005-2010^[9], le ministère annonçait que l'« on veut également parvenir, grâce à cette intervention, à la concertation nécessaire pour diminuer la tolérance sociale face au suicide, voire sa banalisation ou sa valorisation. »

En 2011, la campagne « Le suicide n'est pas une option » de l'Association québécoise de prévention du suicide s'inscrivait étroitement en adéquation avec cet objectif. Alors que les messages et les visuels sont développés par l'Association québécoise de prévention du suicide, leur diffusion est soumise à la volonté et aux ressources des organisations du réseau de la prévention du suicide, d'autres organisations sensibles à la cause et de commanditaires privés. En d'autres termes, le budget limité alloué à l'organisation complète de la Semaine n'a pas permis d'assurer une diffusion du message dans les espaces publicitaires habituellement exploités par ce type de campagne.

Par ailleurs, le projet *Ajouter ma voix* qui connaît une certaine implantation dans les différentes régions du Québec s'offre comme un moyen de susciter et de valoriser la mobilisation sociale en faveur de la prévention du suicide tout au long de l'année. Après deux années d'existence, la déclaration de solidarité rassemble plus de 26 000 signataires et une trentaine d'organisations. Ce sont autant de personnes et de structures qui témoignent non seulement de leur préoccupation mais aussi de leur engagement envers la cause. Si ce nombre peut paraître élevé, il correspond seulement à un Québécois sur 308, soit 0,003 % de la population. Le travail pour atteindre un véritable changement de mentalité à l'égard du suicide a seulement commencé.

5.c. Besoins et recommandations

Contre la tolérance sociale à l'égard du suicide, tel que l'envisage le ministère de la Santé et des Services sociaux, est une entreprise de fond et de longue haleine. Il ne s'agit ni plus ni moins que de faire changer les mentalités et les représentations d'une société toute entière.

- Pour y parvenir, une campagne annuelle coordonnée à peu de frais ne suffit pas, même si un moment fort par année marque les esprits. C'est à **longueur d'année et dans une parfaite coordination provinciale régionale**, qu'il faut être présent et rappeler les messages principaux destinés à contre la tolérance sociale au suicide ainsi que notre pouvoir collectif de le prévenir et l'existence de ressources d'aide pour les personnes qui souffrent, leurs proches et les endeuillés.
- Pour ce faire, le ministère de la Santé et des Services sociaux devrait assurer le **financement récurrent et suffisant de la campagne annuelle** de sensibilisation et de promotion des ressources et services d'aide, ainsi qu'assurer **un soutien de fonds aux actions visant la mobilisation citoyenne** ou émergeant de celle-ci.
- Par ailleurs, en marge de la question du financement des campagnes, il serait précieux que le gouvernement lui-même, par l'intermédiaire du ministre de la Santé et des Services sociaux, exprime un **positionnement soutenant les messages** de ces campagnes et en renforce ainsi la portée auprès des médias et de la population.

PARTIE 6. RÉDUIRE L'ACCÈS AUX MOYENS

Ce dernier chapitre aborde non seulement la question de l'accès matériel et physique aux moyens de se suicider, mais également celle de leur accessibilité « sociale ».

6.1. Réduire l'accessibilité matérielle

6.1.a. Une mesure efficace

Il a été démontré que « la personne en crise est particulièrement vulnérable au suicide, surtout lorsque des moyens létaux permettant de mettre un terme à ses jours lui sont accessibles. »^[43] Il est donc primordial d'intégrer des mesures de réduction d'accès aux moyens dans toute stratégie de prévention du suicide. Cette recommandation fait d'ailleurs partie intégrante de plans d'action tels que le Programme national de santé publique 2003-2012^[7] et sa mise à jour 2008^[8].

L'efficacité de la réduction de l'accès aux moyens est prouvée par de multiples exemples :

- Selon une étude menée par l'Institut national de santé publique du Québec, on peut estimer à 250 le nombre de vies sauvées du suicide et à 50 le nombre d'homicides évités chaque année grâce à l'ensemble des mesures relatives au contrôle des armes à feu, depuis 1998 au Canada. D'après les chercheurs, aucun effet de substitution n'a été observé : il n'y a pas eu plus de suicides ou d'homicides perpétrés par d'autres moyens.^[44]
- L'installation d'une barrière antisuicide sur le pont Jacques-Cartier en 2004 a réussi à réduire du tiers le nombre de suicides enregistrés à cet endroit.^[45]
- En Angleterre et au Pays de Galles, des changements apportés dans la composition des gaz domestiques (utilisés principalement pour la cuisson ou le chauffage) vers les années 1950-60 ont presque éliminé les suicides utilisant cette méthode, alors que c'était auparavant la plus utilisée.^[46]

Les stratégies de réduction d'accès aux moyens peuvent prendre différentes formes. Il s'agit notamment de réduire l'accès aux armes à feu, aux ponts et lieux dangereux et aux médicaments.

