

CADRE DE RÉFÉRENCE

A stylized illustration of a lighthouse on a rocky island. The lighthouse is white with a black top section and a yellow light. A beam of light is shown as several yellow lines extending from the top right. The lighthouse is on a grey, jagged rock formation. Behind the lighthouse is a white, cloud-like shape. The background is a solid light blue.

**POUR L'IMPLANTATION DE
PROGRAMMES DE SENTINELLES
EN PRÉVENTION DU SUICIDE**

Membres du groupe de travail

Françoise Roy	Direction de santé publique de la Montérégie
Lise Cardinal	Direction de santé publique de la Capitale nationale
Lorraine Deschênes	Direction générale des services de santé et de médecine universitaire, MSSS
Nadine Ducharme	Direction de santé publique Laurentides
Suzanne Gérin-Lajoie	Direction de santé publique Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine
François Godin	Direction de santé publique de Laval
Ginette Martel	Agence de développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux de Lanaudière
Alain Rochon	Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
Édith St-Hilaire	Direction de santé publique de la Chaudière-Appalaches

Coordination des travaux

Pour le groupe de travail

Françoise Roy Direction de santé publique de la Montérégie

Pour la Table de concertation nationale en promotion-prévention (TCNPP)

Suzanne Auger Direction de santé publique de la Montérégie
Représentante de la TCNPP

Rédaction

Françoise Roy Direction de santé publique de la Montérégie

Secrétariat et corrections

Nicole Robinson Direction de santé publique de la Montérégie
Suzanne Fontaine Direction de santé publique de la Montérégie
Johanne Robert Direction de santé publique de la Montérégie

Le générique masculin est utilisé dans le but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

«Chacun et chacune, de la place qu'il occupe,
peut et doit prévenir le suicide.»

Morissette, 1984

Remerciements

De nombreux partenaires ont contribué à la conception ou à la démarche de validation du présent document. Bien que leur collaboration ait enrichi la qualité de ce document, celui-ci ne représente pas nécessairement le point de vue des collaborateurs.

Merci à :

Dominique Gagnon	Direction de santé publique de la Montérégie
Michael Sheehan	Juge de la cour du Québec et au Tribunal des droits de la personne
Danielle St-Laurent	Institut national de santé publique
Malorie Toussaint-Lachance	Direction de santé publique de la Montérégie

Ainsi qu'aux répondants du dossier santé mentale et suicide des Agences de développement des réseaux locaux de santé et de services sociaux (Groupe MSSS-Agences) : Maria Fortin, Hélène Bélanger-Bonneau, Lise Cardinal, Benoît Deschênes, Yves Guillemette, Alain Rochon, Janie Houle, Geneviève D'Amours, Marie-Thérèse Roberge, Suzanne Gérin-Lajoie, Édith St-Hilaire, François Godin, Ginette Martel, Nadine Ducharme, Dominique Gagnon et Richard Kouri.

Un merci également à l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS) d'avoir sollicité ses membres pour participer à la démarche de validation : Louis Lemay et Daniel Beaulieu

Enfin, merci à toutes les personnes qui ont accepté de répondre au questionnaire de validation de ce document, dans les différentes régions du Québec soit :

Bas St-Laurent

Suzelle Beaulieu
Mélanie Dumont
Maria Fortin
Renée Furlong
Françoise Larouche
Johanne Marquis
Christiane Michaud
Lise Roy
Carol Tremblay

Saguenay Lac St-Jean

Sylvie Audet
Hélène Bélanger-Bonneau
Sonia Boivin
Charles Caron
Mona Charest
Laurent Garneau
Françoise Lamontagne
Alain Ostiguy
Johanne St-Jean
Éric Villeneuve

Capitale Nationale

Jacques Bigaouette
Johanne Bolduc
Rodrigue Côté
Pascal Dassylva
Stéphane Girard
Isabelle Morin
Gemma Pelletier
Monique Rainville
Steeve Richard
Laurélie Trudel
Sylvie Vaillancourt

Mauricie-Centre du Québec

Sylvie Allard
Véronique Arès
Sophia Beaulieu
Annick Bellerive
Danielle Bérubé
Catherine Carignan
Jean-François Buisnière
Christiane Gagné
Lise Gaudet
Sophie Gaudette
Sylvie Genois
Pierre Giroux
Normand Lafrenière
Denise Rivard
Manon Toupin
Paula Vachon
Sandrine Vanhoutte

Estrie

Lucie Chouinard
André Duquette
Hector Filion
Serge Frigon
Nicolas Rouillard

Montréal

Karen Allen
Yannick Arseneault
Madeleine Breton
Brita Brown
Jean-Guy Charrette
Hélène Coutu
Claire Gagné
Janie Houle
Marianne Kuster
Raymonde Levasseur
André Majeau
Benoît Martinbeault
Mona Moscovitz
Lucie Martin
Pierre Pinard
Gérald Weintraus

Outaouais

Geneviève D'Amours
Nathalie Patry

Abitibi-Témiscamingue

Hélène Blais
Marianne Brassard
Margo Fortier
Louise Fortin
Jocelyne Gagnon
Sonia Paquette

Côte-Nord

Lucie Caron
Sylvie Desjardins
Jean-Pierre Dupont

Nord-du-Québec

Jean-Guy Goderre
Line Héon

Gaspésie-les-Iles-de-la-Madeleine

Michel Marion
Pascal Soucy
Lise Lurbiele

Chaudière-Appalaches

François Bergeron
Véronique Bourgault
Madeleine Caron
Valérie Craft
Jocelyn Deblois
Denise Deshayé
Claire Drouin
Chantale Dufour
Bertrand Huot
Nathalie Latulippe
Julie Lessard
Stéphanie Morin
Louise Paré
Carole Plante
Maud Provençal
Nathalie Sasseville
Lily Thibodeau
Jocelyn Viens

Laval

Natalie Brenshey
Geneviève Burlow
Ariane Lachapelle-Massie
Carole Larochelle
Danyelle Latreille
Charles Pinard
Christiane Rioux
Andréa Szabo
Alexandre St-Denis

Lanaudière

Marie-Josée Cossette
Mario Grondin
Patrice Laliberté
Serge Ouellette
Lyse Messier
Claudia Tremblay

Laurentides

Julie Campbell
Georges Décarie
Gilbert Filion
Denyse Lafontaine
Diane Larose
Louise Picard
Michèle Thomas

Montérégie

François Belisle
Ariane Blouin
Marie Boissonnault
Michel Bourbeau
Maryse Brochu
Anne-Marie Cartier
Jacques Dessureault
Julie De Serres
Claude de Varennes
Julie Dufort
Isabelle Duguay
Lorraine Dupont
Jean-Jacques Élie
Lisette Forcier
Nathalie Fortier
Mélanie Francis
Dominique Gagnon
Xénia Halmov
Marie Julien
Madeleine Lagarde
Diane Laurent
Philippe Lelièvre
André Mortelmans
Josée Ouimet
Alain Paquette
Frédéric Pelletier
Chantal Plamondon
Malorie Toussaint-Lachance

Nunavik

Barbara Northrup
Carole Beaulieu

Organisations provinciales

Association québécoise de prévention du suicide (AQPS) :
Louis Lemay et Daniel Beaulieu

Union de producteurs agricoles (UPA) :
Diane Fortin

Conseil Central de la FTQ :
Daniel Champagne

Table de concertation nationale en promotion-prévention (TCNPP)

Préambule

En 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), dans son Programme national de santé publique (PNSP) 2003-2012 recommandait, entre autre, d'intensifier l'établissement de réseaux de sentinelles comme mesure permettant de contribuer à la réduction des comportements suicidaires et des suicides. Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 du MSSS, dans son volet promotion-prévention, appuie les recommandations du PNSP au regard de la stratégie des sentinelles. Toutefois, bien que le PNSP définisse les sentinelles comme « ... des personnes formées et soutenues pour reconnaître les personnes suicidaires et les accompagner vers des ressources d'aide »¹, il ne propose pas de balises pour en guider l'implantation. Cette absence de balises est d'ailleurs déplorée par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) dans son *Avis scientifique sur la prévention du suicide auprès des jeunes* (2004).

Face à ce constat, en octobre 2004, l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS), en collaboration avec la Direction de santé publique (DSP) de la Montérégie, invitait les représentants d'organismes impliqués dans la prévention du suicide, tels les centres de prévention du suicide (CPS), les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les agences de développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux (ADRLSSS) afin de faire le point sur les sentinelles au Québec.

En février 2005, la Table de coordination nationale de santé publique (TCNSP) et la Table de concertation nationale en promotion-prévention (TCNPP), à la demande des répondants du dossier santé mentale et suicide des Agences, ont mandaté un groupe de travail afin de proposer au MSSS des balises pour l'implantation de programmes de sentinelles en prévention du suicide au Québec.

¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*. 133 p.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ACRONYMES	9
Introduction	10
Partie I - La Problématique	13
1.1 Cadre théorique du problème du suicide.....	13
1.2 L'ampleur du problème ^{et}	16
Partie II - L'impact des programmes de sentinelles en prévention du suicide	20
2.1 Les évaluations d'implantation au Québec	20
2.2 Les évaluations d'impacts.....	23
Partie III - Les composantes d'un programme de sentinelles en prévention du suicide	25
3.1 Les principes éthiques et les valeurs associés aux programmes de sentinelles en prévention du suicide.....	27
3.2 Qui sont les sentinelles ?	30
3.3 Quel est leur rôle ?	31
3.4 L'hypothèse d'un programme de sentinelles	34
3.5 Le but et les objectifs de l'implantation de programmes de sentinelles.....	36
3.6 La contribution d'un programme de sentinelles à la prévention du suicide	37
3.7 Les étapes d'implantation	39
3.7.1 Au préalable, une étape organisationnelle : S'approprier le cadre de référence et préciser les rôles et responsabilités des partenaires impliqués dans l'implantation de programmes de sentinelles.....	41
3.7.2 Étape 1 : Prioriser un groupe à risque ou vulnérable et choisir un milieu d'implantation.....	45
3.7.3 Étape 2 : Susciter l'adhésion du milieu ciblé	47
3.7.4 Étape 3 : Prévoir l'arrimage entre les ressources du milieu ciblé et les ressources du réseau de santé et de services sociaux du territoire	49
3.7.5 Étape 4 : Recruter et sélectionner les sentinelles.....	50
3.7.6 Étape 5 : Former les sentinelles	52
3.7.7 Étape 6 : Assurer le soutien aux sentinelles.....	54
3.7.8 Faire le monitoring et le suivi de l'implantation.....	55
Partie IV - Les conditions de réussite pour l'implantation d'un programme de sentinelles	57
Conclusion.....	61

Figure :

Figure 1	Sphères d'influence du modèle écologique de White et Jodoin (1998)	14
----------	--	----

Liste des tableaux :

Tableau 1	Taux annuel moyen brut de mortalité par suicide taux pour 100 000 personnes selon le sexe, Québec, 1982-1984 à 2000-2002.....	17
Tableau 2	Répartition (%) des décès selon le sexe, Québec, 1981 à 2002	17
Tableau 3	Répartition des décès (%) selon l'âge au Québec, 1981 à 2002	18
Tableau 4	Taux annuel moyen ajusté de mortalité par suicide (taux pour 100 000 personnes) selon la région sociosanitaire, 1983-1987 à 1998-2002	19

Liste des schémas :

Schéma 1	Les composantes du Cadre de référence	26
Schéma 2	Algorithme de décision en lien avec le rôle des sentinelles	33
Schéma 3	Les étapes d'implantation d'un programme de sentinelles	39

Liste des annexes :

Annexe 1	Les facteurs associés au suicide.....	63
Annexe 2	Le contexte légal de la prévention du suicide au Québec.....	68
Annexe 3	Grille d'analyse des particularités du milieu	73

LISTE DES ACRONYMES

ADRLSSS	Agence de développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux
AQPS	Association québécoise de prévention du suicide
CDC	Center for Disease Control
CJ	Centres jeunesse
CLSC	Centre local des services communautaires
CPS	Centre de prévention du suicide
CR	Centre de réadaptation
CRISE	Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DSP	Direction de santé publique
ESQ	Enquête sociale et de santé du Québec
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des nations unies
PAE	Programme d'aide aux employés
PAL	Plan d'action local de santé publique
PNSP	Programme national de santé publique
TCNPP	Table de concertation nationale en promotion-prévention
TCNSP	Table de coordination nationale de santé publique

Introduction

Le mot sentinelle tire son origine du latin *Sentire* qui signifie **entendre**. L'expression sentinelle fait référence à « Personne, soldat qui a la charge de faire le guet devant un lieu occupé par l'armée, de protéger un lieu public, etc. » (Le petit Robert, 2002)². On réfère à un *guetteur* comme étant un « Homme posté au haut d'un beffroi et chargé d'annoncer les dangers en faisant sonner la cloche » (Le petit Robert, 2002)³. Le terme sentinelle, utilisé dans le vocabulaire militaire, a été repris dans différents domaines, notamment en toxicomanie, en médecine et en sécurité routière, avant de l'être dans celui de la prévention du suicide (Flario et al., 1996; Harrington, Putnam, Waters et Colt, 1989; Politzer, 1987) rapporté dans Roy (2004). La sentinelle a donc un rôle de relais entre le danger (risque de suicide) et les ressources qui peuvent intervenir auprès des personnes suicidaires.

