



**Ministère de la Santé  
et des Services sociaux**

Santé publique

# **Implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide dans quatre régions du Québec**

Rapport d'évaluation

Édition :

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

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :

**[www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca) section **Documentation**, rubrique **Publications**.**

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012

Bibliothèque et Archives Canada, 2012

ISBN : 978-2-550-65936-5 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2012

## **DIRECTION**

Lyne Jobin, Direction générale adjointe de la santé publique, MSSS

## **RECHERCHE ET RÉDACTION**

Walter Chavarria, Direction générale adjointe de la santé publique, MSSS  
Avec la collaboration de Maria Bouzidi, professionnelle de recherche

## **SOUTIEN À LA RÉDACTION**

Stéphane Ruel, Direction du développement des individus et de l'environnement social, MSSS

## **COMITÉ D'ÉVALUATION**

Michel Beauchemin, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale  
Marthe Hamel, Direction du développement des individus et de l'environnement social, MSSS  
Lyne Jobin, Direction générale adjointe de la santé publique, MSSS  
Sylvie Kirouac, Direction générale adjointe de la santé publique, MSSS  
Nelson Potvin, Direction de l'évaluation, MSSS  
Stéphane Ruel, Direction du développement des individus et de l'environnement social, MSSS

## **SECRETARIAT**

Geneviève Brie, Direction du développement des individus et de l'environnement social, MSSS  
Renée Brissette, Direction du développement des individus et de l'environnement social, MSSS

## **RÉVISION LINGUISTIQUE**

Yvette Gagnon

Nous tenons à remercier Annie-Claude Voisine, de la Direction générale adjointe en santé publique du MSSS, pour son soutien dans la collecte des données. Nous remercions également tous les répondants, qui nous ont généreusement fait part de leur vision aux fins de nos travaux. Sans eux, l'évaluation n'aurait pu avoir lieu.

Cette évaluation s'est inscrite dans le cadre d'un stage de formation faisant partie du programme de doctorat en psychologie – recherche et intervention (orientation communautaire) de l'Université Laval.



# TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>CHAPITRE 1 : CONTEXTE DE L'IMPLANTATION DES RÉSEAUX DE SENTINELLES EN PRÉVENTION DU SUICIDE</b> .....	3
<b>CHAPITRE 2 : MANDAT DE L'ÉVALUATION</b> .....	7
2.1 OBJET, QUESTION ET OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DE L'ÉVALUATION .....	7
<b>CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE</b> .....	9
3.1 TYPE D'ÉVALUATION .....	9
3.2 CHOIX DES RÉGIONS .....	9
3.3 COLLECTE DES DONNÉES .....	10
3.4 TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNÉES .....	12
3.5 PORTÉE ET LIMITES DE L'ÉVALUATION .....	13
<b>CHAPITRE 4 : RÉSULTATS</b> .....	15
4.1 PHASE 1 : ORGANISATION DE L'IMPLANTATION DES RÉSEAUX .....	15
4.1.1 <i>Appropriation du cadre de référence, développement d'une vision commune d'implantation</i> .....	15
4.1.2 <i>Répartition des rôles et des responsabilités</i> .....	19
4.2 PHASE 2 : IMPLANTATION DES RÉSEAUX .....	27
4.2.1 <i>Connaître les groupes à risque ou vulnérables et choix des milieux</i> .....	27
4.2.2 <i>Adhésion des milieux au programme de sentinelles</i> .....	31
4.2.3 <i>Arrimage des services</i> .....	37
4.2.4 <i>Recrutement et sélection des sentinelles</i> .....	41
4.2.5 <i>Formation et soutien des sentinelles</i> .....	46
4.3 PHASE 3 : SUIVI DE L'IMPLANTATION DES RÉSEAUX .....	51
<b>CONCLUSION</b> .....	55
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	57

## LISTE DES TABLEAUX

<b>TABLEAU 1</b>	Nombre de répondants prévus et rencontrés selon les milieux	11
<b>TABLEAU 2</b>	Appropriation du cadre de référence et développement d'une vision commune de l'implantation : constats et piste d'action	18
<b>TABLEAU 3</b>	Répartition des rôles et des responsabilités : constats et pistes d'action	26
<b>TABLEAU 4</b>	Connaître les groupes à risque ou vulnérables et choix des milieux : constats et pistes d'action	30
<b>TABLEAU 5</b>	Adhésion des milieux au programme : constats et pistes d'action	36
<b>TABLEAU 6</b>	Arrimage des services : constats et pistes d'action	40
<b>TABLEAU 7</b>	Recrutement et sélection : constats et pistes d'action	45
<b>TABLEAU 8</b>	Formation et soutien : constats et pistes d'action	50
<b>TABLEAU 9</b>	Suivi de l'implantation : constats et pistes d'action	54



## INTRODUCTION

Le Québec est l'un des endroits au monde où le taux de décès par suicide est le plus élevé. Des données récentes indiquent toutefois une tendance à la baisse. En effet, pour une population de 100 000 personnes, le taux moyen est passé de 16,7 en 2005 à 13,5 en 2009<sup>1</sup> (INSPQ, 2011).

Parmi plusieurs stratégies de prévention du suicide, l'Organisation mondiale de la santé préconise la reconnaissance des personnes à risque suicidaire dans leurs milieux de vie (Organisation mondiale de la santé, 2006). L'une des stratégies recommandées consiste à mettre en place des réseaux de sentinelles en prévention du suicide. En conformité avec cette recommandation, des réseaux sont présentement implantés un peu partout au Québec. Cependant, l'implantation n'est pas encore achevée et son avancement est inégal entre les régions (MSSS, 2010c).

À l'automne 2010, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a entrepris d'évaluer le processus d'implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide au Québec afin de connaître les facteurs facilitant ou contraignant cette implantation. Le présent rapport fait état des résultats. Le premier chapitre donne une brève description du contexte de l'implantation de ces réseaux. Les deuxième et troisième chapitres servent à décrire le mandat de l'évaluation ainsi que la méthodologie privilégiée aux fins de ladite évaluation. La présentation des résultats, leur interprétation et les pistes d'action font l'objet du quatrième et dernier chapitre. On y trouve également un résumé des principaux constats et des pistes d'action proposées pour chaque étape du processus d'implantation dans des tableaux placés à la fin de chaque sous-section.

---

1. Données provisoires provenant des fichiers du Bureau du coroner.





## CHAPITRE 1 : CONTEXTE DE L'IMPLANTATION DES RÉSEAUX DE SENTINELLES EN PRÉVENTION DU SUICIDE

L'implantation des réseaux de sentinelles au Québec fait partie d'une stratégie globale de prévention du suicide issue du *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP) et reprise dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* (PASM). Les hommes en situation de vulnérabilité, les jeunes et les personnes âgées figurent parmi les cibles de cette intervention. À l'échelle gouvernementale, l'investissement lié à la *Stratégie d'action jeunesse 2006-2009* a permis de soutenir la mise en place de réseaux de sentinelles dans les milieux d'intervention auprès des jeunes. Les autres milieux visés sont ceux où l'on trouve des personnes âgées de moins de 35 ans, particulièrement les écoles secondaires, les cégeps, les universités, les carrefours jeunesse-emploi, les maisons de jeunes et les organismes qui s'occupent des jeunes de la rue.

L'implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide s'appuie sur la connaissance tant des facteurs associés au suicide que des caractéristiques sociosanitaires des populations locales. Cela permet aux planificateurs de cibler plus particulièrement les groupes à risque présents sur le territoire et, conséquemment, de déterminer dans quels milieux les joindre.

La planification et l'organisation des services en prévention du suicide requièrent, par ailleurs, une complémentarité des actions du réseau public et du milieu communautaire concerné par la question. À cet égard, l'offre de services des centres de santé et de services sociaux (CSSS) se déploie dans un contexte où l'expertise en matière de prévention du suicide est historiquement partagée avec les organismes communautaires, particulièrement les centres de prévention du suicide (CPS) et les centres de crise. Ce partage s'actualise, sur le plan national, notamment par des activités de formation coordonnées par le Ministère et l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS), entre autres, dans le cadre du volet formation des sentinelles (MSSS, 2006).

Les réseaux de sentinelles s'inscrivent dans le modèle du continuum de services en prévention du suicide. Plus précisément, les sentinelles ont un rôle de reconnaissance des personnes suicidaires et d'intervention précoce auprès de celles-ci. On les définit comme des adultes qui, par leur travail, leurs activités bénévoles, la place qu'ils occupent dans leur milieu ou leur communauté, ou leurs qualités d'aidants naturels, sont susceptibles d'être en contact avec des personnes suicidaires. Les sentinelles sont des personnes volontaires, recrutées et sélectionnées en raison de leurs liens étroits avec les groupes à risque suicidaire, au sein des milieux ciblés. Les candidats sélectionnés pour jouer ce rôle reçoivent une formation et du soutien leur permettant non seulement de reconnaître les comportements et les idées suicidaires chez les personnes à risque, mais aussi d'orienter ces dernières vers les services d'aide appropriés (MSSS, 2006). De plus, les sentinelles peuvent atteindre les personnes isolées et celles qui n'utilisent pas les services de santé ni les services sociaux. Elles favorisent ainsi l'accessibilité des services dont ces personnes ont besoin (MSSS, 2010a et 2010b).

Avant la mise en œuvre des stratégies gouvernementales, des actions qui s'apparentaient aux réseaux de sentinelles existaient dans certaines régions du Québec, notamment en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, au Saguenay-Lac-Saint-Jean, dans la Capitale-Nationale et en Montérégie. Elles visaient elles aussi à reconnaître les personnes suicidaires et à les orienter vers les ressources appropriées.

Les premiers réseaux de sentinelles ont été implantés dans les régions de Chaudière-Appalaches, de la Capitale-Nationale, de l'Outaouais, du Bas-Saint-Laurent, de la Côte-Nord et des Laurentides. Un inventaire<sup>2</sup> des actions relatives à l'implantation de ces réseaux a révélé des disparités jugées importantes quant aux objectifs poursuivis, notamment pour la mise en place d'un filet de sécurité. Des disparités ont également été constatées en ce qui concerne la reconnaissance des personnes suicidaires et l'intervention auprès de celles-ci, la conception de ce que devrait être une sentinelle, le rôle et la formation des sentinelles ainsi que les modalités de l'implantation des réseaux.

Par souci de pallier les disparités observées, le Ministère publia, en 2006, le document intitulé *L'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide : Cadre de référence* (MSSS, 2006). Issu d'un consensus entre professionnels de la santé publique, ce cadre recommande un processus d'implantation valant pour l'ensemble des régions du Québec et l'utilisation d'un langage commun à tous les acteurs. Il s'adresse aux acteurs engagés dans l'implantation de réseaux de sentinelles sur le territoire d'un CSSS, dont les agences de la santé et des services sociaux (ASSS), les CPS, les centres de crise et les CSSS eux-mêmes (MSSS, 2006). Le cadre est basé sur une vision structurante de l'implantation de ces réseaux et il vise les objectifs suivants :

- préciser qui sont les sentinelles et définir leur rôle ;
- déterminer la contribution des réseaux de sentinelles à la prévention du suicide ;
- préciser le processus de l'implantation d'un tel réseau ;
- définir les conditions pour réussir l'implantation de ces réseaux au Québec.

---

2. G. FILLION, *Commentaires et résultats de la tournée des régions du Québec portant sur des expérimentations d'implantation de programmes de formation en prévention du suicide de type « sentinelles » : Document de travail*, Saint-Jérôme (Québec), Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides, 2004, cité dans MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006), *L'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide : Cadre de référence*, rédigé par Françoise Roy, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 9.

En 2010, le Ministère publiait deux guides de bonnes pratiques en prévention du suicide, l'un à l'intention des gestionnaires et l'autre à l'intention des intervenants des CSSS. Les guides visent à renforcer l'intervention en prévention du suicide dans les territoires locaux en prenant appui sur les changements que connaît le réseau de la santé et des services sociaux ces dernières années. Ils confirment le rôle de premier plan des CSSS en prévention du suicide, qui est d'assurer la coordination optimale des services offerts aux personnes suicidaires, tant au sein de leur propre organisation que dans leur réseau local de santé. Les guides invitent également les gestionnaires des CSSS à préciser la trajectoire de services en prévention du suicide sur leur territoire local ainsi que les collaborations à établir en vue d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services offerts aux personnes vulnérables au regard du suicide (MSSS, 2010a et 2010b). L'implantation des réseaux de sentinelles y figure parmi les stratégies favorisant l'accessibilité et la continuité des services offerts aux personnes suicidaires.



## CHAPITRE 2 : MANDAT DE L'ÉVALUATION

L'évaluation de l'implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide s'inscrit dans le cadre du PNSP (mis à jour en 2008), du PASM et du cadre de référence relatif à l'implantation de ces réseaux.

La Direction générale adjointe en santé publique a reçu le mandat d'évaluer le processus d'implantation des réseaux de sentinelles. La présente évaluation vise à décrire l'état de l'implantation des réseaux dans les régions du Québec où ils sont implantés. Plus précisément, elle permet de mesurer les écarts entre la planification prévue dans le cadre de référence et l'état actuel de l'implantation en vue d'en tirer des éléments utiles à la poursuite de celle-ci et de soutenir les acteurs dans les régions où les réseaux de sentinelles sont ou seront mis en place.

### 2.1 OBJET, QUESTION ET OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DE L'ÉVALUATION

#### Objet de l'évaluation

L'évaluation porte sur le suivi et l'adaptation du processus d'implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide proposé dans le cadre de référence de 2006 ainsi que sur l'examen des conditions mentionnées dans ledit cadre pour réussir l'implantation de ces réseaux.

#### Processus d'implantation et conditions pour réussir l'implantation d'un réseau de sentinelles

Le processus proposé dans le cadre de référence débute par une phase d'organisation qui prévoit l'appropriation de celui-ci par les différents partenaires engagés dans l'implantation des réseaux de sentinelles ainsi que la répartition des rôles et des responsabilités entre eux.

La deuxième phase comporte quant à elle les étapes suivantes :

- 1) connaître les groupes à risque ou vulnérables et choisir les milieux ;
- 2) susciter l'adhésion du milieu ciblé au programme de sentinelles ;
- 3) s'assurer de l'arrimage entre les ressources du milieu ciblé et celles du réseau de la santé et des services sociaux du territoire ;
- 4) recruter et sélectionner les futures sentinelles ;
- 5) former les sentinelles ;
- 6) soutenir les sentinelles.

La troisième phase concerne le suivi de l'implantation et vise à s'assurer du respect de la planification de celle-ci.

Par ailleurs, le cadre spécifie les conditions à respecter pour réussir l'implantation d'un réseau de sentinelles, conditions qui se posent sur trois plans :

- 1) l'implantation dans un milieu selon les objectifs particuliers au réseau de sentinelles (vision commune de tous les partenaires, définition claire des rôles et des responsabilités, désignation de l'organisme assumant le leadership dans le milieu et rôle stratégique du coordonnateur responsable de l'implantation, arrimage au continuum de services, suivi et évaluation) ;
- 2) la contribution à la réduction des décès par suicide (choix de la population cible, qualité et continuité des services d'aide, intervention globale en prévention du suicide) ;
- 3) le déploiement à l'échelle nationale (diffusion du cadre de référence, formation des formateurs et élaboration d'outils, suivi et évaluation).

Les dimensions et les indicateurs de l'évaluation ont été définis à partir du processus d'implantation et des conditions que nous venons d'exposer. De plus, les indicateurs ont été adaptés au milieu des répondants (MSSS, AQPS, ASSS, CSSS, CPS).