6.1.b. La situation au Québec

L'Institut national de santé publique du Québec indique que « pour la période 2005-2007, la pendaison, la strangulation et la suffocation ont été les moyens les plus souvent utilisés, tant chez les hommes que chez les femmes [...] il apparaît que des changements importants sont survenus au cours des deux dernières décennies au chapitre des principaux moyens utilisés. Les suicides par armes à feu ont diminué significativement... »^[47]

Certaines actions sont entreprises au Québec, telles que le démontre en 2004 l'Évaluation de l'implantation de la stratégie québécoise d'action face au suicide^[4]. Il s'agit notamment du désistement des armes par la Sûreté du Québec, de l'identification des lieux à

risque, de la récupération des médicaments périmés par les intervenants faisant des visites à domicile ainsi que d'une démarche nationale pour réduire les risques liés au monoxyde de carbone.

Toutefois, le contexte actuel provoque certaines difficultés. En particulier, l'abolition du registre canadien des armes d'épaule aura pour effet d'abolir l'enregistrement obligatoire des armes à feu sans restriction et par conséquent, d'éliminer du registre les informations relatives à ce type d'arme, dont le nombre et le type d'armes possédées par chaque propriétaire ainsi que le numéro de série de chaque arme. En l'absence de ces informations, il ne sera notamment plus possible de lier chaque arme à son propriétaire, ce qui aura pour effet de réduire l'efficacité des mesures visant à prévenir les décès par armes à feu au Canada^[44].

6.1.c. Besoins et recommandations

- Le Québec doit poursuivre ses efforts pour réduire l'accessibilité aux armes à feu. Dans l'optique où le Québec réussirait à obtenir les données du registre canadien de la part du gouvernement fédéral, il pourra **concevoir son propre registre des armes d'épaule**.
- Pour prévenir les intoxications médicamenteuses, il serait utile de susciter des **collaborations et ententes entre médecins et pharmaciens**. Ceux-ci pourraient par exemple s'entendre sur le contrôle des doses délivrées par les ordonnances médicales. D'autre part, la détection de changements d'habitudes dans la prise de médicaments et le questionnement des patients pour en connaître les raisons permettent bien souvent de comprendre la réalité du patient, de développer une relation de confiance avec lui et d'intervenir lorsqu'il est en détresse.
- De manière générale, il convient de poursuivre la mise en œuvre de **mesures ciblées** lorsque les données de surveillance et de recherche (cf. Partie 1 : Développer la surveillance et la connaissance) indiquent une prévalence majeure de suicides par un moyen spécifique dans une région ou localité précise.
- Enfin, tel que l'indique notamment la mise à jour 2008 du Programme national de santé publique^[8], il convient d'organiser davantage « d'activités de sensibilisation aux risques que représentent les médicaments et les armes à feu gardés à la maison ainsi qu'aux mesures pour en limiter l'accès ».

6.1.d. Les acteurs et partenaires

Selon les moyens sur lesquels on souhaite avoir une influence, diverses collaborations doivent s'établir ou se poursuivre. Parmi les acteurs concernés, on compte les pharmaciens, la Sûreté du Québec, les sociétés de transport en commun, le ministère des Transports et celui de la Sécurité publique...

6.2. Lutter contre l'accessibilité sociale

6.2.a. Une mesure efficace

Pour diminuer le recours à un moyen, il est également avisé de tenter d'influencer son accessibilité sociale.