Il est difficile de préciser spécifiquement à quel moment est apparue la stratégie des sentinelles en prévention du suicide. Toutefois, en 1992, le Center for Disease Control (CDC) et en 1996, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), proposaient l'élaboration ou le maintien de programmes de formation à l'intention de sentinelles en prévention du suicide.

Dans quelques régions du Québec, il existait déjà des programmes relevant de la même préoccupation, c'est-à-dire de repérer les personnes suicidaires et de les orienter vers les ressources appropriées (Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, Saguenay Lac-St-Jean, Montérégie, etc.). Toutefois, c'est en 1998, alors que le MSSS, dans sa *Stratégie québécoise d'action face au suicide*, recommande la mise en place de programmes de sentinelles pour rejoindre les groupes à risque, qu'on voit émerger plusieurs programmes de types sentinelles dans différentes régions du Québec : Chaudière-Appalaches, Capitale nationale, Outaouais, Bas St-Laurent, Côte Nord, Laurentides, etc. Toutefois, l'inventaire de ces programmes, réalisé par Filion (2004), a fait ressortir des disparités importantes quant aux objectifs poursuivis (la mise en place d'un filet de sécurité, le repérage ou même l'intervention auprès des personnes suicidaires), la définition des sentinelles, leur rôle, la formation ainsi que les modalités d'implantation.

² Robert, P. (2002). Le petit Robert 1 : *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française* (nouvelle édition, revue, corrigée et mise à jour). Paris, p. 2407

³ *ibid.* p. 1229

Le Cadre de référence pour l'implantation de programmes de sentinelles en prévention du suicide propose une vision structurante de cette pratique et a pour objectifs de :

- a) Définir qui sont les sentinelles et quel est leur rôle;
- b) Identifier la contribution des programmes de sentinelles à la prévention du suicide;
- c) Préciser les étapes d'implantation d'un programme de sentinelles en prévention du suicide, et;
- d) Définir les conditions de réussite pour l'implantation de tels programmes au Québec.

Ce cadre de référence s'adresse aux personnes interpellées par l'implantation de programmes de sentinelles sur un territoire de CSSS : les responsables de l'actualisation des plans d'actions locaux de santé publique (PAL), les partenaires qui auront à partager différents rôles et responsabilités au regard de l'implantation, des services à offrir aux personnes suicidaires et du soutien pour les sentinelles, ainsi que les formateurs des sentinelles. De plus, il sera utile pour les milieux où s'implantent ces programmes.

Les balises proposées s'appliquent à toutes les clientèles (jeunes, adultes et personnes âgées) et aux différents milieux (scolaire, de travail, etc.), à la condition qu'elles soient ajustées aux particularités des groupes ou milieux ciblés, tout comme aux réalités régionales et locales dans lesquelles s'implantent ces programmes.

Ce document est issu d'une recherche de consensus et propose des balises qui visent l'utilisation d'un langage commun ainsi que le déploiement de cette stratégie dans l'ensemble du Québec.

Ce document est divisé en quatre parties. Selon le niveau de connaissance de chaque lecteur concernant la problématique du suicide et les programmes de sentinelles, il est possible de se référer directement à l'une ou l'autre de ces parties dans ce document.

La première partie du *Cadre de référence* présente le cadre théorique du problème, permettant ainsi de comprendre la problématique du suicide et ses facteurs associés, en plus de décrire l'ampleur du problème au Québec.

La deuxième partie présente quelques évaluations d'implantation de programmes québécois et des évaluations d'impacts ayant servi de base aux recommandations du présent document .

La troisième partie propose les principes éthiques et les valeurs devant guider l'action, définit qui sont les sentinelles et quel est leur rôle auprès des personnes suicidaires, présente l'hypothèse causale ainsi que le but et les objectifs de la mise en œuvre de programmes de sentinelles. De plus, cette partie situe la contribution des programmes de sentinelles à la prévention du suicide et présente les étapes d'implantation.

La quatrième partie insiste sur les conditions de réussite pour favoriser à la fois l'implantation de programmes de sentinelles au niveau local, le déploiement de cette mesure à travers le Québec et sa contribution à la prévention du suicide.

Partie I - La Problématique

Cette partie présente le cadre théorique de la problématique du suicide et en situe l'ampleur au Québec.

1.1 Cadre théorique du problème du suicide⁴

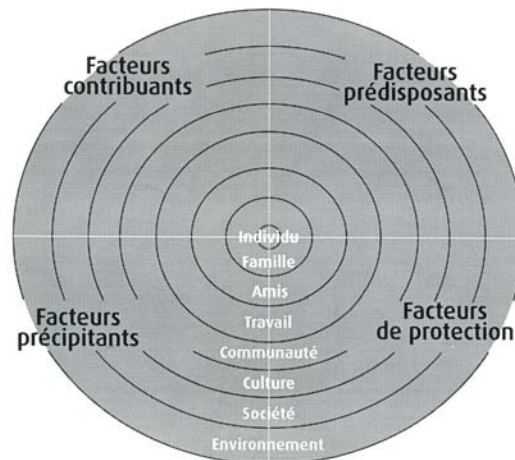
Il n'existe pas de modèle théorique spécifique qui fasse l'unanimité concernant le problème du suicide. Plusieurs approches ont tenté de l'expliquer sous un angle psychologique, sociologique, culturel, médical, etc. Chacune d'elles propose, en conséquence, des interventions spécifiques. Le principal consensus porte sur le fait que le suicide ne s'explique pas par un seul ordre de facteurs mais plutôt par une compréhension multidimensionnelle et multifactorielle du problème. Les stratégies pour y faire face doivent être cohérentes avec cette vision.

Au Québec, le modèle écologique de Bronfenbrenner (1977) a fréquemment servi d'appui au développement des stratégies et des pratiques en prévention du suicide. Ce modèle fournit un cadre d'analyse qui tient compte non seulement des caractéristiques individuelles, mais aussi de l'interaction entre la personne et son environnement (famille, amis, environnement culturel et social, etc.). Il rend compte de l'aspect multifactoriel du problème et de l'importance des interactions entre les différents facteurs associés aux comportements suicidaires.

Le modèle développé par White et Jodoin (1998), adapté du modèle écologique de Bronfenbrenner (1977), est retenu dans ce document pour situer la compréhension du problème du suicide.

⁴ Tiré et adapté de : Association québécoise de prévention du suicide (2003). Programme accrédité de formation. Intervention en situation de crise suicidaire.

Figure 1 Sphères d'influence du modèle écologique de White et Jodoin (1998)



Tel qu'illustré à la figure 1, l'individu est au centre du modèle et, autour de lui, interviennent différentes sphères d'influence : la famille, les pairs, le milieu de travail, la communauté, la culture, la société et l'environnement. Les conduites suicidaires s'expliquent par l'interaction entre l'individu et les différentes sphères d'influence qui l'entourent. Pour bien comprendre les comportements suicidaires, il est nécessaire de considérer une diversité de facteurs : les facteurs prédisposants, contributifs, précipitants et de protection (voir annexe 1).

Les facteurs prédisposants rendent la personne plus vulnérable au suicide. Ils sont reliés à son histoire de vie et constituent, en quelque sorte, la plate-forme sur laquelle la personne évolue. Les facteurs prédisposants sont liés au réseau familial (histoire familiale de suicide, de violence et d'abus, pertes vécues en bas âge, etc.) et à l'entourage (isolement, manque de lien significatif, banalisation du suicide, etc.). Ils comprennent aussi tous les facteurs liés aux caractéristiques de la personne elle-même (troubles mentaux, dépendances, etc.). La présence de facteurs prédisposants crée une grande fragilité chez un individu, et ce, avant même qu'un événement ne vienne perturber son état d'équilibre.

Les facteurs contributifs sont les comportements ou les événements qui accentuent le niveau de risque présent. Notons l'intoxication, le manque d'habiletés d'adaptation, l'instabilité familiale, le manque de ressources dans le milieu immédiat et éloigné, etc.

Les facteurs précipitants sont ceux qui agissent comme déclencheurs de la crise suicidaire. L'échec, l'humiliation, le rejet, la peine d'amour, la crise disciplinaire ou tout autre événement de vie récent et difficile qui déstabilise la personne dans sa façon de voir et de comprendre les événements. Selon l'histoire de vie de chacun, les facteurs précipitants peuvent induire un état de vulnérabilité ou de désorganisation face aux capacités d'adaptation normalement utilisées par la personne.

Les facteurs de protection sont les conditions qui réduisent l'impact des facteurs contributifs et prédisposants. La présence de modèles sains, la disponibilité de ressources dans l'entourage, de bonnes habiletés sociales et des stratégies d'adaptation adéquates sont quelques-uns des facteurs qui protègent la personne vivant dans l'adversité, en élargissant son éventail de solutions devant les situations difficiles.

Le suicide est un phénomène complexe. C'est une multitude de facteurs et une certaine interaction entre ceux-ci, à un moment particulier de la vie d'une personne, qui rendent la crise suicidaire possible ou imminente. La détresse et le désespoir sont des éléments importants dans la vulnérabilité individuelle et la présence d'idéations suicidaires.

La trajectoire suicidaire de chaque individu est unique. En effet, le suicide et les comportements suicidaires ne suivent ni un tracé linéaire, ni une trajectoire prévisible. Les routes qui y mènent sont variées, ce qui rend particulièrement difficile le repérage des personnes qui poseront un geste suicidaire avant qu'elles ne présentent certains signes précurseurs. Les facteurs associés diffèrent d'un individu à l'autre et leurs poids respectifs varient également selon les individus.

Bien que les facteurs individuels jouent un rôle important et qu'ils soient plus faciles à déceler dans le cheminement d'un individu, les facteurs sociaux (provenant de la communauté, de la culture et de l'environnement) jouent également un rôle important dans l'explication des suicides dans une société. On fait référence, entre autres, aux conditions de vie, aux croyances, aux normes et attitudes sociales face au suicide, à l'accessibilité aux moyens, aux ressources disponibles dans le milieu, etc.

Bien qu'un ensemble d'éléments soient nommés comme faisant partie des facteurs associés au suicide, l'état actuel des connaissances permet d'identifier les personnes ou les groupes les plus à risque de suicide. Les personnes présentant des facteurs de comorbidité, comme les problèmes de dépendance et de santé mentale, sont particulièrement à risque, notamment les hommes adultes.

1.2 L'ampleur du problème⁵ et ⁶

N.B : cette partie sera complétée vers le 7 décembre par l'INSPQ avec les données 2003, disponibles depuis peu.

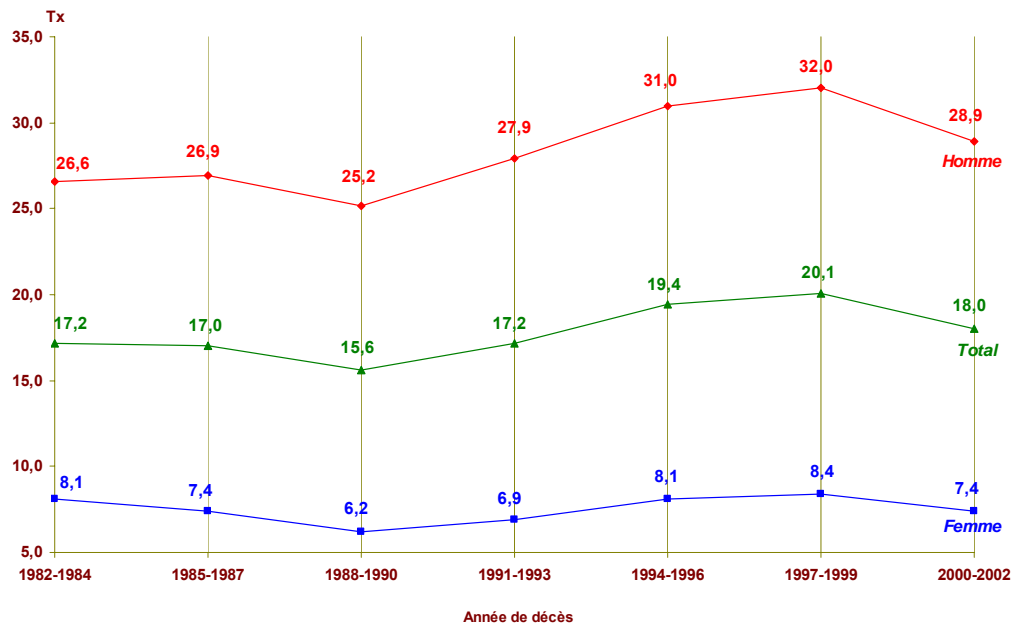
Selon l'INSPQ (2004), « La santé mentale, la violence et le suicide sont devenus des préoccupations de première importance dans notre société. » Plusieurs indicateurs sociosanitaires confirment les conséquences alarmantes du suicide, soit en termes de mortalité par suicide, d'années potentielles de vie perdues, de prévalence des tentatives de suicide, etc. De plus, le suicide a un impact significatif autant chez les endeuillés par suicide que dans la communauté où il survient. Selon l'OMS (2002) ceci représente un nombre important de personnes, puisque cela inclut les contacts personnels et familiaux établis tout au long de la vie dans la communauté.

Depuis les vingt dernières années au Québec, on note une légère augmentation des taux de suicide, passant de 17,2 par 100 000 personnes en 1982-1984 à 18,0 en 2000-2002 (Tableau 1). Cette augmentation est surtout attribuable à l'augmentation des taux chez les hommes (26,6 à 28,9) puisqu'on note une diminution des taux chez les femmes (8,1 à 7,4). Toutefois, il faut noter que les années 1994 à 1999 ont connu des taux de suicides plus élevés. 1997-1999 a connu le taux le plus élevé, atteignant 32,0 par 100 000 personnes.