### **Question de l'évaluation**

Comment s'implantent les réseaux de sentinelles en prévention du suicide, tels que définis dans le cadre de référence de 2006 ?

### **Objectifs spécifiques de l'évaluation**

Sur le plan opérationnel, les objectifs spécifiques sont les suivants :

- 1) faire état de l'implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide ;
- 2) décrire le fonctionnement des réseaux de sentinelles en prévention du suicide ;
- 3) identifier les facteurs favorisant ou contraignant l'implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide ;
- 4) faire ressortir les principaux constats et les pistes d'action pour favoriser une poursuite optimale de l'implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide.

## CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE

### 3.1 TYPE D'ÉVALUATION

L'approche évaluative adoptée s'inspire du modèle centré sur les utilisateurs, proposé par Patton. En plus de répondre directement aux besoins des utilisateurs concernant l'évaluation, cette approche permet de fournir des informations pertinentes et appropriées aux acteurs ainsi que de cerner les forces et les faiblesses d'un programme (Patton, 2008).

Ainsi, la présente évaluation est de nature formative. Elle servira à soutenir l'implantation et le fonctionnement des réseaux de sentinelles dans les régions du Québec où ils sont implantés ou en voie de l'être. Son but est d'informer les personnes intéressées non seulement sur le contexte de l'implantation, mais aussi sur les facteurs qui facilitent ou contraignent celle-ci (Ridde et Dagenais, 2009).

### 3.2 CHOIX DES RÉGIONS

Les régions ont été sélectionnées en fonction du degré d'avancement de l'implantation des réseaux de sentinelles. Cette sélection a été faite à l'aide de deux outils :

- 1) le bilan du suivi des activités du PNSP 2003-2012 (MSSS, 2010c) produit par les ASSS ;
- 2) l'analyse ayant servi à planifier la diffusion des guides de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des CSSS.

Pour qu'une région puisse être prise en compte, il fallait que les réseaux de sentinelles soient considérés comme une activité implantée (cote 3)<sup>3</sup> sur le territoire, selon le premier outil. En 2009, seulement cinq des dix-huit régions sociosanitaires du Québec atteignaient ce niveau. Le deuxième outil nous a permis de raffiner davantage la sélection, qui a été limitée aux régions faisant partie des première et deuxième vagues de l'implantation des guides de bonnes pratiques en prévention du suicide. Finalement, quatre régions ont été retenues : le Bas-Saint-Laurent, la Capitale-Nationale, la Côte-Nord et la Montérégie.

#### Taux de décès par suicide dans les régions participantes

Au Québec, le taux<sup>4</sup> de mortalité par suicide varie considérablement d'une région à l'autre. La région de Laval affiche le plus faible taux, avec 9,2 décès par 100 000 personnes, et celle de la Côte-Nord enregistre le taux le plus élevé, avec 19,8 décès par 100 000 personnes.

---

3. Tous les deux ans, les ASSS du Québec doivent remplir un questionnaire autoadministré portant sur le degré d'implantation des activités relatives aux différents domaines d'intervention qui sont prévues dans le PNSP en attribuant à chacune une cote de 0 à 3 : 0 pour une activité non planifiée et non implantée ; 1 pour une activité planifiée mais non implantée ; 2 pour une activité planifiée dont l'implantation est en cours ; 3 pour une activité implantée (MSSS, 2010c).

4. Afin d'atténuer les importantes variations annuelles observées pour les régions où la population est moins nombreuse, les taux ont été ajustés sur une période de trois ans, soit de 2007 à 2009 (INSPQ, 2011).



Des quatre régions participantes, trois affichent un taux supérieur<sup>5</sup> à la moyenne provinciale, qui est de 14 décès par 100 000 personnes. Ainsi, pour une population donnée de 100 000 personnes, le taux de décès par suicide est de 16 cas dans la Capitale-Nationale, de 17,3 cas dans le Bas-Saint-Laurent et de 19,8 cas sur la Côte-Nord. La Montérégie, quant à elle, se situe sous la moyenne provinciale, avec 12,7 cas de décès par suicide (INSPQ, 2011).

### 3.3 COLLECTE DES DONNÉES

#### Sources d'information

La collecte des données a permis d'obtenir de l'information sur différents éléments du processus d'implantation. Elle a eu lieu dans le milieu institutionnel et dans le milieu communautaire. Pour le milieu institutionnel, les trois paliers du réseau de la santé et des services sociaux ont été mis à contribution : le MSSS pour le palier national, les ASSS pour le palier régional et les CSSS pour le palier local. Pour le milieu communautaire, des représentants nationaux de l'AQPS et des représentants locaux des CPS ont été rencontrés. Cette complémentarité des sources a permis de valider les résultats par une triangulation des données.

Au total, 38 répondants ont été rencontrés, sur les 56 qui avaient été prévus, dans 22 des 27 milieux ciblés au départ. L'attrition a eu lieu surtout dans les ASSS, au palier régional, et dans les CSSS, au palier local. Au palier national, tous les répondants du Ministère et de l'AQPS ont été rencontrés.

Sur le plan régional, toutes les ASSS ciblées ont participé à l'évaluation. Cependant, seulement 9 des 18 personnes identifiées ont été rencontrées en entretien. Le répondant en prévention du suicide<sup>6</sup> était présent dans tous les cas.

Sur le plan local, le choix des CSSS participants a été fait conjointement avec l'agence de chaque région. Au départ, l'objectif était de douze centres, soit trois par région. Finalement, huit centres ont participé à l'évaluation : trois dans chacune des régions du Bas-Saint-Laurent et de la Montérégie, et deux dans la région de la Capitale-Nationale. En tout, 14 des 24 personnes identifiées dans le devis d'évaluation ont été rencontrées.

L'agence de la Côte-Nord n'a pu désigner aucun CSSS pour participer à la présente évaluation. Selon elle, les CSSS et le CPS ont conclu des ententes qui font de ce dernier le seul responsable de l'implantation des réseaux de sentinelles dans la région ; les premiers n'auraient été engagés dans le processus qu'à son début.

Par ailleurs, huit milieux communautaires ont participé à cette évaluation, soit sept CPS et un organisme communautaire agissant en prévention du suicide. Au total, dix personnes représentant les CPS et ledit organisme ont été rencontrées.

---

5. Non significatif statistiquement. La seule région sociosanitaire qui affiche une différence supérieure et significative à la moyenne provinciale est celle de la Mauricie et du Centre-du-Québec (INSPQ, 2011).

6. Le répondant est responsable des actions régionales relatives à la prévention du suicide, y compris l'implantation des réseaux de sentinelles.

Le tableau suivant donne des détails sur le nombre de répondants qu'il avait été prévu de rencontrer et le nombre de répondants qui ont effectivement été rencontrés, selon les milieux.

**Tableau 1 : Nombre de répondants prévus et rencontrés selon les milieux**

Palier	Milieu	Sites (n)		Répondants (n)	
		Prévus	Effectifs	Prévus	Effectifs
National	Institutionnel (MSSS)	1	1	3	3
	Communautaire (AQPS)	1	1	2	2
Régional	Institutionnel (ASSS)	4	4	18*	9
Local	Institutionnel (CSSS)	12	8	24**	14
	Communautaire (CPS et autre organisme)	9	8	9	10
<b>Total</b>		<b>27</b>	<b>22</b>	<b>56</b>	<b>38</b>

\* Total des gestionnaires et des répondants en prévention du suicide pour toutes les régions sélectionnées.

\*\* Total des gestionnaires et des responsables du dossier des réseaux de sentinelles pour toutes les régions sélectionnées.

### **Outils de collecte des données**

La collecte des données a pris la forme d'entrevues individuelles ou en dyade de type semi-structuré et de discussions de groupe. Le choix de ces moyens se justifie par leur souplesse, qui a permis une adaptation, selon la réalité de chaque milieu, au-delà des questions préétablies (Patton, 2002). Les grilles d'entretien n'ont pas été prétestées, le temps et les moyens alloués pour effectuer l'évaluation ne le permettant pas. Cependant, les grilles ont été revues et corrigées à la suite des premières entrevues et à la lumière des remarques des répondants ou de leurs réactions aux questions de l'évaluation.

### **Période de collecte des données**

La collecte des données a eu lieu entre mars et mai 2011. Dans le premier devis d'évaluation, la période de collecte des données devait s'étendre de janvier à avril 2011.

## **3.4 TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNÉES**

Le contenu des enregistrements a été transcrit mot à mot suivant la structure des grilles d'entretien. Les transcriptions ont été analysées au fur et à mesure de la collecte des données en vue d'adapter les questions posées pendant les entretiens et d'enrichir la grille d'analyse. Cette analyse au cours de la collecte des données est préconisée par Miles et Huberman (2007) pour répondre aux variables inattendues.

Un codage et une analyse thématique ont été effectués à l'aide du logiciel de traitement de données qualitatives N'Vivo 8. À cette fin, une grille de codification a été préparée préalablement sur la base des différents thèmes d'entrevue et sur une lecture flottante des premières transcriptions. Des analyses transversales ont également été effectuées. En effet, une attention particulière a été portée à l'intégration des différents points de vue exprimés par les représentants issus des divers milieux, et ce, afin de faire ressortir les éléments de convergence et de divergence de leurs propos. Les constats dégagés ont fait l'objet d'une discussion avec les utilisateurs de cette évaluation pour s'assurer de la meilleure interprétation des résultats.

Par ailleurs, aucun répondant n'a été identifié personnellement dans cette évaluation. Il en a été de même pour les milieux, hormis le MSSS et l'AQPS (au palier national) puisqu'ils sont les seuls représentants de leur milieu. Enfin, les résultats sont présentés par palier (national, régional, local) et selon le milieu, soit institutionnel (MSSS, ASSS, CSSS), soit communautaire (AQPS, CPS).

### **3.5 PORTÉE ET LIMITES DE L'ÉVALUATION**

#### **Portée**

L'approche centrée sur les utilisateurs permet de répondre aux besoins des planificateurs et des utilisateurs du programme. La consultation à différents moments des utilisateurs, y compris au moment d'interpréter les résultats, a permis de maximiser la validité du contenu (compréhension de la problématique, validation des constats, etc.).

L'information complémentaire, c'est-à-dire allant au-delà des questions préétablies, qui a été recueillie au cours des entretiens a quant à elle, permis de tenir compte de variables non attendues.

Dans l'ensemble, la présente évaluation permet de tracer un portrait assez fidèle, mais pas exhaustif, de l'implantation des réseaux de sentinelles grâce à la diversité des sources d'information (MSSS, AQPS, ASSS, CSSS et CPS), au nombre de répondants (38 au total) et à la diversité des régions participantes. Sans toutefois dire de cette évaluation qu'elle est généralisable, nous croyons que les expériences rapportées sont transférables à d'autres milieux où l'implantation de réseaux de sentinelles peut être envisagée, ce qui en constitue la finalité.

#### **Limites**

Le portrait dégagé de l'évaluation ne rend pas compte de toute la réalité pour des raisons relatives aux sources d'information. D'une part, aucune information n'a été recueillie directement auprès de sentinelles, qu'elles soient actives ou non. D'autre part, l'information recueillie relève de la seule perception des répondants, et non de données administratives. De ce fait, la triangulation des données et la portée de nos conclusions restent limitées.

Une autre limite pourrait être due au fait que l'évaluation est effectuée par le Ministère (évaluation interne). En effet, certains participants peuvent percevoir l'évaluation comme un dispositif de contrôle et, par conséquent, donner des réponses qui engendrent des biais.

Enfin, l'accent a été principalement mis sur les thématiques apparaissant dans le cadre de référence, vu la grande quantité de thèmes à aborder aux fins de l'évaluation et le temps limité à consacrer à la collecte des données. Au cours des entretiens, l'emphase n'a pas été mise sur des situations non couvertes par le processus d'implantation des réseaux de sentinelles (ex. : la dynamique entre le milieu institutionnel et les organismes communautaires).



## CHAPITRE 4 : RÉSULTATS

Les résultats de l'évaluation se rapportant aux phases et aux étapes de l'implantation des réseaux de sentinelles seront présentés en tenant compte des trois paliers du réseau de la santé et des services sociaux – national (MSSS), régional (ASSS) et local (CSSS) –, qui ont chacun des responsabilités dans cette implantation, et des deux milieux qui y sont engagés : l'institutionnel, aux trois paliers précités, et le communautaire, aux paliers national (AQPS) et local (CPS).

Pour chaque étape, la description des résultats sera suivie d'une partie portant sur l'analyse et l'interprétation des résultats, puis d'une partie présentant des pistes d'action. Toutefois, deux étapes feront l'objet d'une seule et même description des résultats, car elles semblent intimement liées dans la pratique ; il s'agit de la formation des sentinelles et du soutien qui est accordé à celles-ci. Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction, les constats dégagés de l'analyse ainsi que les pistes d'action proposées seront regroupés dans un tableau-résumé placé à la fin de chacune des sous-sections.

Les propos que les répondants ont tenus pendant les entrevues et qui sont rapportés ici sont placés entre guillemets.

### 4.1 PHASE 1 : ORGANISATION DE L'IMPLANTATION DES RÉSEAUX

L'implantation des réseaux de sentinelles débute par une phase d'organisation au cours de laquelle les partenaires doivent s'approprier le contenu du cadre de référence afin d'arriver à en avoir une vision commune. C'est aux CSSS que revient la responsabilité d'engager et de mener le processus d'appropriation. Au cours de cette phase, les différents partenaires engagés dans l'implantation d'un réseau doivent également déterminer les rôles et les responsabilités de chacun.

Il faut mentionner qu'au palier national, le Ministère s'assure aussi de la diffusion<sup>7</sup> du cadre en le rendant accessible sur son site Web. Aucun des acteurs rencontrés n'a mentionné avoir eu des difficultés à consulter ce cadre.

#### 4.1.1 Appropriation du cadre de référence, développement d'une vision commune d'implantation

##### *Description des résultats*

Sur le plan national, la vision du programme d'implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide est celle d'une stratégie qui s'inscrit dans le cadre d'initiatives ministérielles (PNSP 2008-2012 et PASM 2005-2010) et qui vise à mettre à contribution les citoyens, dans leur milieu de vie comme dans leur milieu de travail, pour prévenir le suicide.

---

7. La diffusion du cadre de référence à l'échelle nationale figure dans celui-ci comme un critère de succès de l'implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide.

Il s'agit, pour certains des répondants des ASSS, de l'institutionnalisation d'une action qui trouve son origine dans la communauté et d'un maillon important d'une approche globale visant à prévenir le suicide :

[...] l'aide apportée par les sentinelles est un service dans une gamme de services (avec la psychiatrie et la santé mentale). Par exemple, la région a mis sur pied un programme de désistement des armes à feu (on remet 20 dollars aux gens qui se départissent de leurs armes). Les municipalités, elles, ont accepté de vendre des verrous de pontet à moindre coût. Toutes ces actions ont un rôle à jouer dans la prévention du suicide.

La particularité du programme consiste à mettre à profit la vitalité des réseaux, et ce, dans une perspective de solidarité sociale. Les modalités et les étapes de l'implantation du cadre de référence sont vues comme souples et proches de la réalité du milieu.

Quant aux répondants des CSSS, certains d'entre eux affirment que le cadre de référence répond à des besoins réels. De plus, celui-ci vient valider un processus d'implantation de réseaux de sentinelles qui existait déjà. Selon d'autres, il présente un processus clair, structurant et cohérent, avec une ouverture aux adaptations locales. Le cadre permettrait la mise en place de réseaux qui sont propres à chaque milieu tout en s'inscrivant dans une approche globale où chaque citoyen peut faire une différence.