Quelques exemples illustrent le lien entre la médiatisation d'un suicide réel ou fictionnel et la hausse du recours à ce même moyen^[48] :

- À la fin des années 1980, alors qu'une vague de suicides survenus dans le métro de Vienne avait été grandement médiatisée, on a compté dans les 18 mois suivant la couverture de l'incident le double du nombre de suicides dans le métro par rapport aux trois années précédentes. Ces chiffres ont chuté considérablement après que les médias aient volontairement cessé de couvrir les faits.
- En Allemagne, dans les dix semaines suivant la diffusion d'émissions télévisées sur le suicide d'un étudiant, les cas de suicide par la même méthode ont connu une forte hausse.
- À Hong Kong, une méthode extraordinaire de suicide a été largement médiatisée en 1998. Neuf cas identiques ont alors été relevés. Deux mois plus tard, elle était devenue la troisième méthode de suicide, et deux ans plus tard, la deuxième.
- Au Québec, en 1999, le traitement médiatique du suicide du célèbre journaliste Gaëtan Girouard^[49] a concorde avec le plus haut nombre de décès par suicide constaté depuis de nombreuses années. Une couverture plus adéquate du suicide d'autres personnalités publiques (tel que celui de Dédé Fortin l'année suivante) a permis d'éviter de telles conséquences.

Les médias peuvent de toute évidence jouer un rôle-clé dans la lutte contre l'accessibilité sociale des moyens et du suicide en général.

6.2.b. La situation au Québec

Au chapitre de l'accessibilité sociale des moyens, l'intervention des médias et l'activité sur les médias sociaux entraînent une diffusion importante de certaines informations, notamment de l'utilisation de moyens.

La mise à jour 2008 du Programme national de santé publique ^[8] stipule qu'au nombre des activités à déployer d'ici 2012, les interventions visant la prévention du suicide incluent des activités favorisant le traitement approprié du suicide dans les médias.

Cependant, dans les faits, les récentes actualités démontrent qu'une large part du travail reste à faire pour favoriser une présentation respectant les recommandations de base telles qu'éviter un traitement romantique, dramatique ou sensationnel, éviter d'induire que la personne suicidée a été courageuse, brave, ou que son geste était compréhensible du fait d'être grièvement malade, d'avoir vécu une perte amoureuse ou d'avoir subi de

l'intimidation, éviter la publication d'une lettre d'adieu qui risque de promouvoir une idéalisation de la personne suicidée, éviter de donner de détails sur la méthode de suicide employée. De même, les contenus à promouvoir, tels que les signes d'alerte d'un comportement suicidaire et les coordonnées de ressources d'intervention, sont trop souvent absents des propos journalistiques.

6.1.c. Besoins et recommandations

- En vue de contrer l'acceptabilité sociale de certains moyens, il est approprié de continuer à **conscientiser les journalistes et les organisations médiatiques** à l'impact qu'ils peuvent avoir et sur les bonnes pratiques à adopter pour évoquer les cas de suicide. Dans le but de contrer ces effets, des recommandations précises sur la manière de rapporter les suicides ont été et doivent continuer à être proposées aux médias.

6.2.d. Les acteurs et partenaires

Alors que les experts publics et communautaires de la prévention du suicide, soutenus par la recherche, sont les principaux vecteurs de diffusion des bonnes pratiques, les médias d'information mais aussi de divertissement apparaissent comme des partenaires incontournables pour atteindre une diminution importante de l'accessibilité sociale des moyens de se suicider et du suicide en général.

MESURES COMPLÉMENTAIRES

Les mesures présentées précédemment sont essentielles à une réduction drastique du nombre de suicides au Québec. Nous estimons qu'elles constituent le seuil minimal des efforts à fournir.

Elles n'épuisent cependant pas l'inventaire des actions à mettre en place dans un programme de prévention du suicide qui se voudrait complet. Ainsi, nous présentons ici quelques pistes complémentaires également jugées efficaces pour la prévention du suicide, aujourd'hui et pour l'avenir : augmenter l'accès aux services de deuxième ligne en santé mentale, miser sur le rôle des proches et développer les compétences personnelles dès l'enfance.

Augmenter l'accès aux services de deuxième ligne en santé mentale

Les services de deuxième ligne en santé mentale couvrent les services médicaux et sociaux spécialisés tels que la psychiatrie et les centres hospitaliers notamment. Il s'avère important, pour les intervenants de première ligne, de pouvoir compter sur des ressources de deuxième ligne disponibles en nombre suffisant et dans un délai raisonnable pour leur référer les personnes requérant ces services. Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010^[9] identifie d'ailleurs parmi les actions prioritaires à promouvoir jusqu'en 2012 le fait de « soutenir, de façon prioritaire, la collaboration entre les médecins, les psychiatres et les intervenants de première et de deuxième lignes. ». Il est en effet essentiel d'établir et de coordonner des mécanismes permettant une fluidité entre la première et la deuxième ligne et une bonne hiérarchisation des services.