⁵ Partie développée par Madame Danielle St-Laurent, INSPQ (2005)

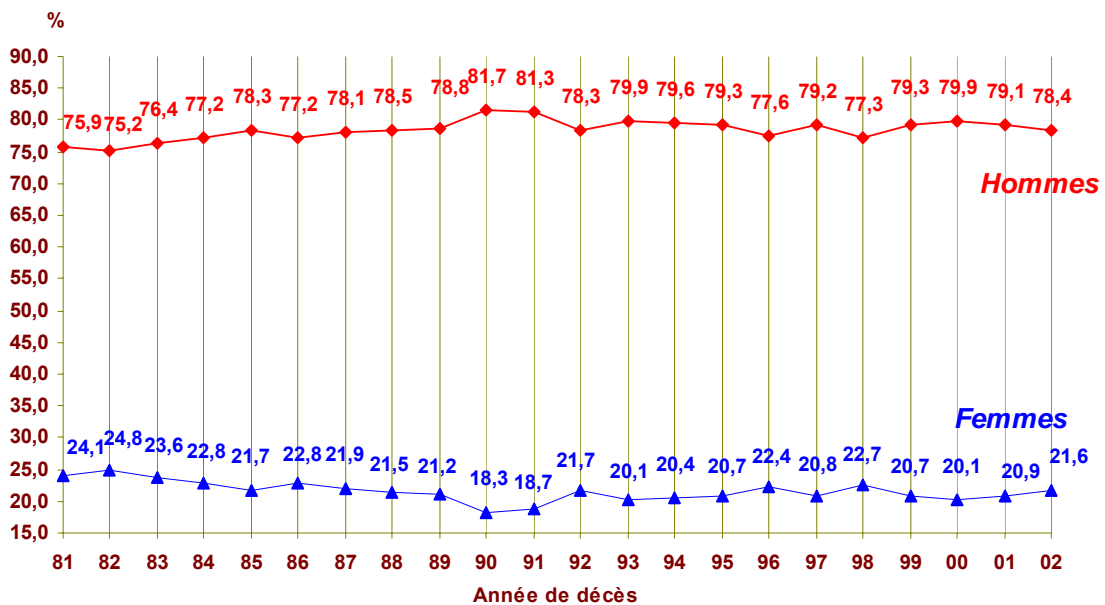
⁶ les tableaux sont tirées de : Lucie Ross et Stéphane Prévost (service de la surveillance de l'état de santé), direction générale de la santé publique, MSSS. *Profil de suicides au Québec 1981-2002, mise à jour en 2005*

Tableau 1 : Taux annuel moyen brut de mortalité par suicide taux pour 100 000 personnes selon le sexe, Québec, 1982-1984 à 2000-2002



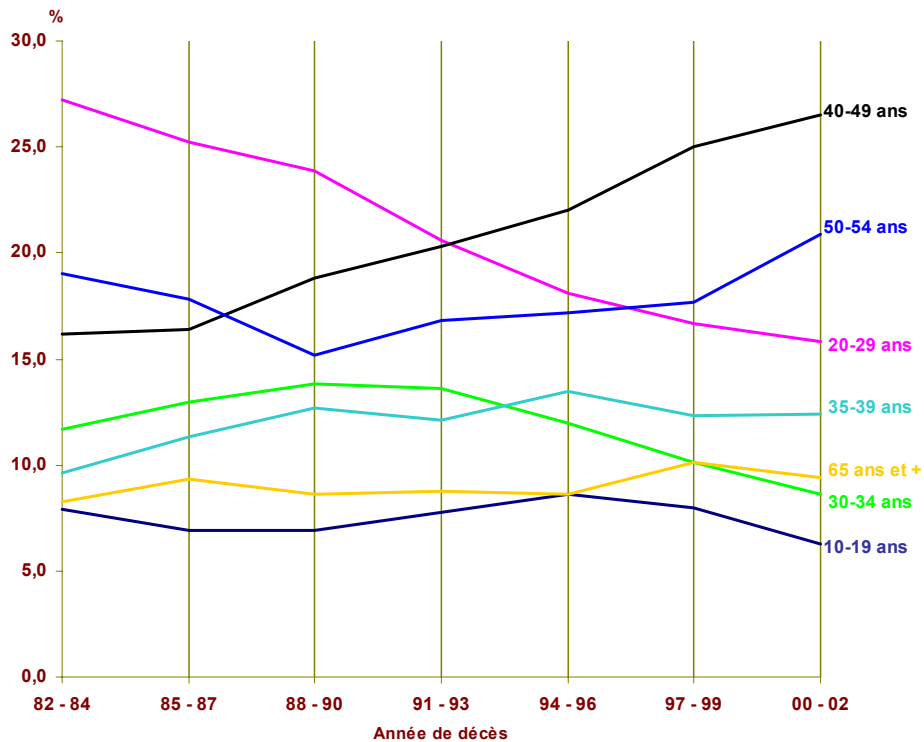
Le tableau 2 démontre bien la différence marquée des taux de suicide entre les hommes et les femmes. Depuis plusieurs années, les hommes représentent près de 80 % des décès par suicide au Québec, et ce dans tous les groupes d'âge.

Tableau 2 : Répartition (%) des décès selon le sexe, Québec, 1981 à 2002



C'est le groupe d'âge des 40 à 49 ans qui est le plus touché par les décès par suicide au Québec, suivi des 50 à 54 ans (Tableau 3). Par contre, bien que près de 2,5 % des décès sont attribuables aux suicides, le poids de ces mortalités n'est pas le même pour tous les groupes d'âge : les 15 à 19 ans et les 20-29 ans totalisent le tiers de tous les décès et le suicide est, pour ces groupes d'âge, la première cause de mortalité au Québec.

Tableau 3 : Répartition des décès selon l'âge(%), Québec, 1982-1984 à 2000-2002



L'ampleur du phénomène n'est pas le même dans toutes les régions du Québec. Tel que présenté au Tableau 4, pour les années 1998-2002, on constate que les régions de Nunavik, de l'Abitibi-Témiscamingue, du Nord-du-Québec, de la Chaudière-Appalaches et de la Mauricie-Centre-du-Québec, ont les taux les plus élevés de suicide. Tandis que les régions de Montréal, de Laval, de la Montérégie et de la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine ont les taux de suicide les plus bas. Toutefois, il faut être prudent dans l'interprétation de ces données. Une région, comme Montréal, peut se retrouver avec des bas taux de suicide, mais avoir le plus grand nombre de suicides au Québec.

**Tableau 4 Taux annuel moyen ajusté* de mortalité par suicide
(taux pour 100 000 personnes) selon la région sociosanitaire,
1983-1987 à 1998-2002**

Région sociosanitaire	1983-1987	1988-1992	1993-1997	1998-2002
Bas-Saint-Laurent	17,8	17,4	19,0	25,3
Saguenay—Lac-Saint-Jean	17,4	17,9	22,4	20,3
Capitale-Nationale	18,4	17,6	21,2	24,0
Mauricie et Centre-du-Québec	18,6	19,3	23,3	25,2
Estrie	18,6	18,3	21,7	21,2
Montréal	17,0	13,0	15,8	14,8
Outaouais	19,3	17,7	20,2	19,4
Abitibi-Témiscamingue	27,3	23,6	27,1	28,1
Côte-Nord	16,5	17,7	26,6	24,4
Nord-du-Québec	18,7*	16,7*	21,9*	25,8*
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	19,2	15,1	17,0	16,7
Chaudière-Appalaches	21,6	19,9	26,5	25,5
Laval	13,5	12,2	16,6	14,9
Lanaudière	19,8	17,6	18,9	20,9
Laurentides	18,4	19,0	19,9	20,5
Montérégie	15,6	14,6	16,4	16,4
Nunavik	29,6*	54,7*	68,4*	103,9
Terres-Cries-de-la-Baie-James	9,1*	12,5*	9,3*	2,3*
Ensemble du Québec	17,7	16,0	19,1	19,4

* Ces résultats sont à titre d'indicatif dus aux faibles effectifs ; à ne pas utiliser à des fins d'interprétation et de comparaison.

Partie II - L'impact des programmes de sentinelles en prévention du suicide

Cette partie présente les évaluations d'implantation de quelques programmes de sentinelles implantés au Québec depuis 1998 ainsi que quelques évaluations d'impacts de programmes de sentinelles réalisées en Amérique du Nord et en Europe.

En premier lieu, il faut noter que les programmes de sentinelles existants au Canada, aux États-Unis et dans quelques pays européens révèlent passablement de variabilité, de divergences et d'ambiguïtés quant aux concepts, particulièrement quant à l'identification des sentinelles et à leur rôle face aux personnes suicidaires. Ces constats invitent donc à la prudence dans l'interprétation et la généralisation des résultats.

2.1 Les évaluations d'implantation au Québec

Dans une étude réalisée en 2004, Filion révèle que la moitié des régions du Québec avaient implanté ou implantaient des programmes de type sentinelles en prévention du suicide. Parmi les programmes implantés, seules les régions de Chaudière-Appalaches⁷, de la Capitale nationale⁸, de la Côte Nord⁹ et des Laurentides¹⁰ ont effectué des évaluations d'implantation. Cette section présente les principales observations des évaluations de programmes, publiées entre 2002 et 2005.

Parmi les résultats des évaluations, seuls les éléments ayant servi de guide pour les étapes d'implantation (point 3.7) sont rapportés : la collaboration entre les partenaires, la promotion d'un programme de sentinelles, la formation des sentinelles et le soutien à leur apporter.

⁷ St-Hilaire, E. *Évaluation de l'implantation du programme de formation de sentinelles* Régie régionale de la santé et des services sociaux Chaudière-Appalaches, Direction de la Santé publique. 2002.

⁸ Cardinal, L., Rainville., M. *Évaluation de l'implantation de trois projets de sentinelles en prévention du suicide*. DSP Québec, 2004.

⁹ Centre de prévention du suicide de la Côte-Nord. *Évaluation de l'implantation d'un réseau de sentinelles en milieu rural sur la Côte-Nord*. Avril 2003

¹⁰ Filion, G. *Évaluation d'un programme cadre de formation en prévention du suicide sur le territoire de la MRC d'Antoine-Labelle*, Saint-Jérôme, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides Direction de santé publique des Laurentides. 2005.

La collaboration avec les partenaires

Les auteurs des évaluations s'entendent pour dire que l'accès aux services est un enjeu d'importance majeure pour la mise en œuvre de programmes de sentinelles sur un territoire, étant donné l'impact des références des personnes suicidaires repérées par les sentinelles vers les ressources d'aide appropriées.

De plus, ces mêmes auteurs insistent sur l'importance de l'arrimage (trajectoire de services, suivi aux sentinelles, etc.) et de définir les rôles respectifs des partenaires concernés. Ils ajoutent que ce partage des rôles et responsabilités doit être le plus clair possible surtout lorsque plus d'un organisme assure le leadership du projet.

La promotion du programme

En premier lieu, les auteurs s'entendent pour dire que l'implantation d'un programme de sentinelles a été plus facile dans les milieux plus sensibilisés ou touchés par la problématique (la présence d'autres programmes de prévention dans le milieu ciblé, un décès par suicide, etc.). Les évaluations indiquent qu'il est plus facile de rejoindre les milieux communautaires ou de services sociaux que les entreprises privées. Certains suggèrent de profiter des opportunités qui se présentent (contacts personnels, intérêts du milieu, etc.) pour ouvrir les portes et rejoindre une clientèle à risque. La collaboration d'une personne impliquée et connue du milieu est un élément facilitant la promotion du programme ainsi que le recrutement.

Parmi les raisons évoquées pour ne pas s'impliquer dans un programme de sentinelles, on y retrouve la crainte que le sujet crée un effet d'entraînement sur les taux de suicide (en parler donne l'idée) ou encore d'être débordés par des demandes d'aide et de référence de personnes suicidaires.

Le rôle du coordonnateur du projet

Les auteurs indiquent qu'un coordonnateur devrait être nommé afin de prendre en charge l'implantation de programmes de sentinelles sur un territoire. Cette personne assure le lien entre les sentinelles, l'organisme responsable du programme, les ressources d'aide pour les personnes suicidaires et les ressources qui offrent le soutien aux sentinelles.

Les auteurs proposent que cette personne possède des qualités de leadership et de gestion, et indiquent que sa connaissance pour la problématique du suicide est un atout important pour favoriser l'implication de façon continue (rétention) de cette personne dans le programme.

La formation des sentinelles

L'évaluation de la satisfaction des participants au regard de la formation révèle que l'aspect le plus souvent nommé comme insatisfaisant réfère au manque de connaissance des ressources d'aide du milieu. De plus, les résultats des évaluations ont démontré une plus grande insatisfaction quant à la formation, lorsque le formateur était moins expérimenté par rapport à la problématique du suicide.

Les auteurs des évaluations s'entendent pour dire que le formateur doit posséder une bonne connaissance de la problématique du suicide, une maîtrise du contenu de formation ainsi qu'une bonne capacité à transmettre l'information (compétences pédagogiques).