Les répondants des CPS perçoivent quant à eux le cadre de référence comme « un cadre structurant » dans le sens où l'on y propose une organisation des services et des étapes à suivre. Seulement certains d'entre eux croient que ces étapes sont respectées dans la réalité de l'implantation, mais tous sont d'avis que le cadre constitue un outil efficace qui répond aux besoins du milieu. Il légitime et permet d'améliorer les pratiques déjà en place dans les milieux. De plus, il permet de reconnaître les personnes suicidaires et de les orienter vers les ressources d'aide, ce qui contribue à réduire les taux de suicide. Pour certains, les réseaux de sentinelles préviennent non seulement le suicide, mais aussi la détresse en général.

Certains représentants de CSSS (intervenants et gestionnaires) ne sont toutefois pas au courant des étapes de l'implantation d'un réseau de sentinelles. Selon eux, cela peut s'expliquer par quatre raisons : 1) le roulement du personnel et une appropriation du cadre toujours à recommencer ; 2) le fait que certains CSSS agissent en appui au processus d'implantation tandis que les CPS assument l'ensemble de cette démarche ; 3) la charge de travail élevée dans les CSSS ; 4) la priorité accordée à d'autres dossiers. En ce sens, et malgré l'existence d'ententes entre CSSS et CPS, certains représentants de ces derniers remarquent parfois un désengagement ainsi qu'un manque de soutien des premiers dans leurs efforts relatifs à l'implantation des réseaux de sentinelles. Cette situation serait vécue par les CPS en question comme une difficulté supplémentaire lors de l'implantation des réseaux de sentinelles.

En outre, les paliers national et régional déploient des moyens pour que les différents acteurs engagés dans l'implantation des réseaux de sentinelles puissent s'approprier le contenu du cadre, que ce soit des présentations dans des kiosques d'exposition, des journées thématiques, des rencontres, des journées d'information, la diffusion du cadre de référence sur le Web, des bulletins de liaison ou des fascicules pour présenter le processus d'implantation et les partenaires.

### ***Analyse et interprétation des résultats***

La vision est assez semblable aux paliers national et régional quant à l'implantation des réseaux de sentinelles. Les ASSS collaborent très activement avec les CPS pour promouvoir le contenu du cadre auprès des autres partenaires engagés dans cette démarche.

La vision du palier local à ce sujet est principalement axée sur la réponse aux besoins des milieux et des personnes. À titre d'exemple, dans certains milieux, les réseaux de sentinelles agissent non seulement auprès de gens aux prises avec des idées suicidaires, mais aussi auprès de ceux qui souffrent de détresse psychologique en général.

Hormis quelques exceptions, il y a une bonne appropriation du cadre de référence au palier local (milieu institutionnel et communautaire). En effet, les entrevues ont montré que la plupart des répondants connaissaient la démarche indiquée dans le cadre de référence pour implanter les réseaux de sentinelles. Le cadre est un outil de travail apprécié et encore utilisé par les CSSS comme par les CPS dans les milieux ciblés. Il est, selon les personnes interrogées, bien structuré et cohérent. Les étapes du processus d'implantation des réseaux de sentinelles sont claires pour le palier local et donnent un sens à la pratique de tous les jours.

### ***Pistes d'action***

La méconnaissance partielle ou quasi totale du cadre de référence et des étapes de l'implantation d'un réseau de sentinelles montrée par certains gestionnaires ou intervenants des CSSS est considérée comme un élément contraignant pour l'exercice du rôle de coordination et le leadership des CSSS et, par le fait même, pour tout le processus d'implantation d'un réseau de sentinelles.

Pour corriger la situation, les pistes d'action suivantes pourraient être envisagées :

- que les ASSS s'assurent que les CSSS jouent pleinement leur rôle de leader dans la démarche relative à l'implantation des réseaux de sentinelles ;
- que les CSSS, en collaboration avec les ASSS, s'assurent que des activités visant à favoriser l'appropriation du cadre de référence soient organisées sur une base régulière à l'intention de leurs gestionnaires et de leurs intervenants.



**Tableau 2 : Appropriation du cadre de référence et développement d'une vision commune de l'implantation : constats et pistes d'action**

---

**CONSTATS**

---

- De manière générale, on remarque une bonne appropriation du cadre de référence aux paliers national, régional et local du milieu institutionnel ainsi qu'aux paliers national et local du milieu communautaire.
  - L'appropriation du cadre de référence par certains gestionnaires ou intervenants des CSSS semble plus difficile.
  - Il apparaît des divergences dans la vision de l'implantation des réseaux de sentinelles entre certains acteurs locaux (désengagement de certains CSSS et attentes non comblées des CPS).
- 

**PISTES D'ACTION**

---

- Que les ASSS s'assurent que les CSSS jouent pleinement leur rôle de leader dans la démarche relative à l'implantation des réseaux de sentinelles.
  - Que les CSSS, en collaboration avec les ASSS, s'assurent que des activités favorisant l'appropriation du cadre de référence soient organisées, sur une base régulière, à l'intention de leurs gestionnaires et de leurs intervenants.
-

#### **4.1.2 Répartition des rôles et des responsabilités**

Le cadre de référence trace les grandes lignes du partage des rôles et des responsabilités dans l'implantation des réseaux de sentinelles, notamment au palier local. C'est durant la phase d'organisation de l'implantation d'un tel réseau que se définissent les contours des responsabilités de chacun des partenaires engagés sur le plan local (MSSS, 2006). Selon le cadre de référence ministériel, la responsabilité de planifier la mise en place d'un réseau de sentinelles dans le cadre des projets cliniques et des plans d'action locaux de santé publique<sup>8</sup> revient au CSSS. Ce dernier doit désigner l'organisme assumant le leadership d'un réseau ainsi que le coordonnateur et les formateurs, établir la hiérarchie des services à offrir aux personnes suicidaires et définir le soutien à apporter aux sentinelles au moment où elles transmettent l'information à un intervenant désigné. Au moment de désigner l'organisme qui assumera le leadership d'un réseau, le CSSS doit faire en sorte que les partenaires aient une vision et une compréhension communes du cadre de référence, qu'ils se l'approprient et qu'ils connaissent les rôles comme les responsabilités de chacun.

##### ***Description des résultats***

La collaboration entre le MSSS et l'AQPS n'était pas optimale au début du processus. Du côté du Ministère, on explique cela par « un manque de collaboration et de communication, une certaine méfiance et une méconnaissance des différents cadres législatifs ». Du côté de l'Association, ce sont « les positions de certains acteurs » qui ont « nui au projet ». Les répondants des deux organisations affirment qu'aujourd'hui, la collaboration est bonne et qu'aucune difficulté liée à la qualité de leurs rapports n'affecte l'implantation des réseaux de sentinelles.

Par ailleurs, le Ministère a élaboré et diffusé le cadre de référence, et il contribue financièrement à l'implantation des réseaux. L'Association, pour sa part, est mandatée par le Ministère pour définir le contenu de la formation ainsi que pour former et encadrer les formateurs.

---

8. Le Plan d'action local fait partie des responsabilités confiées aux CSSS par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (2003) et la Loi sur la santé publique (2001). Il doit être conforme aux orientations du PNSP 2003-2012 et du Plan d'action régional de santé publique élaboré par chacune des ASSS. Les stratégies retenues dans le Plan d'action local visent l'amélioration de la santé et du bien-être de la population habitant sur le territoire du CSSS et elles tiennent compte des particularités de celle-ci.

## ***Facteurs facilitant ou contraignant le rôle des acteurs pendant l'implantation des réseaux de sentinelles***

### ➤ **Facteurs facilitants**

Pour ce qui est des éléments facilitant l'implantation des réseaux de sentinelles, tous les répondants ont souligné que, sur le plan régional, le leadership des ASSS est un facteur de succès important.

Sur le plan local, le respect de l'expertise des CPS est considéré comme l'un des principaux facteurs de succès. À cet égard, plusieurs répondants des CSSS trouvent que le leadership doit nécessairement revenir aux CPS eu égard à leur expertise « acquise sur le terrain ».

La collaboration entre le CSSS et le CPS ainsi que la signature d'ententes formelles, dans lesquelles on trouve une description claire des rôles et des responsabilités de chacun, sont nécessaires aux yeux de la majorité des répondants du palier local et régional. Il s'agit de mettre en commun les expertises et les moyens pour atteindre les objectifs du programme de sentinelles. À ce propos, la majorité des répondants des CPS trouvent que le poids politique, l'expertise et les moyens des CSSS sont souvent nécessaires pour entrer en contact avec les milieux et susciter l'adhésion de ceux-ci au programme.

### ➤ **Facteurs contraignants**

Plusieurs répondants affirment que le leadership fait défaut sur le plan national et que le partage des rôles entre l'AQPS et le MSSS n'est pas clairement défini : « Les gens [au local] ne sentent pas [...] un *boss* provincial qui vient légitimer la démarche et reconnaître cette stratégie. » À ce chapitre, d'autres répondants proposent la mise en place de structures provinciales, telles qu'un comité stratégique ou un comité de gestion, qui réuniraient régulièrement tous les acteurs locaux. Selon eux, cela permettrait une « meilleure circulation de l'information ».

Au palier local, la plupart des répondants des CPS ont mentionné qu'ils craignaient de perdre des acquis parce qu'ils sont tributaires du financement octroyé par l'ASSS pour faire vivre ce programme. Ils craignent notamment que l'on favorise financièrement les CSSS à leur détriment. Les répondants de certains CSSS partagent cette perception.

Par ailleurs, sur les plans régional et local, les données colligées nous ont permis de brosser un portrait plus ou moins exhaustif du partage des rôles et des responsabilités qui prévaut dans chacune des quatre régions participantes.

## **Portrait A**

L'ASSS a coordonné les travaux d'implantation des réseaux de sentinelles depuis le début et a une grande influence sur leur déroulement. Un comité stratégique régional, composé de « gens qui ont un poids et qui font circuler l'information », se rencontre quatre fois par année et « fai[t] circuler l'information concernant les sentinelles à l'Agence ». En plus d'avoir une approche globale, l'ASSS agit en conformité avec le cadre de référence et les orientations ministérielles. Ses initiatives vont de l'animation de groupes de travail régionaux au soutien ponctuel fourni aux CPS afin de susciter l'adhésion des milieux ciblés au programme de sentinelles. Plus précisément, l'ASSS est engagée dans la promotion du programme auprès des tables régionales, dans l'identification des groupes à risque ainsi que dans la production des outils visant la promotion du programme ou le recrutement de sentinelles et des outils utilisés par les CPS comme complément à la formation.

Sur le plan local, l'implantation est assumée conjointement par les CPS et les CSSS en vertu de protocoles d'entente. Cela est jugé comme un élément facilitant. Les rôles ont été définis d'après les orientations de la table régionale en santé mentale ou les lignes directrices émises par l'ASSS. L'un des CSSS coordonne les activités et soutient le centre de crise dans sa démarche, assure la promotion du programme, identifie les milieux, établit la liste des organismes à contacter et la transmet au CPS, établit le contact entre les milieux et le CPS, ouvre des portes, « aide pour le recrutement » et fait les arrimages nécessaires, notamment. L'engagement de ce CSSS peut toutefois varier en intensité.

Pour les CPS, on parle également de coordination, parfois en étroite collaboration avec le CSSS. Les CPS s'occupent concrètement de la mise en place et de la gestion des réseaux, de la sensibilisation de la population et des milieux, du recrutement et de la formation des sentinelles ainsi que du soutien à leur apporter, du suivi de l'implantation et, enfin, de la prise en charge, y compris le suivi étroit, des personnes orientées vers les services de prévention du suicide. Leur expertise est reconnue. Toutefois, certains répondants des CPS jugent que cette reconnaissance va trop loin et s'apparente à une forme de renoncement de la part des CSSS qui, selon eux, ne s'engagent aucunement de manière concrète dans l'implantation : « Il n'y a pas de conflit de leadership avec le CSSS. Il nous donne le total leadership [ton moqueur]. Il nous donne de belles tapes dans le dos. Il nous dit qu'on fait bien ça. Mais, il ne fait pas d'action. » La même personne ajoute :

[...] je suis capable de vous nommer sur les doigts de ma main les milieux où j'ai eu de l'aide d'un CSSS pour l'implantation. C'est un problème parce que j'essaie d'avoir un nombre de sentinelles représentatif du nombre de citoyens. Mais, dans les régions éloignées, je ne connais pas les milieux. Puis, aller faire une présentation de programme d'une demi-heure, c'est une heure et demie à deux heures pour y aller. On présente en une demi-heure et on refait deux heures de route pour revenir. Ça coûte extrêmement cher. On a une subvention pour le programme des sentinelles. Mais, si je le faisais autant que je voudrais... Je suis obligée de me limiter. Donc, ça prendrait quelqu'un du CSSS qui irait présenter, qui fait la promotion à travers ses activités régulières [...]. Or, le plus grand facteur facilitant pour susciter l'adhésion dans les milieux, c'est d'y aller directement. Ça ne se fait pas par lettre ou par téléphone, surtout au moment du recrutement, car il faut dissiper les peurs, les tabous et tout ça.

## **Portrait B**

L'ASSS assume le leadership sur le plan régional. Elle convient des orientations régionales avec les CSSS, orientations qui se traduisent dans les plans d'action locaux de santé publique. Ce leadership est toutefois exercé en collaboration avec les CPS. L'ASSS entretient d'ailleurs de « bons » liens avec ces derniers au regard de la reddition de comptes (bilan de l'implantation) et leur apporte son soutien (« écoute », « aide pour l'identification des milieux », soutien financier). Sur le plan local, les CPS voient leur leadership reconnu et leur expertise est valorisée. Cela se fait dans le cadre d'ententes de collaboration entre les CSSS et le milieu communautaire. Cependant, la définition des rôles est dite « tacite » parfois. Le CSSS exerce toujours un rôle d'appui et peut demander au CPS d'entreprendre des actions. Le suivi est assuré de façon formelle, à l'occasion de deux rencontres annuelles auxquelles tous les acteurs sont convoqués, mais aussi de manière informelle.

Sur le plan local, le répondant d'un CSSS mentionne que le centre assume le leadership « dans le cadre d'une approche populationnelle ». L'implantation des réseaux est inscrite dans le projet clinique<sup>9</sup> et dans le plan d'action local du CSSS, où sont précisés les rôles de chacun des partenaires. Des protocoles d'entente existent, notamment en ce qui concerne les services de crise. Ce CSSS est responsable de l'identification des milieux, alors que le CPS prend en charge la formation et le suivi de l'implantation. L'adhésion des milieux au programme de sentinelles se fait en partenariat par le CSSS et le CPS. Un intervenant du CSSS et un intervenant du CPS rencontrent les personnes dans leur milieu afin de stimuler l'adhésion au programme. Selon les répondants, la présence du CSSS rend la démarche plus crédible dans les milieux ciblés.

Le répondant d'un autre CSSS de cette région affirme que l'implantation des réseaux de sentinelles n'est pas un dossier « prioritaire » et que le centre ne joue « pas de rôle précis » sauf, à la suite de la sollicitation du CPS, celui de promouvoir la mise en place d'un tel réseau dans son propre établissement.

Les représentants de certains CPS affirment, pour leur part, qu'ils s'occupent de « toutes les étapes » de l'implantation, y compris le suivi, tout en ayant à rendre des comptes annuellement à l'ASSS. Il arrive également, dans certains cas, que la reddition de comptes lie des CPS à des CSSS.