À ce titre, l'évaluation du protocole MARCO⁶ a révélé plusieurs conditions favorables au succès d'une telle entente entre établissements partenaires et a montré que l'implantation du protocole avait eu un impact positif sur les relations entre les établissements ainsi que sur la continuité des services offerts aux personnes suicidaires. Un tel type d'entente pourrait être reproduit à plus large échelle en suivant les recommandations issues de cette évaluation. Si la responsabilité de l'établissement de ce type d'entente au sein des réseaux locaux de services incombe aux CSSS, le ministère peut y contribuer en définissant cette mesure comme une priorité, en y accordant les ressources nécessaires et en jouant un rôle de coordination à l'échelle provinciale.

⁶ En 2001, des établissements de trois territoires de la région montréalaise (centres hospitaliers, centres de crise, CLSC, ressources en toxicomanie et en prévention du suicide) s'étaient engagés à appliquer des procédures de référence particulières pour les personnes suicidaires afin d'améliorer la continuité des services et la coordination des interventions ^[50]

Miser sur le rôle des proches

Tant la recherche que l'expérience indiquent que les proches d'une personne suicidaire sont de puissants facteurs de protection pour éviter les récives de passage à l'acte : ils sont des raisons de vivre, des intermédiaires souvent essentiels entre la personne en détresse et les services d'aide et ils offrent un soutien quotidien. Ils assurent le filet de sécurité le plus étroit pour la personne suicidaire. Malheureusement, les proches demeurent encore trop rarement considérés dans les interventions et la prévention du suicide se verrait assurément renforcée par le développement des services qui leur sont offerts.

Développer les stratégies d'adaptation dès l'enfance

L'éducation est une autre des avenues à approfondir davantage à l'avenir. S'il n'est pas adéquat de parler de suicide à l'école primaire, les activités de promotion de la santé mentale ont toute leur place dès le plus jeune âge. Ainsi, le programme « Les Amis de Zippy » a été développé et est diffusé dans le but de favoriser l'acquisition de stratégies d'adaptation et d'habiletés sociales utiles tout au long de la vie. Au Québec, le programme est implanté dans les écoles de plusieurs commissions scolaires qui en supportent les coûts. Il serait précieux de généraliser l'implantation d'un tel programme à toutes les écoles, afin que l'intégralité des enfants du Québec en bénéficie.

CONCLUSION

Si les statistiques montrent une baisse des nombres et des taux de suicide depuis une dizaine d'années, il reste que, chaque jour, trois personnes s'enlèvent encore la vie. Pour ces personnes, pour leurs proches, pour les milieux qu'elles fréquentent, la relative « bonne nouvelle » révélée par les statistiques ne signifie rien. Pour la société toute entière, chaque perte de vie humaine en est une de trop, qui l'appauvrit et qui aurait probablement été évitable.

Depuis plus de trente ans, le réseau québécois de la prévention du suicide agit dans une volonté toujours constante de réduire le suicide, ce fléau qui enlève à la vie plus d'un millier des nôtres chaque année.

Cette solide expérience et des données de recherche fiables nous ont appris les mesures efficaces. Aujourd'hui, on sait ce qu'il faut faire pour atteindre une réduction significative du nombre de décès par suicides. Ainsi, le développement de la surveillance et de la connaissance, l'aide aux citoyens en détresse sous ses différentes formes, la formation des intervenants, le développement de réseaux de sentinelles, les campagnes de prévention du suicide et enfin la réduction de l'accès aux moyens se révèlent être des mesures porteuses d'espoir pour l'avenir.

Dans les réseaux communautaire et public, des milliers d'acteurs se mettent en mouvement et s'engagent dans cette cause qui leur tient à cœur. Ils savent que le suicide, problème de santé publique, problème social, problème culturel et problème économique, peut être combattu. Au sein de la société, des milliers de citoyens se mobilisent pour que le suicide ne soit plus une option.

Cet engagement professionnel et citoyen est essentiel, mais il ne suffit pas. C'est pourquoi l'Association québécoise de prévention du suicide et ses partenaires appellent à une volonté politique de faire de ce défi une véritable priorité et d'y accorder les ressources financières nécessaires.

L'Association québécoise de prévention du suicide remercie les lecteurs de ce document de leur attention et les assure de son entière collaboration dans la mise en œuvre des mesures présentées.