Concernant le contenu et les stratégies pédagogiques, les auteurs indiquent qu'ils doivent être cohérents avec les rôles attendus des sentinelles. En ce sens, ils recommandent l'utilisation des mises en situation et des exemples concrets pour faciliter l'apprentissage.

Le soutien aux sentinelles

Les auteurs des évaluations d'implantation notent l'importance de mettre en place des mesures de soutien pour les sentinelles, notamment le soutien téléphonique 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Il semble qu'autant les responsables de l'implantation de programmes que les sentinelles elles-mêmes se soient entendus sur ce sujet.

Les auteurs des évaluations constatent qu'une rencontre de suivi, quelques temps après la formation, est un élément qui est souhaité par les participants et qui permet de préciser les limites du rôle, les mécanismes pour recevoir du soutien, de répondre aux questionnements sur des éléments abordés en formation, etc.

En conclusion, malgré quelques différences entre les programmes de sentinelles expérimentés au Québec, les résultats des évaluations d'implantation convergent sur l'importance de certains éléments, particulièrement l'arrimage des services pour les personnes suicidaires et le soutien aux sentinelles dans l'exercice de leur rôle.

2.2 Les évaluations d'impacts

Plusieurs auteurs s'entendent pour dire que, jusqu'à maintenant, aucune évaluation n'a pu démontrer les effets directs des programmes de type sentinelles en prévention du suicide sur les comportements suicidaires, notamment en raison des difficultés méthodologiques que ce type d'évaluation comporte (Potter et Stone, 2003; Ploeg et al., 1996; Santé Canada, 1994; Sylverman, Davidson et Potter, 2001; Frederico et Davis, 1996, cité dans l'INSPQ, 2004). Par contre, ces mêmes auteurs indiquent que la majorité des études ont démontré un effet positif sur l'augmentation des connaissances et des attitudes adéquates des sentinelles face à une personne suicidaire.

La nature des évaluations d'impacts est très variable. On y retrouve autant des constats, des résultats d'études que des recommandations de groupes d'experts. Il faut donc mentionner que toutes les études citées dans ce document n'ont pas la même valeur en terme de validité, notamment puisque la méthodologie des études n'est pas uniforme. Ces évaluations sont parfois même contradictoires. Les résultats d'impacts présentés dans cette partie sont de trois (3) ordres : sur les comportements suicidaires, sur la demande d'aide des personnes suicidaires ainsi que sur les sentinelles formées.

Impact sur les comportements suicidaires

Tel que cité par l'INSPQ dans l'*Avis sur la prévention du suicide chez les jeunes*, (2004), bien qu'aucune étude n'a réellement évalué leur impact sur les comportements suicidaires ou sur la capacité des sentinelles à jouer le rôle souhaité par ces programmes, un groupe d'experts américains a estimé que les programmes de sentinelles étaient susceptibles de réduire de 12 % les suicides des jeunes (Eddy, Wolpert et Rosenberg, 1987).

Impact sur la demande d'aide des personnes suicidaires

En 1992, le CDC a remarqué une augmentation du volume de demandes auprès des ressources d'aide suite à la formation de sentinelles. Toutefois, certains auteurs, comme

White et Jodoin (1998), font certaines mises en garde concernant le risque qu'un grand nombre d'orientations inappropriées encombrant un réseau de services déjà fortement sollicité

Impact sur les sentinelles formées

Selon St-Hilaire (2002) et Dupont (2003), les participants à des programmes de sentinelles se disent plus confiants en leurs habiletés et s'estiment plus aptes à identifier les personnes suicidaires. De plus, l'OMS (2002)¹¹ s'inquiète de l'impact de l'investissement des sentinelles dans un rôle qui dépasserait leurs capacités, comme d'être privé de l'aide professionnelle dont les personnes suicidaires auraient besoin. C'est entre autre pour ces raisons que le CDC (1992) et White et Jodoin (1999) indiquent que le soutien des personnes sentinelles par des professionnels (ex.: psychologue dans une école, intervenant dans un CPS) et des rencontres de suivi, entre autres, sont un incontournable à l'implantation de programmes de sentinelles.

De plus, l'évaluation réalisée par St-Hilaire (2002) indique que malgré qu'il est impossible d'identifier les impacts sur les comportements suicidaires, leur programme de sentinelles aura permis à des milliers de personnes de se sentir davantage concernées par la problématique du suicide.

En conclusion, tous les auteurs cités s'entendent sur le fait que ce type de programmes offre un potentiel préventif intéressant et sont d'autant plus pertinents lorsque d'autres actions complémentaires (ex. : mise en place de services de crise, formation des intervenants de première ligne, etc.) viennent s'ajouter, renforçant ainsi le filet de sécurité autour des personnes suicidaires.

¹¹ Organisation mondiale de la santé (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé. Chapitre 7 : La violence dirigée contre soi*. Genève, pp. 203-206.

Partie III - Les composantes d'un programme de sentinelles en prévention du suicide

Cette troisième partie présente les valeurs sous-jacentes à la mise en œuvre d'un programme de sentinelles, précise qui sont les personnes sentinelles et quel est leur rôle. De plus, elle présente l'hypothèse d'un tel programme, ses objectifs et sa contribution à la prévention du suicide. Finalement les étapes d'implantation sont présentées dans une séquence logique.

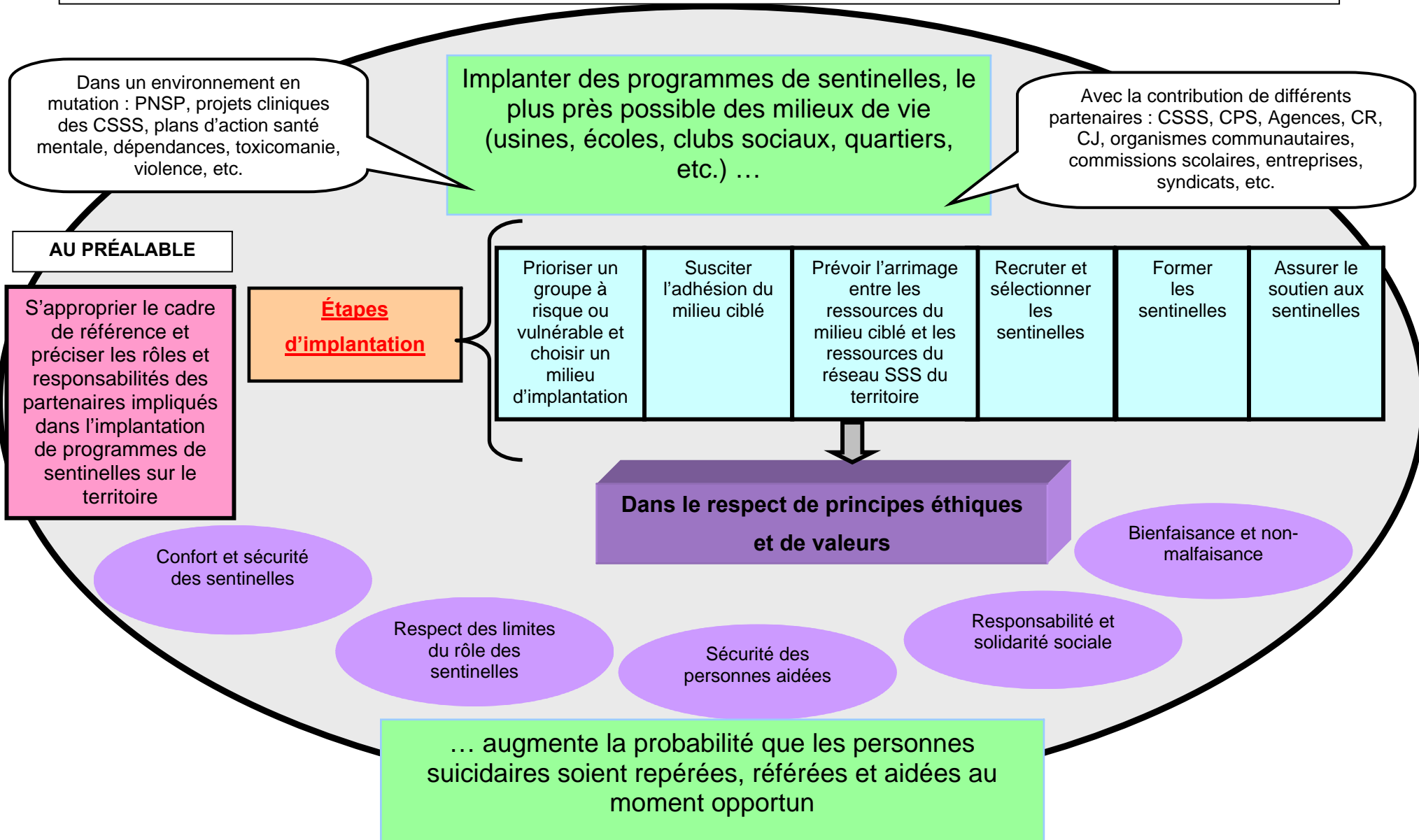
En premier lieu, une vue d'ensemble des composantes du cadre de référence est présentée dans un schéma intégrateur (voir schéma 1), permettant ainsi de voir rapidement que l'implantation de programmes de sentinelles est possible dans différents milieux (usines, écoles, quartiers, clubs sociaux, etc.). Il faut également considérer que l'implantation des programmes de sentinelles est influencée par un environnement en mutation où il faut tenir compte des orientations gouvernementales, régionales ou locales, en plus des plans d'actions en santé mentale, dépendance, violence, etc.

Ensuite, l'implantation doit se faire avec la collaboration de différents partenaires du territoire dans le but de mettre en place un filet de sécurité autour des personnes suicidaires : centre de santé et de services sociaux, (CSSS), centre de prévention du suicide (CPS), centres de réadaptation, centres jeunesse, ADRLSSS, organismes communautaires, commissions scolaires, entreprises, syndicats, etc.

Enfin, l'implantation d'un programme de sentinelles dans un milieu ciblé comporte une succession d'étapes qui sont influencées par des principes éthiques et des valeurs visant à assurer la sécurité des personnes suicidaires et des sentinelles.

Ainsi les programmes de sentinelles, implantés le plus près possible des milieux de vie, augmentent la probabilité que les personnes suicidaires soient repérées, référées et aidées au moment opportun.

Schéma 1 LES COMPOSANTES DU CADRE DE RÉFÉRENCE POUR L'IMPLANTATION DE PROGRAMMES DE SENTINELLES EN PRÉVENTION DU SUICIDE



3.1 Les principes éthiques et les valeurs associés aux programmes de sentinelles en prévention du suicide

Le domaine de la prévention du suicide est un domaine complexe, multifactoriel et porteur d'enjeux de vie et de mort. Face à cette problématique, des principes éthiques et des valeurs sont identifiés afin de guider les actions de la prévention du suicide au Québec.

Le Programme national de santé publique (PNSP) 2003-2012 propose des repères généraux pour guider l'action. Ces principes éthiques constituent des balises pertinentes pour chacune des cibles d'action du PNSP, dont le programme de sentinelles.

« ... Les valeurs et les principes éthiques marquent des orientations, des préoccupations, des attitudes à privilégier ou des règles à respecter. Le recours aux valeurs et aux principes éthiques, dans un contexte de planification ou de pratique, favorise en effet la discussion et les débats lorsque s'opposent diverses convictions, opinions ou justifications tout aussi défendables les unes que les autres. La référence à ces valeurs et à ces principes ne doit pas donner lieu à une application mécaniste et linéaire, mais plutôt inviter à la réflexion et à donner des repères pour résoudre des questions morales relatives à la santé et au bien-être. »¹²

Cette section présente les principes éthiques et les valeurs plus spécifiques à un programme de sentinelles en prévention du suicide. Ces principes s'inspirent du PNSP (2003) et de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie* (1998). Ces principes et valeurs sont :

La responsabilité et la solidarité sociale

Le suicide est un problème multifactoriel et sa prévention relève d'une responsabilité sociale. Pour que chaque individu ou groupe puisse jouer le rôle qui lui incombe, on se doit de bien outiller l'ensemble des acteurs impliqués.

La responsabilité individuelle des citoyens est reliée de près à la responsabilité sociale de l'état et de ses organisations. Si on demande aux sentinelles de repérer les personnes suicidaires et de les référer vers les ressources appropriées, les services d'aide doivent être déjà mis en place pour dispenser l'aide requise. L'arrimage entre les

¹² Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*. P. 21

sentinelles et les services d'aide est essentiel et constitue un élément incontournable à l'implantation des programmes de sentinelles en prévention du suicide sur un territoire.

L'implantation de tels programmes fait appel à la solidarité sociale, c'est-à-dire à la préoccupation, comme société, de tenir compte des personnes vulnérables, de mobiliser le potentiel des communautés pour prévenir le suicide et de valoriser le sens de la vie. En ce sens, les programmes de sentinelles contribuent au renforcement du tissu social d'une communauté.

La bienfaisance et la non malfaisance

Ces deux principes de bien commun font appel aux attitudes de respect et d'empathie face à la souffrance qui « ...traduit l'obligation morale d'intervenir pour le bien de la population »¹³. Pour ce faire, il faut également tenir compte de la non malfaisance qui réfère à l'obligation de ne pas nuire ni de causer du tort aux personnes ciblées par les actions posées. Dans ce cadre de référence, ces notions s'appliquent aux personnes aidées ainsi qu'aux sentinelles : la sécurité des personnes aidées et la sécurité et le confort des sentinelles dans l'exercice de leur rôle.