---

9. « Le projet clinique du réseau local réfère à une démarche qui vise à répondre aux besoins de santé et de bien-être de la population du territoire à partir de divers modes de prestation de services adaptés aux réalités locales, articulés entre eux et qui englobent l'ensemble des interventions relatives à la promotion-prévention de la santé et du bien-être, le diagnostic, les interventions ou traitements, le suivi, l'adaptation et le soutien à l'intégration sociale, la réadaptation et le soutien en fin de vie. Il tient compte du rôle et des responsabilités des acteurs sectoriels et intersectoriels et du potentiel de contribution des divers acteurs. Il suppose que les divers interlocuteurs se rendent imputables des services qu'ils offrent aux individus et à la population et des ressources mises à leur disposition » (MSSS, 2004, p. 12).

### **Portrait C**

L'ASSS s'occupe du financement et dit « implanter un réseau dans son milieu ». Ses représentants affirment avoir d'excellents rapports de collaboration avec les CPS, surtout depuis la publication des guides de bonnes pratiques en prévention du suicide. Le suivi de l'implantation s'effectue dans le cadre de réunions formelles (trois fois par année) et de rencontres informelles. Les partenaires se rencontrent également dans différents comités et « discutent des sentinelles ».

Dans cette région, les directeurs généraux des CSSS ont signé une entente de service selon laquelle l'implantation des réseaux de sentinelles est confiée aux CPS. Le rôle des CSSS était de soutenir les CPS dans la tâche d'identifier les milieux, surtout ceux où se trouvent des jeunes. Toutefois, c'est le CPS qui entre en contact avec les milieux et qui offre la formation. Le CPS de la région a le leadership de l'implantation des réseaux de sentinelles, mais il informe le CSSS de ses démarches et doit rendre compte à l'ASSS (production d'un rapport annuel). Ce CPS a également un siège à plusieurs comités (table de concertation en santé mentale, stratégie en prévention du suicide).

### **Portrait D**

Sur le plan régional, l'ASSS coordonne l'implantation des réseaux et un comité de travail a été créé pour en assurer le suivi. Elle entretient des liens avec les CPS et les CSSS au regard de la reddition de comptes et du soutien. L'ASSS a, par exemple, contribué à la conception d'une boîte à outils pour le recrutement des sentinelles et à la constitution d'une banque de personnes-ressources pour les formations ponctuelles. La direction responsable du volet de la santé mentale au sein de l'ASSS « offre un soutien à l'équipe d'implantation pour que les sentinelles soient intégrées au continuum de services ».

Les CPS de cette région avaient un rôle de leader dans l'implantation des réseaux de sentinelles. À la suite de la diffusion du cadre de référence, ce sont les CSSS qui ont repris ce rôle. Cela a été bien accepté par les CPS, car il y avait entre ces partenaires une « histoire de collaboration » déjà établie. Les CSSS assurent ainsi la coordination et, pour certains répondants, ils travaillent concrètement à la réalisation du programme de sentinelles, leurs organisateurs communautaires s'appliquant à favoriser l'adhésion des milieux audit programme. Ces derniers ont aussi pour tâche de dresser le portrait du territoire et de coordonner l'implantation des réseaux en partenariat avec les CPS. Certains CSSS animent la formation, font la promotion du programme, assument les coûts de publicité, recrutent et sélectionnent les sentinelles. Selon le répondant d'un CPS de la région, l'ASSS s'assure que, dans chaque CSSS, il y ait un volet coordination du projet de sentinelles. L'objectif est d'assurer une certaine uniformité dans la région. Le même répondant laisse entendre que cette façon de faire n'entrave pas l'autonomie des CPS : « On nous laisse travailler selon nos couleurs. Avec ça, il n'y a pas de problème. » Le représentant d'un organisme communautaire<sup>10</sup>, qui assume les responsabilités d'un CPS en vertu d'une entente, qualifie pour sa part le CSSS de « co-partenaire » de l'implantation et affirme que celui-ci est « dans le coup ». La collaboration est d'ailleurs étroite entre les CSSS, les CPS et les centres de crise en vertu des protocoles d'entente que ces partenaires ont signés.

---

10. Il s'agit d'un organisme qui s'occupe de prévention de la détresse psychologique en général.

Les personnes interrogées au CPS et à l'organisme communautaire cité plus haut parlent de « coordination » pour qualifier leur rôle dans l'implantation des réseaux. Plus concrètement, cela comprend la formation, le « soutien clinique aux sentinelles », le suivi auprès des personnes orientées vers les services en prévention du suicide et le suivi de l'implantation. L'organisme communautaire a aussi établi des partenariats avec différents acteurs locaux, tels que la Sûreté du Québec et la Conférence régionale des élus, par l'intermédiaire d'un « comité de partenaires ». Au sein de ce même organisme, un autre comité, qui regroupe l'organisatrice communautaire du CSSS et les formateurs, se réunit pour « déterminer la trajectoire des sentinelles ».

### ***Analyse et interprétation des résultats***

Partant des données recueillies, il est possible de dire que certaines constantes existent dans le partage des rôles et des responsabilités. Les ASSS assument leur rôle de leadership sur le plan régional pour favoriser l'arrimage des services offerts à la personne suicidaire. Elles fixent des orientations, en concertation avec les acteurs locaux, et veillent à leur concrétisation à l'aide de mécanismes de reddition de comptes. De plus, elles animent des comités et des tables de concertation, et sollicitent les autorités de différents milieux pour faciliter l'adhésion de ceux-ci au programme de sentinelles. Il semble que plus l'ASSS assume un leadership régional (portraits A, B et D), plus les CSSS jouent activement leur rôle.

Dans la majorité des cas, les CPS s'occupent quant à eux de l'implantation des réseaux en vertu d'ententes de service conclues avec les CSSS. Les rôles et les responsabilités qui reviennent à chacun des deux partenaires semblent généralement bien définis. Le leadership est, dans la plupart des cas, reconnu aux CPS par les CSSS du fait de leur expertise dans le domaine.

Le partage des rôles et des responsabilités semble aller dans le sens de ce que recommande le cadre de référence, notamment en ce qui concerne l'assignation du leadership à un organisme ainsi que la définition des rôles et des responsabilités revenant à chacun. La démarche relative à l'implantation des réseaux de sentinelles semble plus cohérente et structurée lorsque les efforts des partenaires sont davantage concertés et que le leadership, sur le plan local, est assumé par le CSSS (portrait D) ou partagé, en vertu d'ententes formelles, entre le CSSS et le CPS (portrait D, certains réseaux locaux de santé des portraits A et B).

Toutefois, le fait que ce même cadre ne définisse les responsabilités du CSSS que pour la phase d'organisation laisse la porte ouverte au désengagement de certains CSSS. Ce désengagement s'observe surtout aux autres étapes de l'implantation, notamment à celle du suivi. D'autres facteurs semblent également nuire à l'implantation des réseaux et à son suivi ; citons la méconnaissance de ce qui est proposé dans le cadre de référence, le manque de ressources (humaines, matérielles, financières) et le manque de balises clairement définies pour permettre à certains acteurs de jouer pleinement leur rôle.

### ***Pistes d'action***

Eu égard aux constats précités, les pistes d'action suivantes sont proposées :

- que les CSSS se réapproprient le cadre de référence, et surtout les éléments relatifs à leur rôle et à leurs responsabilités ;
- que les CSSS s'engagent de façon soutenue et exercent leur leadership dans toutes les phases de l'implantation des réseaux de sentinelles ;
- que les CSSS désignent un répondant afin de faciliter le travail de concertation avec le CPS et les autres partenaires. À cet effet, le cadre de référence pour l'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide indique notamment que les CSSS ont la responsabilité :
  - de planifier la mise en place d'un réseau de sentinelles, dans le cadre des projets cliniques et des plans locaux de santé publique, en collaboration avec l'ensemble des partenaires du réseau local de santé possédant une expertise en prévention du suicide,
  - d'établir la hiérarchie des services à offrir aux personnes suicidaires reconnues par les sentinelles,
  - de faire en sorte que les partenaires aient une vision et une compréhension communes du cadre de référence, et connaissent les rôles et les responsabilités de chacun,
  - de définir les rôles et les responsabilités qui reviennent à chacun des partenaires concernant sa participation à un réseau de sentinelles,
  - de désigner l'organisme assumant le leadership d'un réseau de sentinelles sur le territoire du CSSS, le coordonnateur responsable d'implanter ce réseau et les formateurs,
  - de définir le mécanisme de communication et de collaboration entre les partenaires,
  - de faire connaître l'existence du réseau de sentinelles à l'ensemble des organismes qui peuvent intervenir auprès des personnes suicidaires ;
- que les CSSS et les CPS, en collaboration avec les ASSS, identifient les groupes à risque, suscitent l'adhésion des milieux au programme, recrutent les futures sentinelles et définissent les modalités du soutien, et ce, conformément au document intitulé *Prévention du suicide : Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des CSSS*.



**Tableau 3 : Répartition des rôles et des responsabilités : constats et pistes d'action**

---

<b>CONSTATS</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Il n'existe pas d'écart important entre le partage des rôles et des responsabilités tel qu'il est défini dans le cadre de référence et celui qui prévaut sur le terrain.</li><li>• Les CPS s'occupent, dans la plupart des cas, de l'implantation des réseaux, en vertu d'ententes de service conclues avec les CSSS. Le leadership des CPS est généralement reconnu par les CSSS du fait de leur expertise dans le domaine.</li><li>• Le partage des rôles et des responsabilités entre les CSSS et les CPS est généralement bien défini.</li><li>• Certains CSSS tendent à se désengager du processus d'implantation des réseaux, notamment en ce qui concerne les efforts pour susciter l'adhésion des milieux au programme de sentinelles et le suivi de l'implantation.</li><li>• Le leadership régional des ASSS, qui jouent un rôle mobilisateur vis-à-vis des CSSS et des CPS, a une grande importance.</li><li>• La démarche relative à l'implantation des réseaux de sentinelles semble plus cohérente et structurée lorsque les efforts des partenaires sont davantage concertés et que le leadership, sur le plan local, est partagé entre le CSSS et le CPS ou assumé par le CSSS.</li></ul>
<b>PISTES D'ACTION</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Que les CSSS se réapproprient le cadre de référence, et surtout les éléments relatifs à leur rôle et à leurs responsabilités.</li><li>• Que les CSSS s'engagent de façon soutenue et exercent leur leadership à toutes les phases de l'implantation des réseaux de sentinelles.</li><li>• Que les CSSS désignent un répondant afin de faciliter le travail de concertation avec le CPS et les autres partenaires.</li><li>• Que les CSSS et les CPS, en collaboration avec les ASSS, identifient les groupes à risque, suscitent l'adhésion des milieux au programme, recrutent les futures sentinelles et définissent les modalités de soutien, et ce, conformément au document intitulé <i>Prévention du suicide : Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux</i>.</li></ul>

---

## 4.2 PHASE 2 : IMPLANTATION DES RÉSEAUX

La deuxième phase de l'implantation des réseaux de sentinelles comprend six étapes : 1) connaître les groupes à risque ou vulnérables et choisir les milieux ; 2) susciter l'adhésion du milieu ciblé au programme ; 3) s'assurer de l'arrimage entre les ressources du milieu ciblé et celles du réseau de la santé et des services sociaux du territoire ; 4) recruter et sélectionner les futures sentinelles ; 5) former les sentinelles ; 6) soutenir les sentinelles. Comme nous l'avons mentionné auparavant, les résultats seront présentés pour chacune des étapes, excepté ceux qui se rapportent à la formation et au soutien aux sentinelles, lesquels seront présentés dans une même section.

### 4.2.1 Connaître les groupes à risque ou vulnérables et choix des milieux

Selon le cadre de référence, on doit effectuer une analyse des milieux afin de bien cibler les groupes à risque ou vulnérables sur un territoire où des réseaux de sentinelles seront implantés.

#### *Description des résultats*

##### ➤ **Rôle du palier national**

La contribution du palier national concernant l'identification des groupes à risque et le choix des milieux est plutôt limitée, vu que cette étape du processus d'implantation des réseaux de sentinelles relève plus particulièrement du palier local. Selon les répondants, la contribution du Ministère à cette étape se traduit par le cadre de référence, sur lequel il est possible de s'appuyer pour identifier les groupes à risque dans les divers milieux.

##### ➤ **Rôle du palier régional**

Dans la plupart des régions visées par la présente évaluation, l'identification des groupes à risque et des milieux à cibler est un rôle dévolu aux CPS, qu'ils assument en collaboration avec les CSSS tout en recevant parfois l'appui des ASSS ; c'est notamment le cas dans deux régions. Dans une région, l'ASSS chapeaute un comité régional composé d'experts, de médecins-conseils et d'acteurs du milieu qui a pour rôle d'identifier les groupes à risque. Les décisions à cet égard sont basées sur « les statistiques disponibles et sur les lignes directrices émises par le Ministère [le cadre de référence] ». Les moyens utilisés dans cette région pour le choix des groupes à risque sont : les rapports des coroners, les rapports de l'Institut national de la santé publique du Québec et la littérature scientifique.

En ce qui concerne l'ensemble des régions, les répondants des ASSS affirment que les hommes, les agriculteurs, les jeunes et les *baby-boomers* sont les groupes considérés comme étant à risque suicidaire. Le choix des milieux dans lesquels seront implantés des réseaux de sentinelles se fait surtout sur le plan local. Dans certaines régions, l'organisateur communautaire du CSSS joue un rôle important au moment de la détermination d'un milieu d'implantation parce qu'il favorise la circulation de l'information entre le milieu communautaire (CPS) et le CSSS.

## ➤ **Rôle du palier local**

Dans la plupart des cas, l'identification des groupes à risque est le fruit d'une collaboration entre CSSS et CPS. Elle s'appuie, entre autres, sur les sources d'information ayant servi à élaborer le projet clinique, telles que les données statistiques et la littérature scientifique. Une fois que les groupes à risque sont identifiés et que les milieux sont ciblés, il s'ensuit une « vérification » auprès des partenaires sur le terrain et du répondant en prévention du suicide de l'ASSS. Cependant, la démarche réelle ne suit pas toujours ce modèle. Il arrive en effet qu'un milieu soit choisi en fonction d'autres considérations, par exemple parce qu'il reçoit une subvention pour implanter un réseau de sentinelles sans être nécessairement considéré comme à risque.

Il est possible de dégager des propos des répondants les sources qui influencent le choix, par les acteurs locaux, des milieux dans lesquels sera implanté un réseau de sentinelles :

- l'identification d'entreprises, d'organismes ou d'établissements où se trouvent une concentration de personnes appartenant aux groupes à risque (ex. : les « hommes », les « agriculteurs et producteurs de porcs », les « aînés » ;
- les « orientations et les critères de l'ASSS » (issus d'analyses des milieux ou des données de surveillance) ;
- les modalités d'octroi des subventions pour cibler des groupes en particulier (ex. : la *Stratégie d'action jeunesse 2006-2009*) ;
- les observations des formateurs en fonction des besoins des milieux et des occasions qui s'y présentent ;
- la distance géographique des milieux (ex. : « les villes et villages éloignés ») ;
- la vulnérabilité du milieu (ex. : « présence de cas de suicide ou de tentatives de suicide », « une dynamique [jugée] préoccupante, telle la fermeture d'usines »).

En ce qui concerne le choix du milieu basé sur l'octroi d'une subvention, la presque totalité des répondants trouve que cette manière de procéder n'est pas contraignante, excepté l'AQPS. L'Association dénonce cette pratique, qui ne permettrait pas forcément de joindre les groupes à risque de la façon prescrite dans le cadre de référence. Néanmoins, les acteurs locaux sont enclins à saisir les occasions, telles que l'octroi d'une subvention, pour ce qu'elles peuvent apporter comme gains concrets dans l'implantation des réseaux : « On ne refuse pas de milieux, même s'ils ne sont pas à risque. » Ils considèrent comme une stratégie gagnante le fait d'ainsi saisir des occasions pour implanter des réseaux de sentinelles dans certains milieux. Cependant, ils ajoutent que les démarches se font, la plupart du temps, dans le respect des orientations de l'ASSS et des préoccupations ministérielles.