BIBLIOGRAPHIE

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2010), *Guide des bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*, rédigé par J. Lane, J. Archambault M. Collins-Poulette et R. Camirand, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 99 p.
2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2010), *Guide des soutien au rehaussement des services en prévention du suicide à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux*, rédigé par J. Lane, J. Archambault, M. Collins-Poulette et R. Camirand, Québec, Direction des communications, 72 p.
3. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010), *Analyse des besoins au regard de la prévention du suicide dans les centres de santé et de services sociaux*, rédigé par J. Lane et J. Archambault, Québec, Direction des communications, 40 p.
4. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1998), *Stratégie québécoise d'action face au suicide 2004-2008 – S'entraider pour la vie*, rédigé par G. Mercier et D. Saint-Laurent, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 94 p.
5. ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE PRÉVENTION DU SUICIDE ET TABLE DES DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES CENTRES DE PRÉVENTION DU SUICIDE DU QUÉBEC (2012), *Offre de services des centres de prévention du suicide* (document de travail non publié), 27 p.
6. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2004), *Évaluation de l'implantation de la stratégie québécoise d'action face au suicide*, rédigé par N. Potvin, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 102 p. + annexes.
7. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2003), *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 133 p.
8. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2008), *Programme national de santé publique 2003-2012 : Mise à jour 2008*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 103 p.
9. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2005), *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – la force des liens*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 96 p.
10. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2006), *L'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide : Cadre de référence*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 70 p.
11. SUICIDE ACTION MONTRÉAL (2011), *La prévention du suicide par l'utilisation des nouvelles technologies*, demande de financement déposée dans le cadre du Programme de soutien à la valorisation et au transfert du ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation (document non publié), 26 p.
12. SÉGUIN, M., ROY, F., GALLAGHER, R., RAYMOND, S., GRAVEL, C., BOYER, R. (2004), *Programme de postvention en milieu scolaire : Stratégies d'intervention à la suite d'un suicide*, Montréal, 81 p.

13. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2010), *Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec : un regard sur les liens avec l'état de santé physique ou mental et le milieu social*, Zoom santé numéro 20, rédigé par V. Nanhou, C. Fournier et N. Audet, Institut de la statistique du Québec, 8 p.
14. CLAYTON, D., BARCELO, A. (1999), *Coût de la mortalité par suicide au Nouveau-Brunswick, 1996*, Maladies Chroniques au Canada, 20(2), pp. 100-108.
15. CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX – INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE SHERBROOKE (2011), *Analyse des rapports des coroners des décès par suicide en Estrie : profils et recommandations*, rédigé par J.-C. Boileau et al., 61 p.
16. *Portrait provincial, régional et local du suicide pour les régions du Haut-Saint-François et du Val-Saint-François*, 2011, document non-publié, 4 p.
17. SMITH, I., CROME, I.B. (2007), *In the coroner's chair- substance misuse and suicide in young people: have we got the focus right?*, Criminal Behaviour and Mental Health, Vol. 17, pp. 197-203.
18. *Appel des «44» pour la création d'un observatoire des suicides*, 22 mai 2011, Libération. Consulté sur <http://www.liberation.fr/societe/01012338835-appel-des-44-pour-la-creation-d-un-observatoire-des-suicides>
19. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Statistiques sur les services sans frais*, janvier à novembre 2011 (document non publié).
20. WILSON, J., ONORATI, K., MISHKIND, M., REGER, M.A., GRAHM, G.A. (2008), *Soldier attitudes about technology-based approaches to mental healthcare*, Cyberpsychol Behav, 11, pp. 767-769.
21. CEFRIO (2009), *NETendances : évolution de l'utilisation d'Internet au Québec depuis 1999*, enquête réalisée par Léger Marketing.
22. WALTHER, J.B., BOYD, S. (2002), *Attraction to computer-mediated social support*, Communication Technology and Society: Audience Adoption and Uses, pp. 153-188.
23. LUXTON D.D, JUNE J.D et KINN J.T (2011), *Technology-based Suicide Prevention: Current Application and Future Directions*, Telemedicine and eHealth, Brief Communication, January/February 2011, p. 50.
24. GREIDANUS, E., EVERALL, R.D. (2010), *Helper therapy in an online suicide prevention community*, British Journal of Guidance & Counselling, 38, pp. 191- 204.
25. BOYCE, N. (2010), *Pilots of the future : suicide prevention and the internet*, World report, The Lancet. comp., Vol. 376, p. 1889.
26. DIRECTION DE LA SANTÉ MENTALE DU MSSS (2011), *Rapport d'enquête sur les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, 124 p.
27. HOULE J., *Quels sont les facteurs associés à un risque accru de suicide après une tentative?*, CRISE UQAM (présentation Powerpoint)
28. TIERNEY, R., RAMSAY, R., TANNEY, B., LANG, W. (1990), *Comprehensive school suicide prevention programs*, Death Studies, 14, 347-370.
29. CRISE (2005), *Application des connaissances scientifiques*. Chapitre La postvention. Extrait du site web du Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie consulté le 11 janvier 2012 au : www.criseapplication.uqam.ca/theme6.asp?partie=plan
30. SÉGUIN, M., FRECHETTE, L. (1999), *Le deuil : Une souffrance à comprendre pour mieux intervenir*, Montréal : Les Éditions Logiques.
31. SHNEIDMAN, E.-S. (1992), *What do suicides have in common ? Summary of the psychological approach*, in B. Bruce, *Suicide : Guidelines for assessment management and treatment*, pp.3-15, New York : Oxford University Press.
32. HANUS, M. (2004), *Le deuil après suicide*, Paris : Maloine.