La sécurité des personnes aidées

Les sentinelles ne remplacent pas les intervenants professionnels. Les responsables des programmes doivent donc s'assurer que les sentinelles pourront référer les personnes suicidaires vers les ressources d'aide et que celles-ci seront en mesure de les recevoir. La sécurité de la personne aidée est également reliée au développement des compétences spécifiques des sentinelles quant à leur rôle auprès des personnes suicidaires et ce, dans le respect de leurs limites personnelles.

Le confort et la sécurité des sentinelles

Il importe que les sentinelles se sentent appuyées et validées dans leurs actions auprès des personnes suicidaires et qu'en aucun temps leur propre sécurité ne soit compromise. En ce sens, elles doivent pouvoir acquérir les compétences spécifiques à leur rôle et avoir accès à un soutien téléphonique, en tout temps, pour vérifier la pertinence de leurs actions ou pour ventiler sur des situations plus

¹³ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). Programme national de santé publique 2003-2012. P. 21.

difficiles. L'arrimage entre les ressources d'aide du territoire de CSSS et du milieu d'implantation ciblé devra aller dans ce sens.

Cette obligation de ne pas nuire, ni à la sentinelle, ni aux personnes en difficulté, implique que les responsables de l'implantation des programmes de sentinelles doivent s'assurer du soutien qui sera offert aux personnes qui deviendront sentinelles.

Le respect des limites du rôle de la sentinelle

Le rôle des sentinelles consiste à repérer, référer ou valider leurs actions auprès des intervenants capables de prendre en charge les personnes suicidaires. Les sentinelles peuvent jouer leur rôle si elles savent où ce rôle commence et où il s'arrête. Elles doivent savoir à qui, quand et comment référer les personnes suicidaires. Pour différentes raisons, des sentinelles pourraient se sentir envahies par une situation et se sentir démunies face à une personne suicidaire. En ce sens, il faut s'assurer que les sentinelles ont accès à du soutien, en plus d'être attentifs aux situations où il serait plus difficile de jouer leur rôle, notamment lorsqu'elles sont un proche d'une personne suicidaire avec qui elles partagent un lien d'attachement.

Finalement, en plus des valeurs et principes déjà nommés, certains éléments du cadre légal de la prévention du suicide (voir annexe 2), notamment le droit à la vie et le droit au secours, mettent en évidence des opportunités d'action que représentent les programmes de sentinelles en prévention du suicide.

3.2 Qui sont les sentinelles ?

Les personnes qui jouent le rôle de sentinelles sont des citoyens adultes, susceptibles d'être en contact avec des personnes suicidaires à travers, soit leur occupation de travail (ex.: barmaids), leur implication bénévole (ex.: club social), la place qu'ils occupent dans leur milieu ou leur communauté (ex.: professeurs) ou pour leurs caractéristiques d'aidants naturels.

Ce sont des personnes ciblées pour leur proximité avec les groupes ou milieux à risque. Elles s'impliquent de façon volontaire. Elles sont formées et soutenues pour jouer le rôle attendu auprès des personnes suicidaires.

Les professionnels

Les professionnels et les intervenants de différents milieux (ex: médecins, travailleurs sociaux, policiers) peuvent aussi agir comme sentinelles dans leur milieu de vie, mais dans la perspective de la responsabilité face à la prévention du suicide, les professionnels ont un rôle spécifique qui demande une formation plus spécialisée que dispensée aux sentinelles.

Les proches des personnes suicidaires

Bien sûr, les proches (parents, fratrie, amis, etc.) qui vivent et partagent un lien d'attachement avec des personnes suicidaires sont bien placées pour repérer et soutenir ces personnes et jouer un rôle s'apparentant à celui des sentinelles. Toutefois, leur position de proche devrait primer sur celle de sentinelle compte tenu du lien affectif qui les unit. En ce sens, les proches devraient d'abord être considérés comme proches, avec leurs besoins spécifiques (ex.: être impliqués dans le traitement, avoir de l'information sur le traitement et la médication, être soutenus psychologiquement, connaître à quel moment la personne suicidaire peut être en danger et savoir quoi faire, etc.).

Les jeunes

Dans la perspective de la prévention du suicide, il faut être prudent quant aux responsabilités confiées aux jeunes. C'est pour cette raison que les sentinelles sont identifiées clairement comme des citoyens adultes. Cela n'exclut toutefois pas que les

jeunes puissent agir sur le développement de facteurs de protection dans leur milieu (ex : entraide, écoute, participation aux prises de décision du milieu, participation à des activités de promotion, s'implique dans un programme de pairs aidants, etc.).

3.3 Quel est leur rôle ?

Le rôle des sentinelles est principalement d'établir le contact et d'assurer le lien entre les personnes suicidaires et les ressources d'aide du territoire. Lorsque les sentinelles repèrent une personne qui pourrait être suicidaire, l'étape suivante est de vérifier la présence d'idéations suicidaires et d'en estimer l'urgence. Cette information permettra d'orienter la personne suicidaire vers les ressources d'aide appropriées. En situation d'urgence moyenne ou élevée, les sentinelles valideront l'information auprès d'une ressource préalablement identifiée, qui décidera de la suite de l'intervention soit : outiller les sentinelles à soutenir la personne suicidaire ou prendre le relais afin qu'elle soit prise en charge par les ressources d'aide.

Il est important de préciser que les sentinelles n'ont pas un rôle d'évaluation du potentiel suicidaire mais bien d'estimation de l'urgence suicidaire. L'évaluation du potentiel suicidaire réfère à une évaluation plus globale (urgence, risque, dangerosité, etc.) qui requiert des connaissances et compétences plus élargies et est sous la responsabilité d'intervenants qualifiés. L'estimation de l'urgence suicidaire réfère davantage à une estimation de la proximité du passage en lien avec la planification du suicide. L'estimation se fait à l'aide du COQ : **C**omment, **o**ù et **q**uand la personne va se suicider.

Le rôle des sentinelles repose aussi sur l'écoute, le réconfort et l'entraide qu'elles peuvent offrir aux personnes suicidaires. Ces éléments de base de la relation d'aide sont indispensables dans la mesure où les sentinelles, au-delà de la référence aux ressources d'aide, peuvent demeurer en contact avec les personnes suicidaires. De plus, de par leur contact privilégié, les sentinelles peuvent encourager les personnes suicidaires à demander de l'aide et à s'engager dans un processus d'aide.

Certains auteurs (Frederico et Davis, 1996, cité dans Roy, 2004) comparent le rôle des sentinelles à celui des principes de premiers soins et de réanimation cardio-respiratoire : des membres de la communauté, formés pour agir précocement, assurent un soutien en

attendant que des spécialistes prennent la relève. Haw (1998) indique qu'on ne s'attend pas à ce qu'une personne formée en premiers soins traite un blessé, car son rôle consiste à identifier, évaluer et référer le blessé à un professionnel. Enfin, pour O'Carroll et al. (1992) le rôle de la sentinelle consiste à sonner l'alarme.

Le rôle des sentinelles peut se résumer aux lettres suivantes **RRRV** :

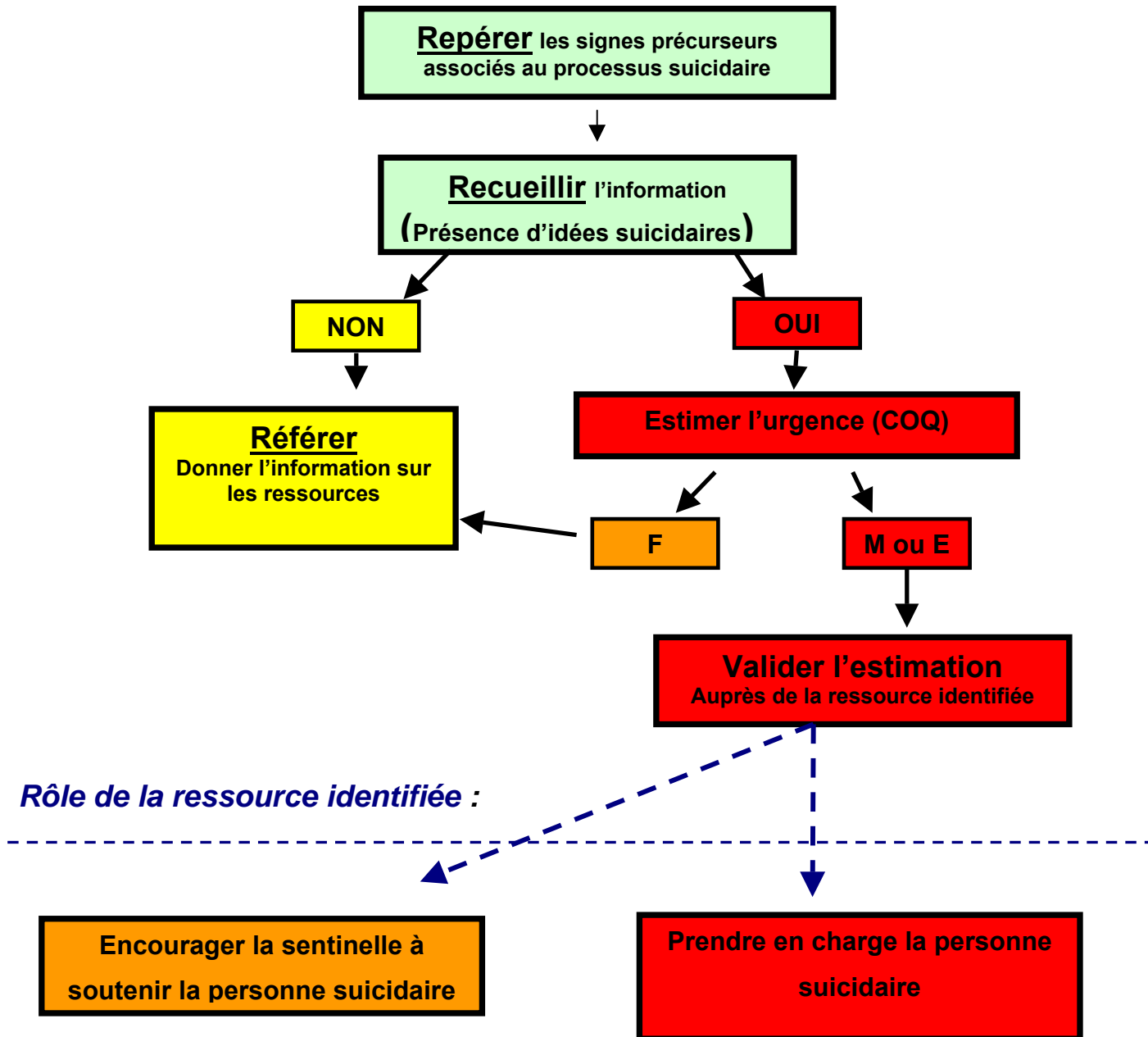
- **R**epérer : reconnaître les signes précurseurs associés à la présence d'un processus suicidaire;
- **R**ecueillir l'information : si la sentinelle repère une personne qui pourrait être suicidaire, l'étape suivante est de vérifier la présence d'idées suicidaires et d'estimer si l'urgence est faible, moyenne ou élevée;
- **R**éférer : si la personne ne pense pas au suicide ou que l'estimation de l'urgence est faible, la sentinelle réfère la personne à des ressources d'aide en lui fournissant les informations sur les services, tout en la motivant à demander de l'aide. La sentinelle peut également référer la personne à son réseau d'aide existant (médecin, groupe d'entraide, psychologue, etc.);
- **V**alider : si l'urgence est estimée moyenne ou élevée, la sentinelle doit, à ce moment, valider son estimation auprès de la ressource préalablement identifiée¹⁴. Lors de cet échange, la ressource pourra soit encourager la sentinelle à soutenir la personne suicidaire (en respectant ses capacités et limites) ou prendre en charge la situation. Cette décision revient à la ressource identifiée et s'appuie sur l'évaluation de la situation¹⁵.

Le schéma 2 présente l'algorithme de décision des sentinelles dans l'exercice de leur rôle.

¹⁴ Cette ressource a été identifiée dans les étapes d'implantation (voir section 3.6)

¹⁵ La ressource qui prend en charge la situation aura à faire l'évaluation du potentiel suicidaire (urgence, risque et dangerosité) et des besoins de la personne afin de mettre en place un plan d'intervention approprié, incluant d'assurer la sécurité de la personne au besoin.

Schéma 2 Algorithme de décision des sentinelles dans l'exercice de leur rôle



3.4 L'hypothèse d'un programme de sentinelles

Tel que mentionné précédemment, plusieurs particularités entourant la problématique du suicide justifient la mise en place de programmes de sentinelles en prévention du suicide et ce, malgré l'absence d'impact démontré quant à la réduction des comportements suicidaires. Des consensus d'experts (CDC, 1992; Eddy, Wolpert et Rosenberg, 1987) indiquent que la stratégie des sentinelles représente un potentiel préventif intéressant quant à la prévention du suicide et qu'il est important de mettre en place de tels programmes.

En 1992, le CDC identifiait la formation de sentinelles auprès des jeunes et dans la communauté comme deux des huit meilleures stratégies de prévention du suicide. Les autres stratégies sont : un programme d'éducation général sur le suicide (information sur le suicide, module estime de soi, etc.), des mesures de dépistage systématique, un programme de pairs aidants, un centre de crise téléphonique, des mesures pour limiter l'accès aux moyens et la postvention.