Enfin, pour un CPS, la démarche relative à l'implantation de réseaux de sentinelles a eu lieu en trois temps. D'abord, l'objectif était d'implanter des réseaux dans les milieux ruraux, car ces derniers « ont moins de services ». Ensuite, il s'agissait d'en implanter dans les lieux de divertissement ou de socialisation sans tenir compte d'un groupe à risque en particulier (ex. : bars, maisons de jeunes, centres de loisirs, salons de coiffure, etc.). Enfin, il fallait cibler certains milieux de travail, tels que la Sûreté du Québec.

### ***Analyse et interprétation des résultats***

On constate que les stratégies et les moyens varient d'une région à l'autre pour identifier les groupes à risque ou vulnérables et pour choisir les milieux dans lesquels seront implantés des réseaux de sentinelles. Tous les répondants ont indiqué qu'ils tenaient compte de la réalité locale pour identifier les groupes à risque et les milieux à cibler. Les données provenant de la littérature scientifique, le profil de la population et les besoins observés dans les milieux sont notamment utilisés à cette fin. Cette préoccupation est présente tant dans le milieu institutionnel que dans le milieu communautaire et elle concorde avec ce qui est recommandé dans le cadre de référence.

Au palier local, et plus précisément au sein des CPS, on ne semble pas toujours faire la distinction entre la démarche relative à l'identification des groupes à risque et celle qui concerne le choix des milieux dans lesquels seront implantés les réseaux. Il semble également que l'urgence d'intervenir et les occasions qui s'offrent dans certains milieux l'emportent souvent sur des choix s'appuyant sur des données probantes, en ce qui a trait tant aux groupes à risque qu'aux milieux à cibler : « On les connaît [les groupes à risque] ». Certains CPS ciblent des milieux isolés ou éloignés, ce qui correspond tout à fait à ce que recommande le cadre de référence (milieux où se trouvent des personnes difficiles à joindre).

Enfin, soulignons le fait que plusieurs acteurs ont comme pratique de discuter entre eux, au sein de comités régionaux ou locaux, des enjeux que posent l'identification des groupes à risque et le choix des milieux. Il semble que cette façon de faire, qui ne précède pas forcément le choix d'un milieu pour l'implantation d'un réseau de sentinelles, facilite la bonne circulation de l'information. Il semble également que certains acteurs (le répondant du dossier en prévention du suicide, les représentants des organismes communautaires sur le plan local et les organisateurs communautaires des CSSS) jouent un rôle clé dans ce processus.

### ***Pistes d'action***

Bien que les observations faites sur le terrain et les occasions qui se présentent soient utilisées pour déterminer les groupes à risque présents sur le territoire, il faudrait s'assurer que la prise de décision soit également basée sur des données fiables. À cet égard, il est souhaitable :

- que les CSSS et les CPS, en collaboration avec les ASSS, procèdent à une analyse des particularités du territoire qui tienne compte des données probantes en vue d'identifier les groupes pour lesquels le risque de suicide est le plus élevé, les groupes vulnérables et les milieux où un réseau de sentinelles devrait être implanté.

**Tableau 4 : Connaître les groupes à risque ou vulnérables et choisir des milieux : constats et pistes d'action**

---

<b>CONSTATS</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Dans la plupart des régions, l'identification des groupes à risque et des milieux à cibler est un rôle dévolu au CPS, qu'il assume en collaboration avec les CSSS.</li><li>• Une diversité de stratégies, de moyens et de sources d'information est utilisée pour identifier les groupes à risque et les milieux à cibler.</li><li>• Dans les CSSS, l'identification des groupes à risque s'appuie sur les sources d'information ayant permis d'élaborer le projet clinique.</li><li>• Il arrive qu'un milieu ne soit pas choisi à la suite d'une analyse mais plutôt en fonction d'autres considérations, par exemple parce qu'il reçoit une subvention pour implanter un réseau de sentinelles sans être nécessairement considéré comme à risque.</li></ul>
<b>PISTE D'ACTION</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Que les CSSS et les CPS, en collaboration avec les ASSS, procèdent à une analyse des particularités du territoire qui tienne compte de données probantes en vue d'identifier les groupes pour lesquels le risque de suicide est le plus élevé, les groupes vulnérables et les milieux où un réseau de sentinelles devrait être implanté.</li></ul>

---

#### 4.2.2 Adhésion des milieux au programme de sentinelles

Le cadre de référence recommande quatre actions à accomplir pour obtenir l'engagement des milieux ciblés : 1) présenter les éléments contextuels du projet aux personnes appartenant au milieu ciblé ; 2) choisir, dans le milieu, la personne clé<sup>11</sup> qui assurera le lien avec le coordonnateur responsable de l'implantation des réseaux de sentinelles sur le territoire ; 3) faire connaître l'investissement en temps qu'exige l'implantation d'un réseau de sentinelles ; 4) s'assurer de l'engagement des dirigeants du milieu et de celui d'autres acteurs en place<sup>12</sup>. Ce cadre recommande également de surveiller certains aspects pour faciliter l'adhésion des milieux ciblés au programme : 1) la connaissance des particularités du milieu ciblé (résistances et forces en présence) ; 2) l'inscription de l'implantation du réseau de sentinelles sur la liste des priorités du milieu ciblé.

Ici, la plupart des données ont été recueillies auprès des acteurs locaux et, dans une moindre mesure, auprès des acteurs des paliers national et régional.

##### *Description des résultats*

###### ➤ **Rôle du palier national**

Le Ministère collabore avec les ASSS et les CSSS pour promouvoir les orientations du cadre de référence à l'occasion d'événements tels que les Journées annuelles de santé publique ou les Journées annuelles de santé mentale.

###### ➤ **Rôle du palier régional**

Sur le plan régional, l'une des ASSS a instauré plusieurs mesures, dont la constitution d'une boîte à outils, qui visent à soutenir les acteurs locaux dans leurs efforts pour susciter l'adhésion des milieux ciblés au programme de sentinelles. De plus, elle fait la promotion du programme pendant les journées de sensibilisation organisées par certains CSSS dans des milieux de travail : « On présente la raison d'être du programme des sentinelles, l'impact pour le milieu, le but des réseaux et les étapes ; on insiste sur la notion de relais avec le réseau des services. » Le répondant en prévention du suicide de l'ASSS et l'organisateur communautaire du CSSS assurent la communication entre les partenaires. Le rôle de ces personnes est inscrit dans les plans d'actions régionaux et les plans d'actions locaux de santé publique. Les efforts de cette agence peuvent aller jusqu'à organiser des rencontres avec les personnes clés de certains milieux ciblés afin de soutenir davantage les acteurs locaux dans l'implantation de réseaux de sentinelles. Dans les autres régions, la contribution des agences se limite souvent, pour cette étape, au

---

11. Les quatre rôles attendus de cette personne sont : de participer, avec le coordonnateur, à la planification de l'implantation du réseau dans son milieu ; d'identifier les personnes ayant les qualités pour devenir des sentinelles ; d'assurer le suivi des activités en collaboration avec le coordonnateur ; de chercher à connaître les besoins relatifs au soutien ou à la formation continue des sentinelles (MSSS, 2006).

12. Les gestionnaires doivent accorder du temps à la personne clé désignée non seulement pour qu'elle participe à la planification de l'implantation du réseau dans le milieu, mais aussi pour qu'elle puisse assurer le suivi des événements et communiquer avec le coordonnateur. Ils doivent également accorder du temps aux personnes sélectionnées pour qu'elles suivent la formation qui leur permettront de devenir des sentinelles et, par la suite, pour qu'elles participent aux activités de soutien, telles que des sessions offertes dans le cadre de la formation continue ou des rencontres ponctuelles (MSSS, 2006).

soutien financier et à une certaine « promotion du programme » auprès des acteurs et des milieux. Les acteurs locaux de l'une de ces régions comptent également sur l'appui ponctuel d'un médecin de la santé publique de l'ASSS.

➤ **Rôle du palier local**

Les CSSS contribuent à la promotion du programme auprès des partenaires et des milieux ciblés. Certains entrent directement en contact avec les personnes clés identifiées dans les milieux ciblés ; cette prise de contact se fait par les actions des organisateurs communautaires. De plus, des CSSS soutiennent les CPS financièrement afin que ces derniers puissent faire les démarches nécessaires dans les milieux ciblés pour susciter l'adhésion au programme de sentinelles.

En plus d'établir eux aussi des liens avec les personnes pivots ou les gestionnaires dans les milieux ciblés, les CPS font la promotion du programme auprès des partenaires et dans les milieux. Cependant, leur engagement semble plus soutenu que celui des autres acteurs (installation de kiosques d'exposition dans des festivals, visites au conseil des maires, etc.). Selon un répondant d'une ASSS, « le leadership est aux CPS ».

Par ailleurs, les répondants ont mentionné un ensemble de difficultés concernant l'adhésion des milieux au programme, mais aussi des moyens pour susciter cette adhésion. Ils ont abordé les aspects qui suivent.

➤ **L'absence d'implication de certains CSSS**

L'absence d'engagement de certains CSSS<sup>13</sup> constitue une difficulté et une contrainte pour les CPS dont les ressources financières ne permettent pas de faire la promotion du programme dans des milieux éloignés. Ce constat a également été fait au regard du partage des rôles et des responsabilités. Le représentant d'un CPS affirme toutefois que, même si la collaboration avec les CSSS est difficile, il arrive à atteindre les objectifs du programme de sentinelles. Cependant, pour susciter l'adhésion au programme dans certains milieux, la présence du CSSS est un gage de succès, selon le représentant d'un autre CPS : « Ça donne une crédibilité. » Certains répondants des CSSS abondent dans le même sens en affirmant que l'expertise du CSSS est une condition de réussite quand vient le moment d'entrer en contact avec les milieux.

➤ **Les réticences ou les particularités de certains milieux**

Dans certains milieux, il reste difficile de susciter l'adhésion des personnes au programme de sentinelles ; il s'agit des milieux agricoles, de certaines grandes entreprises et du milieu scolaires, des milieux ruraux et des milieux éloignés. La même difficulté découle parfois de caractéristiques propres aux milieux, telles que le roulement du personnel ou le manque de ressources.

---

13. Ce constat s'applique uniquement à certaines régions, et ce, pour certaines localités car, globalement, le travail de collaboration entre le CSSS et le milieu communautaire est jugé très satisfaisant pour cette étape du processus d'implantation.

### *MILIEUX RURAUX*

La difficulté à implanter des réseaux de sentinelles dans les milieux ruraux serait due à la petite taille des entreprises, qui sont souvent familiales. Certains acteurs ont surmonté cet obstacle en passant par des regroupements sociaux, tels que les cercles de fermières ou les conseils des Chevaliers de Colomb, qui permettraient de créer un réseau réunissant des entreprises trop petites pour abriter un réseau de sentinelles. La collaboration avec les organismes communautaires déjà actifs dans ces milieux est fortement recommandée. Selon les répondants des CPS, il faut favoriser la sensibilisation de l'ensemble de la communauté et œuvrer à travers le tissu social, non pas à travers les institutions. Toujours selon eux, il est souhaitable de ne pas se positionner en expert et de rester ouvert pour apprendre à connaître les particularités de ces milieux.

La plupart des répondants ont aussi souligné le fait qu'il est difficile de percer dans les milieux agricoles à cause de l'indisponibilité des agriculteurs, notamment pendant la période de semence et de récolte, qui s'étend d'avril à octobre. Les acteurs présents dans ces milieux s'ajustent à la situation. Il s'agit, pour un CPS, d'étaler le projet d'implantation d'un réseau sur deux ans au lieu d'un. La préparation du projet ainsi que le choix des mesures à prendre pour susciter l'adhésion au programme et recruter des sentinelles se fait l'été, en prévision de l'automne – période où les agriculteurs sont plus disponibles. C'est alors le moment de contacter à nouveau les candidats déjà identifiés à l'été pour vérifier leur intérêt et les former à devenir des sentinelles.

Les contraintes économiques des agriculteurs, les préjugés de la population qui perçoit parfois ces derniers comme des pollueurs, la présence majoritaire d'hommes ayant des idées conservatrices, le niveau de détresse élevé qui s'observe dans cette population et l'isolement sont d'autres facteurs à prendre en considération ici. Au moment de l'évaluation, les acteurs régionaux et locaux interviewés réfléchissaient sur les façons de surmonter ces difficultés.

### *ENTREPRISES*

Les réticences à implanter un réseau de sentinelles au sein des entreprises privées concernent surtout l'absence d'incitatifs financiers offerts aux employeurs pour qu'ils libèrent des membres de leur personnel le temps de suivre la formation. Dans une région participante, les répondants d'un CSSS et d'un CPS évoquent l'importance de convaincre les entreprises en parlant du nombre de vies qui ont été sauvées et des gains potentiels en productivité (diminution de l'absentéisme) liés au programme.

Plusieurs acteurs affirment que l'ouverture des dirigeants d'entreprise est un élément facilitant l'implantation des réseaux de sentinelles et qu'il y a un effort à faire afin de susciter leur adhésion au programme. La promotion de celui-ci est très importante afin de sensibiliser un milieu. Elle permet notamment de démystifier le programme, de faire connaître le travail des acteurs (CPS et CSSS) et de maintenir le lien créé avec les personnes pivots de l'entreprise. Plusieurs moyens sont privilégiés pour promouvoir le programme : envoi de communiqués, invitation à des journées-conférences et visite dans les entreprises.



### *MILIEU SCOLAIRE*

La plupart des acteurs éprouvent des difficultés à implanter des réseaux de sentinelles dans le milieu scolaire, qui est amené à faire des choix puisqu'il est régulièrement sollicité pour divers projets. Souvent, l'offre est déclinée parce qu'il devient difficile de libérer du personnel pour mettre le programme en place. La durée de la formation, qui est de sept heures, constitue le principal facteur contraignant pour ce milieu. Plusieurs CPS ont réussi à surpasser le problème en offrant la formation sur deux demi-journées au lieu de sept heures consécutives. Le fait de planifier les formations plusieurs mois à l'avance est considéré comme un élément facilitant l'implantation des réseaux dans ce milieu.

Enfin, un acteur suggère la conclusion d'une entente entre le MSSS et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport pour favoriser l'implantation des réseaux de sentinelles dans les écoles. Néanmoins, un CPS a réussi à susciter l'adhésion au programme grâce à un contact personnalisé avec la direction de l'école. D'autres CPS abondent dans le même sens en précisant qu'il est nécessaire d'identifier une personne dans le milieu et d'entretenir des liens étroits avec elle.

### *ROULEMENT DU PERSONNEL*

Le roulement du personnel (CPS, CSSS, ASSS) est un facteur contraignant au regard de l'adhésion des milieux au programme, mais aussi pour tout le processus d'implantation. Les acteurs n'ont nommé aucun moyen concret leur permettant de contourner cet obstacle.

### *MANQUE DE RESSOURCES*

Les grandes distances à parcourir pour se rendre sur les lieux de la présentation d'un projet constituent parfois une contrainte pour les CPS. Les déplacements impliquent souvent des coûts élevés, non seulement sur le plan financier mais aussi sur celui des ressources humaines, souvent limitées dans les CPS. Selon les répondants de ces centres, la visite de l'organisateur communautaire du CSSS dans les milieux éloignés pourrait faciliter le travail à cette étape du processus et diminuer les coûts liés aux déplacements.