33. BRENT, D.A. et coll. (1993), *Psychiatry impact of the loss of an adolescent sibling to suicide*, Journal of Affecton Disorders, 28, 249-256.
34. BOYER R. et col. (2000), *Idées suicidaires et parasuicides*, Enquête sociale sur la santé 1998, Institut de la statistique du Québec.
35. JORDAN, J.R., McMENAMY, J. (2004), *Interventions for suicide survivors : a review of the literature*, Suicide and Life Threatening Behavior, 34(4), pp. 337-349.
36. TOUSIGNANT, M., MISHARA B.L. (2004), *Comprendre le suicide*, Montréal : les Presses de l'Université de Montréal et Paramètres.
37. WORLD HEALTH ORGANISATION (2010), *Organisation des services de santé mentale, Guide des politiques et des services de santé mentale*, 94 p.
38. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION (2002), *Politique gouvernementale d'éducation des adultes et de formation continue, Apprendre tout au long de la vie*, Québec, 50 p.
39. Information consultée le 14 janvier 2012 au : http://www.csst.qc.ca/asp/innovation/2011/Valleyfield/val_3.htm
40. MINISTÈRE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX, *Évaluation de l'implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide*, rédigé par W. Chavarria, Québec, Direction de la planification, de l'évaluation et du développement en santé publique (présentation PowerPoint).
41. Données tirées de l'onglet *Plan commun de surveillance* produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 10 septembre 2010. Source : MSSS, Fichier des décès de 1981 à 2007.
42. DAIGLE, M., BEAUSOLEIL, L., BRISOUX, J., RAYMOND, S., CHARBONNEAU, L., DESAULNIERS, J. (2002), *Rapport d'évaluation: Semaine de prévention du suicide et clientèle hommes*, Montréal: Centre de recherche et d'intervention en suicide et euthanasie.
43. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2004), *Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes*, rédigé par M. Julien et J. Laverdure, 50 p.
44. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2010), *Mémoire déposé au Comité permanent de la sécurité publique et nationale de la Chambre des communes sur le projet de loi C-391, Loi modifiant le Code criminel et la Loi sur les armes à feu, Rédigé par M. Lavoie, R. Pilote, P. Maurice, E. Blais*, 21p.
45. DAIGLE, M. (2003), *Analyse du comportement suicidaire sur le pont Jacques-Cartier*, Rapport d'expertise remis à la Société des Ponts Jacques-Cartier et Champlain Inc., Montréal. 32 p.
46. KREITMAN (1976)
47. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2010), *La mortalité par suicide au Québec : tendances et données récentes. 1981 à 2008*, rédigé par M. Gagné et D. St-Laurent, 19 p.
48. Les médias et le suicide. Guide pour les professionnels des médias. <http://www.aqps.info/media/documents/Presswise.pdf>
49. TOUSIGNANT, M., MISHARA, B., ST-LAURENT, D., FORTIN, V., CAILLAUD A., (2004), *The impact of media coverage of the suicide of a well-known Quebec reporter : the case of Gaëtan Girouard*, Social science & medicine, 60, pp. 1919-1926.
50. DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2006), *Vers une meilleure continuité de services pour les personnes suicidaires : Évaluation d'implantation du protocole MARCO*, rédigé par Houle, J., Poulin, C., Van Nieuwenhuyse, H., Montréal, 137 p.