Ainsi, les données disponibles suggèrent que les programmes de sentinelles peuvent agir à la fois sur des facteurs individuels tels que l'isolement, la demande d'aide et la connaissance des ressources du milieu, ainsi que sur les facteurs environnementaux comme les attitudes sociales face au suicide (sentiment d'impuissance, croyances populaires, etc.) et l'utilisation des ressources d'aide.

Considérant :

- ◆ Que certaines personnes sont difficiles à rejoindre ou sont isolées (ESQ, 1998), notamment à cause de l'absence de confident ou de leurs attitudes face à la demande d'aide;
- ◆ Que le sentiment d'impuissance et certaines croyances, tels les mythes, limitent les actions préventives de l'entourage (Chagnon et Mishara, 2004; Morissette, 1984);
- ◆ Que bien que les signes précurseurs des comportements suicidaires soient généralement assez bien identifiés et repérés par la population, l'étape suivante, celle d'amener la personne vers les ressources d'aide, n'est pas encore intégrée dans les habitudes de l'entourage (Séguin, 2005);

- ◆ Que malgré que les personnes suicidaires aient été en contact avec le réseau de la santé avant leur décès, le suicide se produit fréquemment lorsque la surveillance, l'entraide et les interventions nécessaires pour le prévenir ne sont pas disponibles (Chagnon et Mishara, 2004);
- ◆ Que c'est lorsque leur situation se détériore, que les difficultés de santé mentale s'aggravent et que les personnes suicidaires n'ont plus recours aux services d'aide qu'elles se suicident (Séguin, 2005).

Il est recommandé de :

- *D'implanter des programmes de sentinelles, le plus près possible des milieux de vie* afin de repérer les personnes à risque de suicide, particulièrement celles qui sont isolées ou plus difficiles à rejoindre. Selon le CDC (1992), les sentinelles peuvent être utiles autant auprès des jeunes que des personnes âgées, surtout lorsque leurs conditions de vie sont caractérisées par l'isolement. St-Hilaire (2002) ainsi que Cardinal et Rainville (2004), indiquent que les milieux de travail masculins pourraient bénéficier de ce type de programmes pour installer un filet de sécurité autour de cette clientèle à risque.
- *Former des sentinelles afin d'outiller des citoyens face à la problématique du suicide.* Le fait d'être mieux informé, outillé et soutenu au regard de la problématique et des moyens d'actions contribue à diminuer les fausses croyances et le sentiment d'impuissance face aux personnes suicidaires. De plus, la présence de sentinelles dans une communauté augmente l'empowerment des collectivités, améliore la solidarité et contribue au renforcement du tissu social. Cela permet également de repérer et de référer les personnes suicidaires, au moment opportun, vers les ressources d'aide, c'est-à-dire lorsque leurs situations se détériorent et que, pour différentes raisons, les personnes ne reçoivent plus de l'aide de façon active.

L'hypothèse sous-jacente à la mise en œuvre de programmes de sentinelles est que le nombre de personnes formées à reconnaître les signes précurseurs et à réagir adéquatement face à la problématique du suicide augmente la probabilité que les personnes suicidaires soient repérées et aidées.

3.5 Le but et les objectifs de l'implantation de programmes de sentinelles

Ces programmes ont pour but de :

- ◆ Renforcer le filet de sécurité autour des personnes suicidaires afin de contribuer à la réduction des comportements suicidaires et des suicides.

Et ont comme objectifs sont de :

- Augmenter le nombre de personnes habilitées à jouer le rôle de sentinelles en prévention du suicide;
- Favoriser les contacts entre les personnes suicidaires et les ressources d'aide.

3.6 La contribution d'un programme de sentinelles à la prévention du suicide

Pour situer la contribution des sentinelles à la prévention du suicide, il est important de préciser quelques éléments. Tout d'abord, il faut préciser que malgré l'absence d'une approche de prévention du suicide qui fasse consensus, le continuum de services requis pour la prévention du suicide est généralement défini sur la base du modèle de santé publique, allant de la promotion de la santé à la prévention et à l'intervention. La postvention, qui réfère aux mesures à la suite d'un suicide, chevauche l'intervention et la prévention de facteurs de risque auprès des endeuillés par suicide. De plus, il faut préciser ce continuum en y introduisant les notions de prévention universelle, sélective et indiquée ainsi que le repérage et l'intervention précoce. C'est justement à ces deux derniers niveaux que se situent les programmes de sentinelles. En effet, les programmes sentinelles sont une mesure de prévention sélective ou indiquée, puisqu'ils contribuent à réduire certains facteurs de risque individuels et sociaux, et qu'ils s'implantent auprès des clientèles ou milieux ciblés et non dans l'ensemble de la population.

En ce sens, les programmes de sentinelles visent les milieux ou les groupes auxquels on associe un risque de suicide, et visent à favoriser la demande d'aide et l'utilisation des services par les personnes suicidaires repérées. Tel que mentionné précédemment, les sentinelles peuvent intervenir sur certains facteurs de risque individuels, tels l'isolement, l'absence de confident, la recherche d'aide, etc. D'autres éléments, comme la sensibilisation du milieu dans lequel s'implante un programme, peut contribuer à influencer les attitudes sociales face au suicide, la solidarité et la responsabilité collective du problème (prévention). L'arrimage avec les ressources d'aide du territoire doit obligatoirement accompagner l'implantation d'un programme dans un milieu. Ce lien essentiel peut contribuer à améliorer l'accès, la continuité et la qualité des services d'intervention de crise et de suivi (intervention).

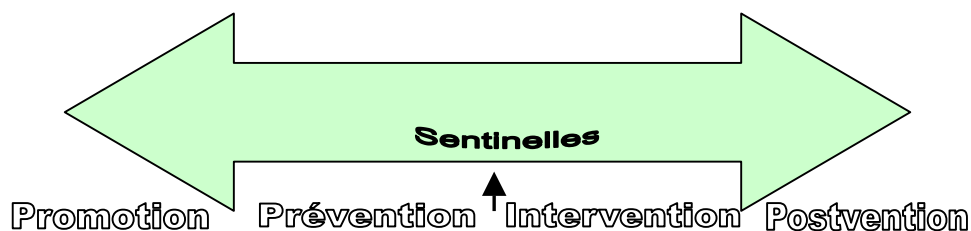
Parmi l'ensemble des stratégies nécessaires à une prévention efficace du suicide, l'implantation de programmes de sentinelles sur un territoire ne peut, à elle seule, réduire les gestes suicidaires. Les sentinelles n'agissent pas au plan de la prévention des idées suicidaires, relevant davantage des programmes de promotion-prévention.

Leurs actions portent sur la prévention des tentatives et des suicides et se situent entre la prévention et l'intervention.

Les programmes de sentinelles peuvent être efficaces à la condition que d'autres mesures qui les précèdent et y donnent suite soient également disponibles et efficaces. Plusieurs auteurs (Frederico et Davis, 1996; Haw, 1998; O'Carroll et al., 1992), cités dans Roy (2004), suggèrent que de bonnes interventions préventives faites au moment opportun par des sentinelles, combinées avec des traitements professionnels adéquats, constituent une combinaison gagnante pour prévenir le suicide.

En amont des sentinelles, outre les mesures spécifiques sur le suicide du PNSP 2003-2012, on peut situer les autres stratégies de promotion et de prévention, telles le développement des habiletés sociales chez les enfants, Écoles en santé auprès des jeunes ainsi que les orientations préventives des autres programmes, notamment sur les dépendances, la violence et la santé mentale.

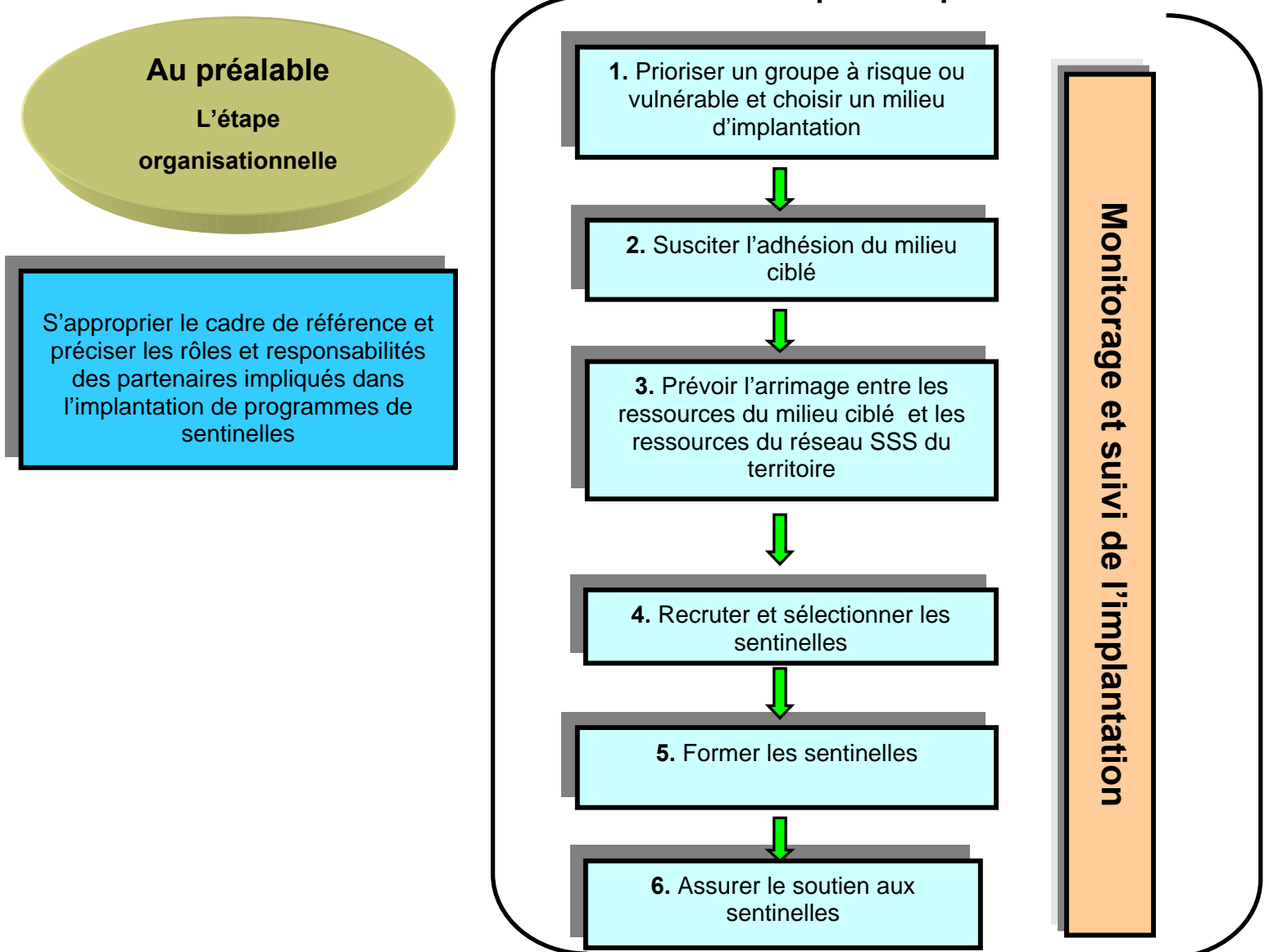
En aval des sentinelles, les mesures concernant l'organisation des services de crise et de suivi déjà prévues à la Stratégie d'action face au suicide, et plus spécifiquement les mesures destinées aux personnes à potentiel suicidaire élevé du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 constituent des composantes essentielles. De plus, dans le contexte actuel de réorganisation du réseau de la santé, il est indispensable que le continuum de services requis pour la prévention du suicide, incluant les sentinelles, soit intégré au volet santé mentale du projet clinique des réseaux locaux et des CSSS.



3.7 Les étapes d'implantation

L'implantation de programmes de sentinelles comporte au préalable une étape organisationnelle puis par la suite, des étapes opérationnelles. L'étape organisationnelle réfère à l'appropriation des composantes du programme par les partenaires d'un territoire de CSSS et à la définition des rôles et des responsabilités pour assurer le bon fonctionnement et la pérennité du programme. Les étapes opérationnelles réfèrent à la l'implantation d'un programme dans un milieu ciblé pour son opportunité de rejoindre une clientèle à risque de suicide. Les étapes opérationnelles spécifient donc la séquence d'implantation d'un programme.

Schéma 3



Le respect des étapes proposées assure et maximise le potentiel de réussite de l'implantation d'un programme de sentinelles dans un milieu ciblé. De plus, cela propose un cadre dans lequel on assure aux sentinelles la possibilité de jouer leur rôle dans le respect de leurs limites, tout en installant un filet de sécurité autour des personnes suicidaires.

La présentation de chaque étape d'implantation est uniforme et comporte les éléments suivants : les objectifs, les éléments clés et les aspects qui demandent une attention particulière dans le processus d'implantation. Ils sont représentés par ces icônes :



Objectifs de l'étape



Actions à poser pour cette étape



Porter attention à certains éléments lors de cette étape

3.7.1 Au préalable, une étape organisationnelle :

S'approprier le cadre de référence et préciser les rôles et responsabilités des partenaires impliqués dans l'implantation de programmes de sentinelles

Une appropriation du cadre de référence par l'ensemble des partenaires permettra de partager une vision commune, d'implanter adéquatement le programme et d'augmenter les probabilités d'obtenir les effets escomptés. Cette étape d'appropriation permettra d'identifier les organisations possédant les expertises requises pour assumer les rôles et responsabilités nécessaires à l'implantation de tels programmes sur un territoire de CSSS. Ces rôles et responsabilités sont :

- ✓ l'implantation de programmes de sentinelles sur le territoire de CSSS (la ressource qui assure le leadership, la personne responsable d'implanter des programmes, les formateurs);
- ✓ les services à offrir aux personnes suicidaires repérées par les sentinelles (prise en charge des personnes suicidaires selon leur niveau d'urgence suicidaire, référence et suivi);
- ✓ le soutien à apporter aux sentinelles (valider une intervention, ventiler sur une situation, avoir accès à des interventions de postvention à la suite d'un suicide), (voir étape 6).