### ***Analyse et interprétation des résultats***

Les propos recueillis montrent l'importance de l'adhésion des milieux au programme pour que l'implantation des réseaux de sentinelles soit réussie. Les différents acteurs, surtout à l'échelon local, déploient beaucoup d'efforts pour faire connaître le programme de sentinelles dans les milieux ciblés. L'expertise des CSSS et le soutien des ASSS sont appréciés par les CPS. Ces derniers sont des acteurs très engagés à cette étape du processus et ils reçoivent l'appui des CSSS, qui n'est toutefois pas systématique dans toutes les régions.

La réalité du terrain et les diverses particularités des milieux exigent souvent une souplesse des acteurs et une adaptabilité des stratégies quand il est question de susciter l'adhésion au programme. Cette souplesse et cette adaptabilité semblent donner des résultats satisfaisants puisqu'ils facilitent l'adhésion au programme et assurent une certaine pérennité des réseaux.

Néanmoins, malgré ces efforts, certains milieux restent peu accessibles. Cela s'explique principalement par des obstacles d'ordre financier, organisationnel ou logistique tels que le manque de ressources, la difficulté à libérer le personnel pour qu'il suive la formation dans les entreprises, la difficulté à s'adapter au rythme de certains groupes comme les agriculteurs et l'arrimage complexe des calendriers dans un milieu scolaire qui est déjà très sollicité. Certains de ces obstacles pourraient être aplanis par une action concertée entre les CSSS et les CPS (ex. : s'adapter au rythme des agriculteurs, encourager les organisateurs communautaires des CSSS à promouvoir le programme lorsque les CPS sont incapables de le faire).

### ***Pistes d'action***

Eu égard aux constats précités, les pistes d'action suivantes sont proposées :

- que les CSSS et les CPS renforcent leur partenariat, tant pour favoriser l'adhésion des milieux au programme que pour susciter l'engagement de tous les acteurs concernés par l'implantation des réseaux de sentinelles ;
- que le MSSS établisse des mesures visant à susciter l'acceptation du programme de sentinelles et l'adhésion des milieux à celui-ci.

**Tableau 5 : Adhésion des milieux au programme de sentinelles : constats et pistes d'action**

---

<b>CONSTATS</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Les différents acteurs, surtout à l'échelle locale, déploient beaucoup d'efforts pour faire connaître le programme de sentinelles en prévention du suicide dans les milieux ciblés.</li><li>• L'appui des CSSS n'est pas donné systématiquement aux CPS dans toutes les régions à cette étape du processus d'implantation des réseaux de sentinelles.</li><li>• Certains milieux demeurent peu accessibles. On constate des obstacles d'ordre financier, organisationnel ou logistique tels que le manque de ressources, la difficulté à libérer le personnel pour qu'il suive la formation dans les entreprises, la difficulté à s'adapter au rythme de certains groupes comme les agriculteurs et l'arrimage complexe des calendriers dans un milieu scolaire déjà très sollicité.</li></ul>
<b>PISTES D'ACTION</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Que les CSSS et les CPS renforcent leur partenariat, tant pour favoriser l'adhésion des milieux au programme que pour susciter l'engagement de tous les acteurs concernés par l'implantation des réseaux de sentinelles.</li><li>• Que le MSSS établisse des mesures visant à susciter l'acceptation du programme de sentinelles et l'adhésion des milieux à celui-ci.</li></ul>

---

### **4.2.3 Arrimage des services**

Le cadre de référence contient quatre actions visant à assurer l'arrimage entre les ressources du réseau de la santé et des services sociaux et les autres ressources du territoire local : 1) répertorier les intervenants et les services d'aide établis dans le milieu ciblé ; 2) faire connaître aux ressources du milieu certains éléments du cadre de référence, notamment la définition et le rôle des sentinelles ainsi que les rôles et les responsabilités des ressources de santé et de services sociaux du territoire ; 3) obtenir de l'information sur le rôle des intervenants et des services d'aide du milieu ciblé ayant un lien avec les services à offrir aux personnes suicidaires ou le soutien à offrir aux sentinelles ; 4) établir les liens entre les services d'aide du milieu ciblé et les services sociaux et de santé du territoire.

De plus, le cadre de référence indique deux aspects à surveiller pour s'assurer de l'arrimage des services : 1) en tout temps, les personnes suicidaires comme les sentinelles doivent avoir accès à des services ainsi qu'à du soutien et, à cette fin, il faut préciser « qui fait quoi et quand » concernant les ressources du milieu ciblé et celles du territoire d'un CSSS ; 2) peu importe le partage des rôles entre les services du milieu et ceux du réseau de la santé et des services sociaux, il faut s'assurer de donner une information claire aux sentinelles.

#### ***Description des résultats***

Pour l'ensemble des répondants, la trajectoire de services en prévention du suicide est claire et fonctionnelle. Plusieurs d'entre eux affirment qu'elle est connue par la population des territoires locaux.

Précisons ici que l'étape du processus d'implantation relative à l'arrimage des services ne concerne que les paliers régional et local.

#### **➤ Rôle du palier régional**

Dans toutes les régions participant à l'évaluation, l'ASSS s'est engagée dès le début du processus dans la définition de l'arrimage des services. Depuis, son rôle est de soutenir les acteurs qui le demandent ou d'intervenir, au besoin, pour leur rappeler les orientations contenues dans le Plan d'action régional de santé publique concernant la trajectoire de services en prévention du suicide.

#### **➤ Rôle du palier local**

Au palier local, beaucoup d'acteurs ont jugé difficile la démarche visant à définir la trajectoire de services, surtout au début du processus. La difficulté consiste notamment à amener les CPS et les CSSS à mettre leur expertise en commun. Elle semble appréhendée par certains CSSS lorsqu'il leur faut arrimer des nouveaux services avec ceux du milieu communautaire.

[...] l'offre de service est bien maillée avec les établissements de santé mais, avec le communautaire [CPS], c'est plus difficile d'arrimer des nouvelles façons de faire pour des choses qui existaient avant les sentinelles. Dès qu'on parle d'arrimage et de mise en commun, il y a de la méfiance, même s'il y a une certaine confiance pour le reste ; c'est une question de crédibilité, de pérennité, de budget. On a comme projet d'avoir des outils de référence pour des services rapides pour tout le réseau et pour que la prise en charge soit efficace. On en parle depuis un an, mais l'outil n'est pas vraiment utilisé. C'est comme si le communautaire avait peur que, s'il assimile trop ses méthodes à celles du CSSS, on pourrait remettre en question sa pertinence et son existence. [...] il faut que les deux parties s'adaptent et empruntent des éléments à l'autre.

Selon les personnes interviewées, l'arrimage des services semble satisfaire à la fois les besoins des sentinelles et ceux des personnes suicidaires, bien que cela pose quelques difficultés. Ainsi, un répondant d'une ASSS affirme qu'il existe toujours des « zones grises dans l'application de la trajectoire ». L'une de ces zones concerne l'impossibilité de connaître le nombre de personnes orientées vers les CSSS par une sentinelle, bien que les CPS disposent de cette information. Selon un répondant d'un CSSS :

[...] On n'a pas de retour. Les références se font en majorité au CPS. Ici, au CSSS, il y a le service d'accueil et évaluation, mais je ne pense pas que les gens vont dire qu'ils sont référés par une sentinelle. Peut-être que ça se fait directement avec le CPS. Il n'y a pas cette communication avec le CSSS.

La plupart des répondants ont mentionné que les CPS constituent généralement « la porte d'entrée des services de crise ». Ces centres reçoivent les appels des sentinelles et prennent en charge les personnes suicidaires qui sont orientées vers les services. Lorsque les services du CPS ne peuvent répondre à eux seuls aux besoins de ces personnes, elles sont dirigées vers d'autres ressources, dans la majorité des cas le CSSS. La porte d'entrée pour la personne orientée vers le CSSS est le service d'accueil, d'évaluation, d'orientation et de référence. Après une évaluation de sa situation, elle se voit offrir, le cas échéant, un suivi court ou étroit. Cette trajectoire semble « [...] fluide grâce aux protocoles d'entente ». En outre, plusieurs CPS considèrent les services offerts par les CSSS comme excellents, mais ils déplorent le fait que la personne orientée vers le CSSS puisse se retrouver sur une liste d'attente si, dans son cas, l'urgence suicidaire n'est pas élevée.

La majorité des répondants croient que la désignation d'une personne comme responsable du dossier sentinelles au CSSS, la ligne 1 866 APPELLE ainsi que la prise en charge des appels par le CPS le soir et la fin de semaine facilitent l'intégration comme la continuité des services en prévention du suicide. Selon les répondants des CPS, les personnes connaissent de plus en plus ces services et voient l'implantation des réseaux de sentinelles comme une démarche crédible : « Suite à nos interventions, on a des appels. » En ce sens, plusieurs répondants affirment qu'une définition claire de la trajectoire de services est une condition de réussite du programme et que l'implantation des réseaux contribuerait à faire diminuer le taux de suicide.

Parmi les obstacles mentionnés, les répondants des CPS citent l'absence de statistiques sur le nombre de personnes qui appellent dans ces centres après avoir été approchées par une sentinelle, absence qu'ils assimilent à une contrainte les empêchant d'assurer un suivi adéquat du programme. Par ailleurs, il arrive que, dans certains milieux offrant un programme d'aide aux employés, les sentinelles fassent en premier lieu appel à ce service plutôt qu'au CPS. Pour ces répondants, voilà un élément à clarifier dans la trajectoire de services.

### **Analyse et interprétation des résultats**

Bien que l'arrimage des services concerne surtout le palier local, le rôle des ASSS à cette étape du processus d'implantation des réseaux de sentinelles revêt son importance. En effet, les ASSS peuvent faciliter ce processus ou, encore, clarifier certains enjeux locaux.

De façon générale, l'ensemble des services offerts paraît être bien défini ; il est jugé adapté aux besoins des personnes suicidaires et à ceux des sentinelles. L'existence de protocoles d'entente entre le CSSS et le CPS est un élément qui facilite la mise en œuvre des réseaux de sentinelles et favorise la clarification de la trajectoire de services en prévention du suicide. Les difficultés concernant l'arrimage des services touchent particulièrement la collecte des données sur la personne orientée par la sentinelle vers ces services ainsi que la circulation desdites données entre le CSSS et le CPS. Le fait que celles-ci ne soient pas systématiquement collectées et transmises aux CSSS est vu, par plusieurs répondants, comme un facteur pouvant nuire au suivi du programme.

### **Pistes d'action**

Afin de favoriser un suivi adéquat du programme, la piste d'action suivante est proposée :

- que les ASSS définissent, en collaboration avec les CSSS et les CPS, les modalités précises de la collecte comme du partage de l'information, et qu'elles identifient les ressources et les outils pouvant soutenir cette démarche.

Afin de s'assurer que l'on tienne compte du rôle, des responsabilités et de la contribution des divers acteurs, sectoriels ou intersectoriels, concernés par l'implantation des réseaux de sentinelles et pour assurer un meilleur arrimage des services en matière de prévention du suicide, les moyens suivants pourraient être utilisés :

- que les CSSS inscrivent l'implantation des réseaux de sentinelles dans leur projet clinique, si ce n'est déjà fait ;
- que les CSSS signent des protocoles d'entente avec les CPS ou qu'ils précisent ceux qui existent et en assurent la mise à jour sur une base annuelle ;
- que l'implantation des réseaux de sentinelles figure parmi les thèmes abordés lors de la démarche d'implantation du *Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux en prévention du suicide*<sup>14</sup>.

---

14. Cet atelier vise à faire état de la situation actuelle en prévention du suicide pour que tous les acteurs en aient une vision commune, à favoriser le travail en collaboration dans les réseaux locaux de santé et l'appropriation des pratiques de gestion réputées efficaces ainsi qu'à élaborer un plan d'action local et concerté pour le rehaussement des services offerts aux personnes suicidaires.

**Tableau 6 : Arrimage des services : constats et pistes d'action**

---

<b>CONSTATS</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• De façon générale, l'ensemble des services offerts paraît être bien défini et adapté aux besoins des personnes suicidaires et à ceux des sentinelles.</li><li>• L'existence de protocoles d'entente entre le CSSS et le CPS est un élément qui facilite la mise en œuvre des réseaux de sentinelles et favorise la clarification de la trajectoire de services en prévention du suicide.</li><li>• Les difficultés concernant l'arrimage des services touchent particulièrement la collecte des données sur la personne orientée par la sentinelle vers ces services ainsi que la circulation desdites données entre le CSSS et le CPS.</li></ul>
<b>PISTES D'ACTION</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Que les CSSS inscrivent l'implantation des réseaux de sentinelles dans leur projet clinique, si ce n'est déjà fait.</li><li>• Que les CSSS signent des protocoles d'entente avec les CPS ou qu'ils précisent ceux qui existent et en assurent la mise à jour sur une base annuelle.</li><li>• Que l'implantation des réseaux de sentinelles figure parmi les thèmes abordés lors de la démarche d'implantation du Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux en prévention du suicide</li></ul>

---

#### 4.2.4 Recrutement et sélection des sentinelles

Le cadre de référence énumère certains critères pour la sélection de la future sentinelle : être un adulte, être volontaire, ne pas être suicidaire et ne pas avoir été récemment touché par le suicide. Les acteurs ont le choix quant aux stratégies relatives au recrutement des candidats ou à la promotion du rôle de la sentinelle dans son milieu et quant aux moyens pour sélectionner les candidats (questionnaires, entrevues, etc.).

##### *Description des résultats*

Le recrutement et la sélection des candidats ainsi que la promotion du rôle de sentinelle se font surtout au palier local.

##### ➤ **Recrutement**

Les données permettent de constater que les répondants des CPS utilisent quatre moyens pour recruter les sentinelles :

- des outils de promotion s'adressant à des milieux où des réseaux de sentinelles pourraient être implantés ;
- des outils de promotion universels (s'adressant à tous) ;
- la visite des intervenants dans les milieux où des réseaux de sentinelles pourraient être implantés ;
- les demandes de personnes voulant elles-mêmes devenir sentinelles.

Les outils de promotion sélectifs sont diffusés dans les milieux ciblés. Ils consistent le plus souvent en des dépliants qui reprennent en partie le contenu du cadre de référence et en des activités de sensibilisation ou de promotion dans les milieux. Certains CPS distribuent également des bulletins d'information aux personnes qu'ils ont formées.

Parmi les outils de promotion universels utilisés, mentionnons la publicité faite dans les médias traditionnels (ex. : journaux) et les autobus de la région (affiches). Elle est utilisée dans une seule des régions participant à l'évaluation et les répondants de ladite région disent que les bénéfices liés à cette promotion sont moindres que les coûts engendrés. Deux types d'activités s'adressant à toute la population sont communes aux quatre régions, soit des activités ayant lieu pendant la Semaine de prévention du suicide et la promotion du programme sur le Web.



Le troisième moyen consiste à établir et à maintenir des contacts avec la personne pivot ou avec les gestionnaires du milieu ciblé. Les CPS vont privilégier ces contacts personnalisés (face à face), souvent avec les leaders du milieu. Ils tentent de s'adapter à la réalité des milieux ciblés, par exemple en visitant les employés des entreprises lorsqu'ils sont disponibles, au moment du changement de quart de travail ou à l'occasion de journées portes ouvertes.

Enfin, les CPS reçoivent des demandes directement de candidats appartenant « à des milieux jugés intéressés et intéressants » au regard de l'implantation des réseaux de sentinelles. Il arrive également que des personnes n'appartenant pas à un milieu particulier, « monsieur, madame tout le monde qui a vu une annonce ailleurs », demandent à être sentinelles.