Chaque CSSS, dans le cadre des plans locaux de santé publique (PAL), a la responsabilité d'implanter des programmes de sentinelles en prévention du suicide. Pour ce faire, la collaboration de l'ensemble des partenaires locaux est primordiale, et les différents rôles et responsabilités peuvent être partagés ou confiés à un ou des organismes du territoire, selon leurs expertises.

Objectifs



- ✓ Nommer l'organisme qui assumera le leadership de l'implantation de programmes de sentinelles sur un territoire de CSSS;
- ✓ Partager une vision et une compréhension communes des composantes du cadre de référence;
- ✓ S'approprier les étapes d'implantation;
- ✓ Définir et partager les rôles et les responsabilités des différents partenaires face à l'implantation sur le territoire.

Actions à poser



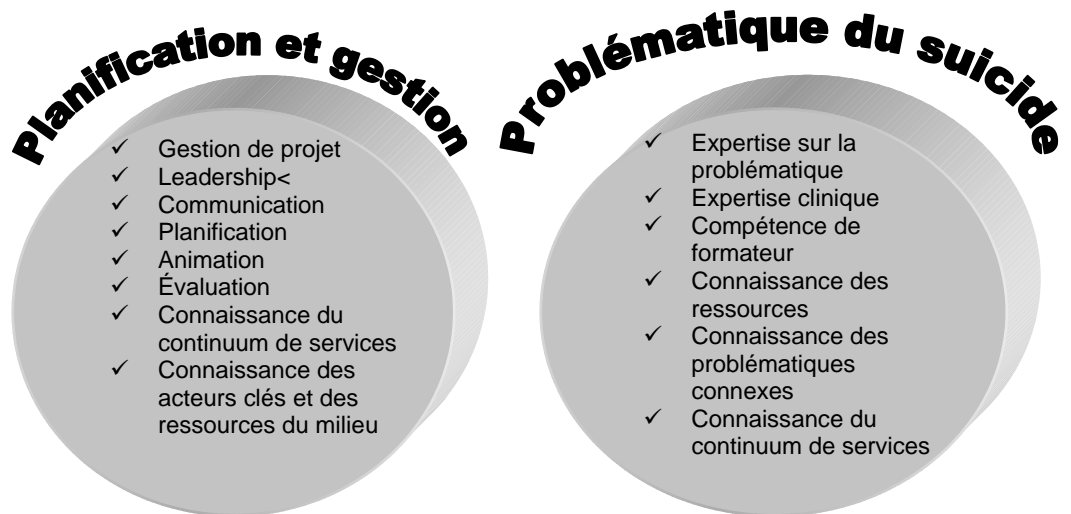
- ✓ Identifier et mobiliser les partenaires interpellés par l'implantation de programmes de sentinelles dans un territoire de CSSS;
- ✓ Identifier les ressources qui possèdent les expertises nécessaires à l'implantation;
- ✓ Définir les rôles et responsabilités que chacun des partenaires aura à jouer dans le programme (qui fait quoi) :
 - ◆ convenir de la ressource qui assumera le leadership du programme;
 - ◆ Nommer une personne responsable d'implanter des programmes de sentinelles dans différents milieux sur le territoire;
 - ◆ Identifier le ou les formateurs qui formeront les sentinelles;
 - ◆ convenir de la trajectoire de services pour les personnes suicidaires repérées par les sentinelles;
 - ◆ Préciser qui offrira les services de soutien aux sentinelles.
- ✓ Prévoir un mécanisme de communication et de collaboration entre les partenaires impliqués;
- ✓ S'assurer que l'ensemble des organismes qui peuvent intervenir auprès des personnes suicidaires (maisons de jeunes, ressources d'hébergement, groupe d'entraide, etc.) connaissent l'existence des programmes de sentinelles sur le territoire.

Porter attention à



- ✓ L'engagement des services de première ligne est un incontournable pour offrir la gamme de services essentiels aux personnes suicidaires;
- ✓ Le rôle de la personne responsable d'implanter des programmes de sentinelles implique un investissement suffisamment important pour assurer le déploiement du programme mais aussi sa pérennité;
- ✓ Il est à noter que l'arrimage entre l'ensemble des services pour les personnes suicidaires n'est pas le mandat d'un programme de sentinelles. Cette responsabilité relève du CSSS et de son réseau local dans le cadre du projet clinique ou, au niveau régional, de l'ADRLSSS. Toutefois, avant d'implanter des programmes de sentinelles, il est important de s'assurer que les organisations en place pourront répondre à la gamme essentielle de services pour les personnes suicidaires : intervention psychosociale, intervention et suivi de crise, suivi étroit et de durée suffisante, soutien dans la communauté, postvention, etc.;
- ✓ L'implantation de programmes de sentinelles sur un territoire requiert un ensemble d'expertises spécifiques relatives à la problématique du suicide, à la planification et à la gestion.

Les expertises nécessaires à l'implantation d'un programme de sentinelles en prévention du suicide sont :



Le rôle de la personne responsable d'implanter des programmes de sentinelles sur le territoire de CSSS

- ✓ Assurer la promotion de l'implantation de programmes de sentinelles sur le territoire;
- ✓ Assurer la gestion du projet;
- ✓ Animer le processus d'implantation et le suivi;
- ✓ Soutenir l'organisation et l'évaluation des formations des sentinelles;
- ✓ Assurer les liens avec les organismes qui offrent le soutien aux sentinelles;
- ✓ Assurer les liens avec les organismes identifiés pour intervenir auprès des personnes suicidaires;
- ✓ Évaluer, de façon continue, les besoins des sentinelles et des partenaires, et s'assurer de développer les mécanismes pour y répondre;
- ✓ Participer au processus d'évaluation de l'implantation des programmes de sentinelles sur territoire.

3.7.2 Étape 1 : Prioriser un groupe à risque ou vulnérable et choisir un milieu d'implantation

L'intérêt d'implanter des programmes de sentinelles est de mettre en lien les personnes suicidaires avec les ressources d'aide du milieu, notamment les personnes difficiles à rejoindre. En ce sens, il faut d'abord identifier et prioriser un groupe à risque de suicide ou vulnérable sur le territoire et implanter des programmes dans les milieux permettant de rejoindre ces personnes.

Objectifs



- ✓ Prioriser un groupe à risque de suicide ou vulnérable;
- ✓ Choisir le milieu d'implantation du programme pour rejoindre ce groupe à risque.

Actions à poser



- ✓ Identifier les groupes à risque de suicide ou les personnes vulnérables;
- ✓ Prioriser un groupe à risque de suicide ou vulnérable;
- ✓ Choisir le milieu dans lequel implanter un programme de sentinelles;
- ✓ Analyser les particularités du milieu ciblé (voir annexe 3);
- ✓ Évaluer la pertinence d'adapter le programme aux particularités du milieu ciblé (ex : durée de la formation, modalités de soutien aux sentinelles).

Porter attention à



- ✓ L'intérêt pour un milieu d'implanter un programme de sentinelles peut émerger du fait d'avoir été touché par un suicide. Dans une telle situation, il faut s'assurer d'évaluer les besoins de postvention et d'y répondre, s'il y a lieu, avant d'implanter un programme. En d'autres mots, il ne faut pas que ce programme se substitue à d'autres besoins;
- ✓ Certains CSSS ont déjà identifié, dans les PALs, des milieux où implanter des programmes de sentinelles. Il sera important de s'assurer que ces milieux permettent de rejoindre les groupes à risque de suicide ou vulnérables;
- ✓ *Le plan d'action en santé mentale : La force des liens 2005-2010* du MSSS identifie les personnes à potentiel suicidaire élevé comme étant : les hommes adultes (30 à 49 ans), les communautés autochtones, les personnes aux prises avec des troubles affectifs (dépression), des dépendances, des troubles de la personnalité ou encore celles qui ont déjà fait une tentative de suicide;

- ✓ D'autres particularités peuvent influencer le choix du groupe ciblé ou d'un milieu d'implantation, notamment le fait que certaines personnes demandent peu d'aide, sont isolées ou difficiles à rejoindre;
- ✓ Le milieu ciblé devrait être le plus près possible des milieux de vie des personnes à risque ou vulnérables.

3.7.3 Étape 2 : Susciter l'adhésion du milieu ciblé

L'acceptation et l'adhésion du milieu ciblé pour l'implantation d'un programme de sentinelles est une étape primordiale. En plus de favoriser la collaboration et faciliter l'implantation, cette mesure permet la mise en place de conditions gagnantes quant à la pérennité d'un tel projet.

Objectifs



- ✓ Susciter l'adhésion du milieu ciblé;
- ✓ Mettre en place, dans le milieu ciblé, les conditions nécessaires à la réussite et à la pérennité du programme.

Actions à poser



- ✓ Présenter le programme au milieu ciblé (les principes éthiques et valeurs, qui sont les sentinelles, quel est leur rôle, l'hypothèse et les objectifs du programme ainsi que les étapes d'implantation);
- ✓ Faire connaître les investissements requis pour implanter le programme dans le milieu (voir encadré page suivante);
- ✓ S'assurer de l'engagement des dirigeants du milieu d'implantation ciblé et des autres acteurs en place (ex : syndicat, comité de santé au travail, etc.);
- ✓ Identifier, dans le milieu d'implantation, une personne contact (voir définition du rôle à la page suivante) qui assurera le lien entre le milieu ciblé et la personne responsable de l'implantation de programmes de sentinelles sur le territoire.

Porter attention à



- ✓ La connaissance des particularités du milieu ciblé permet de tenir compte des résistances et d'utiliser les forces en présence afin de susciter l'adhésion au programme;
- ✓ L'inscription de l'implantation du programme dans les priorités de l'organisation ciblée est souhaitable pour assurer sa pérennité.

Rôle de la personne contact du milieu ciblé

- ✓ Participer, avec la personne responsable d'implanter des programmes de sentinelles sur le territoire, à la planification de l'implantation du programme dans son milieu;
- ✓ Identifier les personnes présentant un potentiel pour devenir sentinelles dans son milieu ciblé;
- ✓ Assurer le suivi du programme avec la personne responsable d'implanter des programmes de sentinelles sur le territoire;
- ✓ Participer à l'identification des besoins de soutien ou de formation continue des sentinelles.

Investissement requis pour milieu d'implantation

- ✓ Dégager la personne contact du milieu d'implantation pour participer à la planification de l'implantation du programme dans son milieu;
- ✓ Dégager les personnes sélectionnées pour participer à la formation des sentinelles;
- ✓ Dégager les sentinelles pour participer aux activités de soutien (formation continue, rencontres ponctuelles, visite d'un organisme, etc.);
- ✓ Dégager la personne contact du milieu pour assurer le suivi la personne responsable d'implanter des programmes sur le territoire.

3.7.4 Étape 3 : Prévoir l'arrimage entre les ressources du milieu ciblé et les ressources du réseau de santé et de services sociaux du territoire

Dans certains milieux d'implantation, il existe déjà des ressources internes. En ce sens, il faut prévoir l'arrimage entre ces ressources et celles du réseau de la santé et des services sociaux en lien avec le programme de sentinelles.

Objectifs



- ✓ Définir et préciser le rôle des ressources existantes dans le milieu ciblé en lien avec les services à offrir aux personnes suicidaires et le soutien à offrir aux sentinelles.

Actions à poser



- ✓ Identifier les services d'aide ou les intervenants présents dans le milieu ciblé;
- ✓ Présenter le programme (qui sont les sentinelles et quel est leur rôle) et les rôles et responsabilités des ressources de santé et de services sociaux du territoire;
- ✓ Définir le rôle des intervenants du milieu ciblé concernant les services à offrir aux personnes suicidaires ainsi que le soutien à offrir aux sentinelles;
- ✓ Prévoir l'arrimage entre les intervenants du milieu ciblé et les services de santé et de services sociaux du territoire.

Porter attention à



- ✓ En tout temps, les personnes suicidaires et les sentinelles doivent avoir accès à des services et à du soutien. En ce sens, il faut préciser « qui fait quoi et quand », entre les services du milieu ciblé et celles du territoire de CSSS (ex : les jours de semaine, la sentinelle réfère au psychologue de l'école mais en d'autres temps, à la ressource 24/7 identifiée);
- ✓ Peu importe le partage de rôles entre les services du milieu et ceux du réseau de la santé et des services sociaux, il est important de s'assurer de ne pas créer de la confusion chez les sentinelles.

3.7.5 Étape 4 : Recruter et sélectionner les sentinelles

Le recrutement réfère à l'identification ou la sollicitation auprès de personnes potentiellement intéressées ou aptes à jouer le rôle de sentinelles. La sélection réfère au choix des sentinelles selon les critères de sélection prévus. La sélection est un processus continu qui débute lors du recrutement et se poursuit tout au long du programme (avant, pendant et après la formation).