Selon la grande majorité des répondants, le recrutement serait plus difficile en milieu rural ou éloigné, entre autres en raison de la distance à parcourir pour organiser des rassemblements. Par ailleurs, certains acteurs ont été placés dans une situation délicate au moment de recruter des candidats ; par exemple, la direction d'une école a demandé à un CPS d'avoir accès aux résultats des entrevues de sélection menées auprès des enseignants voulant devenir sentinelles. Le CPS en question a refusé cette demande, car les résultats contenaient des données sensibles sur les enseignants.

#### ➤ **Sélection**

Certains CPS et CSSS conçoivent des outils portant sur la sélection des candidats au rôle de sentinelle. Ces outils, principalement des questionnaires et des grilles utilisés au cours des entrevues, peuvent servir soit au début du processus de sélection, soit pendant ou après la formation.

Aux critères de sélection des sentinelles indiqués dans le cadre de référence (avoir 18 ans et plus, être volontaire, ne pas être suicidaire et ne pas avoir été récemment touché par le suicide), certains milieux ajoutent ceux qui suivent : ne pas avoir été endeuillé par un suicide au cours des trois dernières années, faire preuve d'empathie, avoir une grande capacité d'écoute et un bon sens de l'observation, et être en bonne santé mentale.

Le fait de refuser la candidature d'une personne n'est pas courant. Des acteurs rapportent n'avoir jamais refusé personne, même lorsqu'un candidat a récemment été touché par le suicide, alors que cette situation constitue un motif de refus certain pour d'autres. Ces derniers offrent alors aux candidats un suivi en postvention, tel que le recommande le cadre de référence, après quoi les candidats peuvent entreprendre la formation dans la mesure où ils répondent aux autres exigences posées pour devenir sentinelle. Des CPS ont déjà refusé des candidats qu'ils n'avaient pas trouvés suffisamment empathiques : « [...] on n'a pas senti l'empathie autant qu'on aurait souhaité. »

#### ➤ **Promotion du rôle de sentinelle dans les milieux**

Généralement, les sentinelles vont s'identifier comme telles dans les milieux où un réseau est implanté. Selon les répondants, le fait que les sentinelles s'affichent est très positif pour « briser les tabous et les préjugés » au regard de la problématique du suicide. De plus, cela faciliterait le contact avec les personnes auprès desquelles on veut faire de la prévention.

Bien que les acteurs privilégient le non-anonymat de la sentinelle, ils respectent le choix de la personne jouant ce rôle de rester anonyme. De plus, la promotion peut revêtir différentes formes selon les milieux ; elle va de la simple divulgation de l'identité des sentinelles à l'installation d'affiches dans des endroits passants ou stratégiques. Cela semble être souvent apprécié par les sentinelles :

[...] elles [les sentinelles] sont fières de dire qu'elles font partie du groupe. Dans le milieu scolaire, c'est facile, et même dans le milieu villageois, il n'y a personne qui veut se cacher ; de toute façon, ce sont des gens qui sont connus de tout le monde. Le fait de se cacher, ça pourrait envoyer un mauvais message parce que, justement, on veut briser les tabous, les préjugés.

Cependant, plusieurs répondants affirment qu'en dehors des milieux ciblés, certaines sentinelles préfèrent ne pas s'afficher publiquement, et ce, pour diverses raisons : peur d'être harcelées, peur de ne pas pouvoir préserver leur intimité, peur des attentes ou des exigences et peur d'être soupçonnées d'avoir déjà eu des problèmes de santé mentale.

Par ailleurs, nombre de répondants, que ce soit au palier régional ou local (ASSS, CSSS et CPS), aimeraient être davantage soutenus, dans leur tâche de promotion, par le palier national, notamment par le Ministère (ex. : organisation de campagnes publicitaires, à l'échelle nationale, pour promouvoir le programme et le rôle de sentinelle).

### ***Analyse et interprétation des résultats***

Les stratégies utilisées pour recruter et sélectionner les futures sentinelles sont diversifiées et souvent adaptées à la réalité des milieux. Le recours à divers outils dès le début du processus de recrutement permet de raffiner la sélection. Les milieux utilisent davantage des stratégies de recrutement sélectif, qui semblent s'avérer efficaces, particulièrement celles qui privilégient le contact personnalisé avec les personnes clés des milieux.

Les critères de sélection varient d'une région à l'autre. Néanmoins, la plupart des critères énumérés dans le cadre de référence sont respectés, sauf dans les régions où l'on a élargi aux candidats l'accès à la formation.

De façon générale, la sentinelle s'identifie dans son milieu et son rôle est connu de tous. Il semble, selon les répondants, qu'elle l'apprécie. Toutefois, la sentinelle préfère demeurer anonyme lorsqu'elle est en dehors du milieu où elle joue son rôle.

### ***Pistes d'action***

Eu égard aux constats précités, les pistes d'action suivantes sont proposées :

- que le MSSS et l'AQPS favorisent la mise en commun des stratégies et des outils conçus par les acteurs pour le recrutement des sentinelles ;
- que le MSSS et l'AQPS élaborent des stratégies nationales visant la promotion du programme et du rôle de sentinelle auprès de la population ;
- que les CSSS et les CPS se réfèrent aux critères de sélection contenus dans le cadre de référence ;
- que tout ajout de nouveaux critères de sélection s'inscrive dans une démarche structurée et concertée entre les paliers national, régional et local.

**Tableau 7 : Recrutement et sélection : constats et pistes d'action**

---

<b>CONSTATS</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Les stratégies utilisées pour le recrutement et la sélection des sentinelles sont diversifiées et souvent adaptées à la réalité du milieu.</li><li>• Dans l'ensemble, les critères de sélection établis dans le cadre de référence sont respectés, sauf dans certaines régions où l'on a élargi aux candidats endeuillés l'accès à la formation.</li><li>• Généralement, les sentinelles vont s'identifier comme telles dans les milieux où un réseau est implanté.</li><li>• Plusieurs répondants régionaux ou locaux aimeraient être soutenus par le palier national dans la promotion du rôle de sentinelle.</li></ul>
<b>PISTES D'ACTION</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Que le MSSS et l'AQPS favorisent la mise en commun des stratégies et des outils conçus par les acteurs pour le recrutement des sentinelles.</li><li>• Que le MSSS et l'AQPS élaborent des stratégies nationales visant la promotion du programme et du rôle de sentinelle auprès de la population.</li><li>• Que les CSSS et les CPS se réfèrent aux critères de sélection contenus dans le cadre de référence.</li><li>• Que tout ajout de nouveaux critères de sélection s'inscrive dans une démarche structurée et concertée entre les paliers national, régional et local.</li></ul>

---

#### 4.2.5 Formation et soutien des sentinelles

La formation et le soutien des sentinelles seront présentés dans une seule et même section car, dans la pratique, ces deux étapes sont intimement liées. En effet, le soutien commence souvent dès l'étape de la formation et se poursuit après celle-ci, sous la forme d'un suivi post-formation.

Former une sentinelle consiste, selon le cadre de référence, à permettre à chaque personne sélectionnée d'acquérir ou de développer les compétences qui lui permettront de jouer le rôle de sentinelle (MSSS, 2006, p. 45). Le soutien offert à la sentinelle comprend quant à lui toutes les mesures mises en place pour lui permettre de jouer pleinement son rôle, les activités de formation continue ainsi que l'intervention dite de postvention à la suite du suicide d'une personne proche (MSSS, 2006, p. 47).

##### *Description des résultats*

##### ➤ **Formation des formateurs**

Le Ministère finance annuellement l'AQPS pour la formation des formateurs de sentinelles, qui n'est pas censée différer d'une région à l'autre selon l'Association. Divers outils accompagnent cette formation, dont le cahier du participant que l'AQPS prépare et envoie aux candidats. Pour devenir formateur, on exige trois mois d'expérience clinique et une expérience en animation de groupes ou en formation. Chaque candidat reçoit une formation de trois jours et doit se soumettre par la suite à une évaluation écrite, qui est corrigée par l'AQPS. Enfin, l'Association formule des recommandations sur chacune des candidatures.

Plusieurs répondants souhaitent que l'AQPS produise une boîte à outils à partir des expériences vécues dans les régions et qu'elle organise des rencontres pour les formateurs afin de faciliter le suivi et de favoriser le réseautage. Pour les répondants du Ministère, il serait profitable, pour le bon suivi de la formation, que les formateurs se constituent en réseau formel à l'échelle provinciale. L'Association voudrait pour sa part qu'il y ait une coordination provinciale pour « démontrer aux régions que leurs actions font partie d'un tout plus grand que leur seul territoire », notamment en ce qui concerne la formation des sentinelles. Pour le moment, elle ne fait pas de suivi post-formation auprès des formateurs. Toutefois, elle a ménagé, en 2011, une rencontre d'échange d'expériences et de réseautage à l'intention des formateurs qui fut appréciée par plusieurs des répondants des CPS. Cette rencontre avait notamment pour but d'entendre le point de vue des formateurs afin d'améliorer la formation. L'AQPS souhaiterait organiser annuellement un tel événement, qui permettrait une mise à jour des connaissances et une discussion avec les formateurs.

Par ailleurs, si l'AQPS connaît le nombre de formateurs ayant reçu la formation, elle ne sait cependant pas combien sont encore actifs.

## ➤ **Formation des sentinelles**

Au palier local, les répondants des CSSS affirment que la formation est donnée directement dans les milieux ciblés, généralement par les CPS en vertu d'ententes signées entre les deux parties. Certains de ces répondants estiment que les CPS doivent continuer à donner la formation et que la reconnaissance de leur expertise est une condition du succès de l'implantation des réseaux de sentinelles. De manière générale, la formation est offerte gratuitement ; dans un seul cas, un CPS a demandé des frais à une municipalité pour former des sentinelles dans son milieu.

Les CPS font preuve de souplesse quant au contenu et aux horaires de la formation dans le but de s'adapter aux différents milieux.

Dans le même ordre d'idée, divers aspects de la formation sont susceptibles d'être revus et actualisés par l'AQPS, plus précisément par l'entremise de son conseil d'administration :

[...] On a quand même [...] un beau travail avec l'AQPS. Ça, c'est un bon coup. La crainte que tous les formateurs avaient au départ, c'est que la formation devienne trop statique et qu'on ne la revisite pas. Or, au contraire, on l'a toujours remise en question. On a toujours regardé s'il y avait un moyen de la bonifier. Donc, il y a un travail qui se fait, là. La communication et la collaboration fonctionnent. Le conseil d'administration de l'AQPS est formé des CPS. L'association nous représente au niveau politique ou autre. Il y a une force de réseau entre nous qui vient pallier à toutes sortes d'obstacles qu'on a ou qui auraient pu s'ériger, si on n'avait pas la force de ce réseau. On voulait qu'il y ait un lieu pour parler de la formation, dire quand elle doit être remise à jour, retravaillée. Et ça, c'est là.

Deux CPS de régions distinctes ont produit un contenu de formation complémentaire à celui de l'AQPS en y intégrant des notions relatives à l'intervention sur la détresse en général. Ils souhaitent ainsi que les sentinelles jouent un rôle plus large en reconnaissant non seulement les personnes suicidaires, mais également celles qui sont en détresse.

Les répondants de certains CPS trouvent la durée de la formation trop longue. De plus, ces centres éprouvent des difficultés financières qui les obligent à former moins de sentinelles que les CSSS en souhaiteraient parfois. Certaines personnes du palier local déplorent le manque de coordination du programme à l'échelle nationale et le peu de soutien financier. Toutefois, les CSSS, de même que les CPS, peuvent parfois compter sur l'appui financier des ASSS pour couvrir leur frais de déplacement dans les milieux.

## ➤ **Outils de formation**

La plupart des CPS utilisent les outils de formation produits par l'AQPS tout en les adaptant à la réalité des milieux et à ce qui est recommandé dans le guide de bonnes pratiques en prévention du suicide :

Les outils de formation sont ceux de l'AQPS. On les bonifie et on les adapte au besoin, surtout le cahier du participant et la notion d'urgence suicidaire. Il faut simplifier, adapter, modifier et harmoniser les concepts pour avoir un même langage et une même logique que dans le guide de bonnes pratiques.

Dans l'une des régions participant à l'évaluation, un comité régional conçoit des outils de formation qui, selon les répondants, s'inscrivent dans la continuité de ceux que propose l'AQPS.

Bien que des répondants de CPS apprécieraient avoir accès aux outils régionaux produits ailleurs par la constitution d'une boîte à outils national, d'autres craignent que cela pousse vers la rigidité des pratiques. Dans certaines ASSS, on affirme toutefois avoir la certitude de ne pas joindre toutes les sentinelles.

Plusieurs acteurs régionaux ou locaux souhaiteraient que la formation des sentinelles soit reconnue, au même titre que celle qui porte sur la réanimation cardiorespiratoire.

### ➤ **Suivi post-formation et soutien des sentinelles**

Quelques mois après la fin de la formation, des ateliers s'adressant aux sentinelles sont offerts dans certaines régions pour revoir avec elles les notions traitées ou aborder d'autres aspects en rapport avec la thématique du suicide et susceptibles de les intéresser. De plus, des bulletins d'information sont distribués sur une base régulière aux sentinelles formées. À ce sujet, des répondants privilégieraient un outil unique à l'intention de toutes les sentinelles, tel qu'un journal, pour la formation continue.

Les répondants locaux, régionaux et nationaux rapportent avoir de la difficulté à connaître le nombre de sentinelles actives. Les CPS souhaiteraient que des outils informatiques permettent de compiler les données concernant les sentinelles formées.

Un répondant résume comme suit les besoins et les limites qui se posent aux CPS :

On aurait aimé avoir un logiciel pour compiler les données concernant les personnes formées, car le CSSS ou le CLSC nous demandent ces données. Il n'est pas facile d'avoir ces données, puisque les personnes formées peuvent appartenir à plus d'un groupe : être un homme, mais en même temps une personne âgée. Alors, on n'arrive pas à faire des recherches ou des classements croisés. On se demande alors si, au niveau de la province, on ne pourrait pas investir à plusieurs dans un tel outil, mais ça, ce sont les préoccupations de la santé publique et du Ministère. C'est légitime mais, nous, on ne peut pas perdre trois semaines pour faire ça.

Le soutien des sentinelles peut prendre plusieurs formes : soutien clinique par un professionnel de la santé, bulletin de liaison, ateliers ou soupers-conférences, espace réservé aux sentinelles dans les sites Web de certains CPS. D'autres activités – telles qu'une marche, un rassemblement ou des activités récompenses – sont organisées pour favoriser le réseautage. Plusieurs répondants jugent ces activités nécessaires :

Les activités de soutien sont offertes à tout le réseau à la fois. On s'est posé la question de savoir si on était mieux de se rassembler, les sentinelles, par milieu ou [toutes] ensemble. Finalement, on a choisi de faire des rassemblements impliquant tout le monde pour être en cohérence avec notre message clé à l'effet que le réseau des sentinelles est une toile qui ne s'arrête pas aux milieux. Cela permet de sortir de l'isolement, de voir l'ampleur du réseau, d'entendre des témoignages et de renforcer le sentiment d'appartenance. Le sentiment d'appartenance permet d'augmenter la solidarité et l'efficacité des actions.

Certains CPS voudraient offrir plus de soutien aux sentinelles en créant à leur intention un espace Web unique, à l'échelle de la province. Des ASSS parlent pour leur part d'un logo, d'une carte d'adhésion renouvelable ou encore d'un mouvement provincial des sentinelles. Les CPS offrent déjà une accessibilité et une disponibilité de leurs services en continu, tous les jours, aux sentinelles et un aide-mémoire comprenant la liste des ressources en prévention du suicide dans la région.

Enfin, certains CPS établissent une liste des sentinelles, comprenant l'adresse postale et l'adresse électronique, qu'ils mettent à jour chaque année afin de savoir lesquelles sont encore actives. Cette mesure leur permet de contacter aisément les sentinelles ou même de mener des sondages s'ils le jugent nécessaire.

### ***Analyse et interprétation des résultats***

En ce qui concerne la formation, les résultats démontrent que cette responsabilité est souvent confiée aux CPS. Ces derniers s'en acquittent en se basant sur les outils de l'AQPS, qu'ils ont adaptés en fonction de leur réalité. Toutefois, il semble difficile de faire un suivi adéquat de cette activité, car les données sur les formateurs et les sentinelles actives ne sont pas toujours compilées ni transmises aux CSSS et à l'AQPS.

Pour ce qui est du suivi post-formation et du soutien aux sentinelles, il comprend des activités de formation continue, de réseautage et de reconnaissance. Cette responsabilité est également assumée par les CPS dans la majorité des cas, en partenariat avec les CSSS. Il existe une diversité d'outils et de stratégies, et les acteurs interrogés se montrent très créatifs pour mobiliser les sentinelles. À ce propos, il convient de mentionner que le souhait de faciliter le réseautage et la diffusion des outils à l'échelle nationale fait l'unanimité, tant dans le milieu institutionnel que dans le milieu communautaire.

### ***Pistes d'action***

Bien que la formation s'adressant aux futures sentinelles soit couramment adaptée aux réalités des milieux et que cela soit considéré comme un élément facilitant, il faudrait que l'AQPS établisse des mécanismes d'assurance qualité afin que ladite formation soit à la fois basée sur les meilleures pratiques en prévention du suicide et uniforme dans toutes les régions où elle est offerte. À cette fin, l'Association pourrait :

- s'assurer d'une base commune de la formation des sentinelles partout au Québec ;
- élaborer des stratégies lui permettant d'entretenir des rapports plus directs et continus avec les formateurs de sentinelles ;
- organiser une supervision systématique et uniforme des formateurs.



**Tableau 8 : Formation et soutien des sentinelles : constats et pistes d'action**

---

<b>CONSTATS</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Il existe une grande diversité d'outils et de stratégies qui témoignent de la créativité des acteurs en ce qui concerne le soutien aux sentinelles.</li><li>• De manière générale, la formation est assumée par les CPS.</li><li>• Les CPS utilisent les outils de l'AQPS, qu'ils adaptent au besoin.</li><li>• Le suivi de la formation semble difficile du fait de l'inaccessibilité des données concernant le nombre de sentinelles actives.</li><li>• Le soutien apporté aux sentinelles prend la forme d'un suivi de postvention, d'activités de formation continue ou de reconnaissance, de bulletins de liaison ou, encore, de réseautage.</li></ul>
<b>PISTES D'ACTION</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Que l'AQPS établisse des mécanismes d'assurance qualité afin que la formation soit basée sur les meilleures pratiques en prévention du suicide et qu'elle soit uniforme dans toutes les régions où elle est offerte :<ul style="list-style-type: none"><li>○ en s'assurant d'une base commune de la formation des sentinelles partout au Québec ;</li><li>○ en élaborant des stratégies qui lui permettront d'entretenir des rapports plus directs et continus avec les formateurs de sentinelles ;</li><li>○ en organisant une supervision systématique et uniforme des formateurs.</li></ul></li></ul>

---

### 4.3 PHASE 3 : SUIVI DE L'IMPLANTATION DES RÉSEAUX

Le suivi constitue la dernière des trois phases du processus d'implantation des réseaux de sentinelles. Selon le cadre de référence, le suivi permet aux acteurs de vérifier si les objectifs de l'implantation ont été atteints ou non et de modifier, au besoin, les actions pour obtenir les résultats les plus satisfaisants au regard des services offerts aux personnes suicidaires ou aux sentinelles.

#### Description des résultats

Sur le plan national, le Ministère juge qu'il contribue à la troisième phase du processus par les suivis des activités du PNSP et du PASM ainsi que par la réalisation de la présente évaluation. De plus, un suivi est assuré auprès du Secrétariat à la jeunesse dans le cadre de la *Stratégie d'action jeunesse 2006-2009*. L'AQPS considère toutefois qu'il y aurait lieu d'améliorer le suivi des réseaux de sentinelles. De fait, l'Association affirme que l'« on n'est pas en mesure de savoir où en est le projet au niveau provincial » et que l'implantation des réseaux de sentinelles varie beaucoup d'une région à l'autre.

Au palier régional, le suivi se fait, par certaines ASSS, dans le cadre de l'évaluation du Plan d'action régional et des plans d'action locaux de santé publique. D'autres agences reçoivent un plan détaillé des activités de suivi effectuées durant l'année par des CPS. De plus, elles effectuent un sondage, une fois par année, auprès des intervenants désignés des CSSS afin de colliger des informations sur l'implantation des réseaux de sentinelles.

Sur le plan local, tous les CSSS font le suivi de l'atteinte des objectifs visés dans les ententes qu'ils ont conclues avec les CPS au regard de l'implantation des réseaux. Cela permet d'orienter le contenu de la prochaine entente en fixant de nouveaux objectifs et de nouvelles cibles à atteindre.

En outre, plusieurs CSSS font le suivi du nombre de sentinelles formées dans chaque municipalité régionale de comté (MRC) à l'occasion de diverses rencontres partenariales. Celles-ci peuvent être organisées à l'échelle régionale ou locale.

D'autres rencontres ont lieu entre les organisateurs communautaires, les représentants des CPS et les sentinelles afin de vérifier le degré de satisfaction de ces dernières. Ces rencontres sont plutôt informelles et, dans la plupart des cas, il n'y a pas de traces écrites.

De plus, les évaluations remises par les candidats au rôle de sentinelle à la fin de chaque formation servent aux fins du suivi du programme. Cependant, les informations issues de ces évaluations ne sont pas systématiquement transmises aux CSSS par les CPS.

Quelques CSSS ont par ailleurs des contacts avec les personnes pivots des milieux ciblés, ce qui leur permet de connaître le point de vue de celles-ci sur l'évolution du projet. Il semble également que, pour les CPS, la personne pivot soit un acteur privilégié pour avoir accès aux besoins des sentinelles d'un milieu donné.

Le suivi permet aux représentants de certains CSSS d'affirmer que les réseaux de sentinelles sont fonctionnels et qu'il n'y a pas de problèmes majeurs dans leur implantation. D'autres estiment que le suivi « n'est pas encore tout à fait structuré, que ça reste mince ». Ils expliquent cette situation par le fait que le temps est surtout consacré à la phase d'implantation.

Dans certains CPS, le suivi se fait au moyen de sondages envoyés dans les milieux où sont implantés des réseaux de sentinelles. Les sondages ont pour but de vérifier le degré de satisfaction et les besoins des acteurs engagés dans l'implantation de ces réseaux. Certains répondants des CPS mentionnent également l'organisation de colloques annuels avec ces acteurs.

En outre, la plupart des CPS compilent des données concernant les personnes suicidaires qui leur sont adressées par les sentinelles. Certains répondants des centres souhaiteraient avoir accès à des outils plus efficaces pour accomplir cette tâche.

Il paraît impossible, pour les CPS et les CSSS, de connaître les motivations des sentinelles qui se retirent étant donné l'absence d'un suivi systématique fait auprès d'elles. Les répondants de ces centres évoquent la difficulté qu'ils éprouveraient s'ils devaient tenter d'obtenir ce type d'information (ex. : sentinelles qui déménagent sans donner leur nouvelle adresse).

### **Analyse et interprétation des résultats**

Les CPS et certains CSSS assurent un suivi de la démarche d'implantation des réseaux de sentinelles par différentes activités. Néanmoins, il semble que ce suivi est à certains égards défaillant, qu'il varie d'une région à l'autre et qu'il aurait avantage à être resserré (suivi des sentinelles actives, communication entre partenaires, uniformisation de la démarche). Les initiatives pour assurer le suivi des sentinelles ne s'inscrivent pas dans une démarche structurée et concertée. Le leadership est principalement assuré ici par les CPS et les résultats montrent que certains CSSS ne sont pas au courant du suivi fait par les CPS, ni de la façon dont celui-ci est effectué.

Comme nous l'avons déjà mentionné, quelques-unes des raisons pouvant expliquer le peu d'engagement de certains CSSS dans le suivi des sentinelles sont : l'absence d'une définition claire de leurs rôles et de leurs responsabilités, le roulement du personnel, la priorisation d'autres dossiers, la perception que l'implantation des réseaux incombe davantage aux CPS ainsi que le difficile accès aux données compilées par ces derniers. Ainsi, le suivi devrait faire l'objet d'une concertation entre les ASSS, les CSSS et les CPS.

### **Pistes d'action**

Afin d'améliorer le suivi de l'implantation des réseaux de sentinelles, les pistes d'action suivantes sont proposées :

- que les ASSS, les CSSS et les CPS, en conformité avec le cadre de référence (voir aux pages 48 et 49), assurent un suivi serré des différentes étapes de l'implantation des réseaux de sentinelles par une démarche structurée et concertée ;
- que le MSSS raffine les indicateurs relatifs au niveau d'implantation des réseaux de sentinelles dans le cadre du suivi des activités du Programme national de santé publique.

**Tableau 9 : Suivi de l'implantation : constats et pistes d'action**

---

**CONSTATS**

---

- Les CPS et certains CSSS font un suivi de la démarche relative à l'implantation des réseaux de sentinelles qui semble défaillant à certains égards et variable d'une région à l'autre.
  - Les initiatives visant à assurer le suivi des sentinelles ne s'inscrivent pas dans une démarche structurée et concertée.
  - Le leadership de cette démarche est principalement assuré par les CPS.
  - Les raisons pouvant expliquer le peu d'implication de certains CSSS dans le suivi sont : l'absence d'une définition claire de leurs rôles et de leurs responsabilités, le roulement du personnel, la priorisation d'autres dossiers, la perception que l'implantation des réseaux incombe davantage aux CPS et le difficile accès aux données compilées par ces derniers, notamment.
- 

**PISTES D'ACTION**

---

- Que les ASSS, les CSSS et les CPS, en conformité avec le cadre de référence (voir aux pages 48 et 49), assurent un suivi serré des différentes étapes de l'implantation des réseaux de sentinelles par une démarche structurée et concertée.
  - Que le MSSS raffine les indicateurs relatifs au niveau d'implantation des réseaux de sentinelles dans le cadre du suivi des activités du Programme national de santé publique.
-

## CONCLUSION

La présente évaluation permet de constater que plusieurs acteurs institutionnels et communautaires consacrent beaucoup de temps et d'efforts à implanter des réseaux de sentinelles dans leur région.

Toutefois, bien qu'elles semblent s'être amenuisées avec la publication du cadre de référence (Fillion (2004), cité dans MSSS (2006), p. 9), des disparités, entre différentes régions et parfois même à l'intérieur d'une région, existent toujours au regard de l'implantation des réseaux de sentinelles. Dans certaines régions, cette implantation se fait de façon structurée, cohérente et concertée entre les différents acteurs concernés par la question à l'échelle régionale (ASSS) ou locale (CSSS et CPS) tandis que, dans d'autres, elle est moins structurée et concertée, notamment en ce qui a trait à la formation des sentinelles, à l'adhésion des milieux au programme de sentinelles et au suivi de l'implantation.

Des conditions facilitant la poursuite de l'implantation et le fonctionnement des réseaux de sentinelles ont été relevées ; citons le respect de l'expertise de chacun, le travail en partenariat ainsi que la définition claire des rôles et des responsabilités. Néanmoins, dans certaines régions, ces deux derniers aspects mériteraient qu'on leur accorde une attention particulière pour faciliter l'implantation des réseaux de sentinelles et la progression vers une vision commune entre les CPS et les CSSS.

Le financement, et surtout sa récurrence, est un autre facteur jugé important, sur les plans régional et local, pour favoriser une implantation optimale des réseaux de sentinelles. Vu certaines incertitudes sur le plan financier, les CPS ne se considèrent pas toujours en mesure de se projeter dans l'avenir et de demander aux milieux ou aux citoyens de s'engager en faveur de l'implantation de tels réseaux. Il est intéressant de constater que, dans la majorité des cas, les répondants des CPS qui ont mentionné les obstacles relatifs au financement représentaient ceux qui ne bénéficient pas d'un financement récurrent pour le volet sentinelle et ceux envers qui les CSSS sont peu engagés dans le processus d'implantation des réseaux de sentinelles.

Enfin, il faut souhaiter que la démarche d'implantation des guides de bonnes pratiques en prévention du suicide puisse être une occasion de renforcer les liens entre les divers acteurs dans l'implantation des réseaux de sentinelles.



## BIBLIOGRAPHIE

- ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE PRÉVENTION DU SUICIDE – AQPS (2012). *Rapport annuel 2010-2011 : Croire, s'engager, changer*, Québec, Association québécoise de prévention du suicide, 28 p., [En ligne], [[http://www.aqps.info/media/documents/RA\\_AQPS\\_2010-2011.pdf](http://www.aqps.info/media/documents/RA_AQPS_2010-2011.pdf)].
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC – INSPQ (2011). *La mortalité par suicide au Québec : données récentes de 2005 à 2009 – Mise à jour 2011*, rédigé par Mathieu Gagné et al., Québec, Bureau du coroner, Institut national de santé publique du Québec, 5 p., [En ligne], [[http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/890\\_BulSuicide09.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/890_BulSuicide09.pdf)].
- MILES, M.B., et A.M. HUBERMAN (2007). *Analyse des données qualitatives*, 2<sup>e</sup> édition, Bruxelles, De Boeck et Larcier, coll. « Méthodes en sciences humaines », 626 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX – MSSS (2010a). *Prévention du suicide : Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, vii, 83 p., [En ligne], [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-247-02.pdf>].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX – MSSS (2010b). *Prévention du suicide : Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, vii, 83 p., [En ligne], [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-247-03F.pdf>].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX – MSSS (2010c). *Suivi de l'implantation des activités du Programme national de santé publique 2003-2012 : Mise à jour 2008 – Bilan 2008-2009*, Québec, Direction de la planification, de l'évaluation et du développement en santé publique, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX – MSSS (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012 : Mise à jour 2008*, rédigé par Julie Gauthier et Anne-Marie Langlois, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 103 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX – MSSS (2006). *L'implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide : Cadre de référence*, rédigé par Françoise Roy, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 70 p. [En ligne], [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-247-02.pdf>].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX – MSSS (2004). *Projet clinique : Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux – Document principal*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, [En ligne], [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-009-05.pdf>].



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2006). *Prévenir le suicide : Ressource pour conseillers*, Genève, Département de la Santé mentale et abus de substances psychoactives, Organisation mondiale de la santé, vi, 27 p., [En ligne], [[http://www.who.int/mental\\_health/media/counsellors\\_french.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_french.pdf)].

PATTON, M.Q. (2008). *Utilization-Focused Evaluation*, 4<sup>e</sup> édition, Thousand Oaks (Californie), Sage Publications, xx, 667 p.

PATTON, M.Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods*, 3<sup>e</sup> édition, Thousand Oaks (Californie), Sage Publications, 598 p.

RIDDE, V., et C. DAGENAI, sous la dir. de (2009). *Approches et pratiques en évaluation de programme*, Montréal, Les Presses de l'Université Montréal, coll. « Paramètres », 368 p.



[msss.gouv.qc.ca](http://msss.gouv.qc.ca)