Objectifs



- ✓ Identifier les personnes intéressées à jouer le rôle de sentinelles dans un milieu ciblé et vérifier leur capacité à jouer ce rôle, selon les critères identifiés par le cadre de référence.

Actions à poser



- ✓ Identifier la stratégie de recrutement adéquate selon le groupe ou le milieu ciblé. Le recrutement peut se faire par le biais d'une invitation universelle (appel à tous) ou sélective (cibler des personnes pour leur proximité avec les personnes à risque ou vulnérables);
- ✓ Convenir du niveau de visibilité des sentinelles (connues ou anonymes). Ces niveaux de visibilité comportent des avantages et inconvénients, comme la motivation des sentinelles à jouer ce rôle et la propension des personnes suicidaires à aller vers les sentinelles. Ces impacts varient selon les groupes ciblés ou les milieux d'implantation, c'est pourquoi il est difficile de proposer une stratégie unique. L'analyse des particularités du milieu (annexe 3) peut être utile pour faire ce choix ;
- ✓ Faire connaître les critères de sélection (voir encadré ci-joint) pour devenir sentinelle, et ce, avant de faire le recrutement;
- ✓ Procéder à la sélection selon les critères identifiés et les modalités convenues (ex.: questionnaire ou entrevue de sélection);
- ✓ Prévoir le soutien nécessaire pour les personnes qui ne répondent pas aux critères de sélection.

Les critères de sélection

- ✓ Être un adulte
- ✓ Être volontaire à s'impliquer
- ✓ Ne pas être suicidaire
- ✓ Ne pas être récemment endeuillé à la suite d'un suicide (phase de choc, de désorganisation ou présence de deuil compliqué)

Porter attention à



- ✓ La vérification des critères de sélection doit se faire par une personne apte à évaluer l'état des personnes endeuillées par suicide afin de déterminer si elles peuvent ou non devenir sentinelles dans un avenir rapproché;
- ✓ Certaines personnes peuvent devenir sentinelles, assumer leur rôle et par la suite se retrouver dans une situation où elles ne répondent plus aux critères de sélection et se retrouver dans l'impossibilité de continuer à jouer le rôle de sentinelles. Il faut être attentif à ces changements, et ce, tout au long de leur implication dans le programme de sentinelles;
- ✓ Il ne faut pas oublier que pour certaines personnes, la porte d'entrée à de l'aide pour elles-mêmes ou pour un proche sera peut-être de s'impliquer dans un programme de sentinelles. Il est important de bien évaluer les motivations et les besoins des personnes afin de les orienter vers les ressources d'aide appropriées;
- ✓ Il est aussi possible que des sentinelles se retirent d'elles-mêmes du programme pour différentes raisons (impact émotif, rôle qui ne correspond plus à sa vision, etc.). Il sera important de les relancer pour vérifier les motifs de leur décision, connaître leurs besoins d'aide et les référer au besoin;
- ✓ Le nombre de sentinelles recrutées ne doit pas dépasser la capacité à les encadrer et à les soutenir. Le même principe doit s'appliquer quant à la capacité du réseau de services à absorber les références (prise en charge et suivi) des personnes suicidaires en détresse (lien avec l'étape 6).

3.7.6 Étape 5 : Former les sentinelles

La formation consiste à permettre aux personnes sélectionnées de développer les compétences leur permettant de jouer le rôle de sentinelle défini dans le cadre de référence. La formation est un moment opportun pour continuer de vérifier l'adéquacité de la personne à devenir sentinelle.

Objectifs



- ✓ S'assurer que les sentinelles acquièrent les compétences nécessaires pour jouer le rôle attendu par le cadre de référence;
- ✓ Vérifier l'adéquacité de la personne à jouer le rôle de sentinelle.

Actions à poser



- ✓ S'assurer que le formateur possède les compétences requises pour dispenser la formation aux sentinelles (expertise pédagogique et en lien avec la problématique du suicide, bonne connaissance de ce cadre de référence et des ressources du milieu, etc.);
- ✓ Dispenser un contenu de formation qui respecte les objectifs identifiés par ce document (voir page suivante), en cohérence avec les particularités du groupe ou du milieu ciblé;
- ✓ À la fin de la formation, vérifier la capacité et le niveau d'aisance des sentinelles à jouer leur rôle et leur intérêt à poursuivre leur implication.

Porter attention à



- ✓ La formation doit prévoir des stratégies pédagogiques adaptées aux compétences à développer et doit permettre au formateur d'observer les sentinelles (ex : jeux de rôles, mises en situation);
- ✓ Le contenu de la formation doit respecter le cadre théorique de ce cadre de référence (dimension multifactoriel, facteurs associés, etc.);
- ✓ Il peut être pertinent que la personne responsable de l'implantation sur le territoire participe à la formation afin de créer un lien avec les sentinelles, puisqu'elle aura à assurer le suivi avec les sentinelles après la formation;
- ✓ Il serait souhaitable que les sentinelles puissent rencontrer les ressources impliquées (soutien aux sentinelles, services aux personnes suicidaires), soit en complément de la formation ou en contexte de formation continue.

Le formateur devra s'assurer que **le contenu de la formation permet l'atteinte des objectifs suivants** :

Se positionner par rapport à la problématique du suicide :

- ✓ Reconnaître l'impact de ses valeurs et croyances sur la façon de réagir face à une personne suicidaire.

Situer la problématique du suicide :

- ✓ Connaître l'ampleur et les caractéristiques du problème selon le groupe ou le milieu ciblé (hommes, jeunes, milieu de travail, etc.);
- ✓ Connaître les facteurs associés au suicide;
- ✓ Comprendre que le suicide s'inscrit dans un processus de crise.

Recueillir l'information :

- ✓ Connaître les éléments de base de la relation d'aide
- ✓ Reconnaître les signes précurseurs du suicide;
- ✓ Vérifier la présence d'idéations suicidaires;
- ✓ Estimer l'urgence suicidaire;
- ✓ Vérifier la motivation à demander ou obtenir de l'aide;
- ✓ Connaître les obstacles et les motivations de la demande d'aide.

Orienter la personne suicidaire :

- ✓ Connaître les ressources du territoire ou du milieu ciblé;
- ✓ Connaître les limites du rôle de sentinelle et ses limites personnelles;
- ✓ Connaître les mécanismes de référence vers les ressources appropriées;
- ✓ Connaître les mécanismes de validation avec la ou les ressources identifiées;
- ✓ Connaître les procédures pour recevoir du soutien comme sentinelles.

Les caractéristiques de la formation

- ✓ La durée de la formation doit être d'un minimum de sept (7) heures.
- ✓ Le nombre de participants par groupe ne doit pas dépasser 12 participants.
- ✓ Le formateur pourra évaluer la pertinence d'associer un co-formateur selon les groupes ciblés.

3.7.7 Étape 6 : Assurer le soutien aux sentinelles

Assurer le soutien aux sentinelles réfère aux mesures à mettre en place pour leur permettre de jouer leur rôle : valider une action posée ou prévue auprès d'une personne suicidaire, ventiler ou être soutenu concernant une situation. De plus, il faut prévoir des interventions de postvention à la suite d'un suicide d'une personne aidée par une sentinelle. Il faut que les sentinelles puissent clarifier des éléments du programme (ex.: rôle et limites). Le soutien aux sentinelles doit aussi leur permettre de maintenir leurs compétences dans l'exercice de leur rôle (ex.: formation continue).

En plus de créer un filet de sécurité autour des sentinelles, le soutien est un moyen pour maintenir l'intérêt et la motivation, briser l'isolement et favoriser la pérennité du programme.

Objectifs



- ✓ Permettre aux sentinelles de recevoir le soutien nécessaire pour jouer le rôle attendu.

Actions à poser



- ✓ Faire connaître aux sentinelles la ou les ressources qui ont été préalablement identifiées pour leur offrir du soutien (tel que défini lors du partage des rôles et responsabilités des ressources du territoire et du milieu ciblé;
- ✓ Ultérieurement, vérifier les besoins des sentinelles (ex.: clarifier leurs rôles et leurs limites, maintenir leurs compétences à jouer le rôle de sentinelles). Pour ce faire, différents moyens peuvent être utilisés : journal des sentinelles, rencontres informelles pour échanger sur les expériences ou pour connaître les ressources d'aide, site Internet, formation continue, etc.

Porter attention à



- ✓ Selon les particularités des milieux, une formation continue sur des sujets comme les facteurs associés (santé mentale, toxicomanie, etc.) ou concernant les particularités de la clientèle visée (ex.: jeunes) pourraient s'avérer utile. Ces formations doivent être directement en lien avec le rôle des sentinelles en prévention du suicide;
- ✓ Si des sentinelles sont ou deviennent des proches d'une personne suicidaire, il faudra s'assurer qu'elles recevront les services de soutien à titre de proche. Le soutien aux proches d'une personne suicidaire diffère du soutien aux sentinelles à cause du lien d'attachement et des implications émotives;
- ✓ Des sentinelles pourraient, en cours de route, ne plus être en mesure de jouer leur rôle. Il faudra alors s'assurer qu'elles recevront le soutien nécessaire.

3.7.8 Faire le monitoring et le suivi de l'implantation

L'implantation d'un programme dans un milieu ciblé doit être accompagnée de mesures permettant de suivre l'évolution de l'implantation, d'apprécier la façon dont les sentinelles et les personnes suicidaires réagissent durant la période d'implantation et d'ajuster les actions en conséquence. Il permet ainsi de maximiser les effets souhaités par les objectifs du programme.

Objectifs



- ✓ Vérifier l'atteinte des objectifs de chacune des étapes;
- ✓ Vérifier le niveau de réalisation des « actions à poser » à chacune des étapes;
- ✓ Faire les ajustements nécessaires tout au long de l'implantation du programme dans un milieu ciblé.

Actions à poser



- ✓ Identifier les questions auxquelles on souhaite obtenir des réponses (voir encadré ci-joint);
- ✓ Recueillir les données préalablement identifiées;
- ✓ Identifier si l'implantation répond aux effets escomptés;
- ✓ Apporter les ajustements nécessaires, s'il y a lieu;
- ✓ Répéter les étapes ultérieures au besoin (ex.: recrutement des sentinelles, etc.).

Porter attention à



- ✓ Il arrive que l'implantation d'un programme ne déroule pas exactement de la façon prévue, ce qui n'est pas nécessairement négatif. Le monitoring et le suivi permettront alors d'expliquer les écarts observés et les ajustements qui ont été apportés.

Certaines questions semblent particulièrement importantes pour poser un regard critique sur le déroulement de l'implantation, par exemple :

- ✓ Toutes les étapes d'implantation ont-elles été réalisées dans l'ordre prévu ?
Si non, pourquoi et quels en ont été les impacts ?
- ✓ Est-ce que toutes les actions à poser dans une étape ont été réalisées ?
Expliquer les écarts.
- ✓ Quelles ressources humaines, financières et matérielles ont été nécessaires à la réalisation de chaque étape ?
- ✓ Le milieu ciblé permet-il de rejoindre un groupe à risque ou vulnérable ?
Expliquer les écarts.
- ✓ Etc.

Partie IV - Les conditions de réussite pour l'implantation d'un programme de sentinelles

Les étapes d'implantation identifiées dans ce cadre de référence constituent les premiers facteurs de réussite des programmes de sentinelles. Toutefois, plusieurs autres conditions sont indispensables à une mise en œuvre optimale. Elles se situent à trois niveaux :

- Au plan de l'implantation locale et des objectifs spécifiques au programme;
- Au plan de la contribution à la réduction des décès par suicide;
- Au plan du déploiement à l'échelle provinciale.

Au plan de l'implantation locale et des objectifs spécifiques au programme

• Une vision commune

L'ensemble des partenaires du territoire impliqués dans l'implantation de programmes doivent s'approprier la vision proposée par ce cadre de référence, afin que les orientations, les objectifs et les modalités soient bien maîtrisés et obtiennent l'adhésion de chacun. L'appui des instances de direction des partenaires concernés doit être acquis.

• La définition claire des rôles et responsabilités

En premier lieu, l'identification de l'organisation qui assurera le leadership du projet doit être précisée, ainsi que le choix de la personne qui tiendra le rôle de responsable de l'implantation de programmes sur le territoire. Ensuite, il faut définir les rôles des différents partenaires, tant au plan des diverses composantes du programme (promotion, recrutement, formation, soutien) qu'à celui des dispensateurs de services permettant d'assurer la prise en charge et le suivi des personnes référées par les sentinelles.

• L'arrimage au continuum de services

La disponibilité et l'accessibilité des services qui assurent la prise en charge des personnes suicidaires référées par les sentinelles doivent être prévues dans le cadre d'ententes explicites. Les mécanismes et les outils qui favoriseront la continuité des services doivent être connus de tous les partenaires afin que la trajectoire des personnes suicidaires soit bien balisée et qu'il ne se produise pas de ruptures de

services. Par ailleurs, il faut prévoir les ressources et les mécanismes requis pour assurer le soutien aux sentinelles dans l'exercice de leur rôle.

- **Monitoring, suivi et évaluation**

La vision des sentinelles proposée dans ce cadre est le résultat d'une recherche de consensus, elle-même fondée sur l'état actuel des connaissances et des besoins. Il est possible que l'une ou l'autre des composantes de cette approche nécessite éventuellement des ajustements, soit au plan des modalités, des étapes d'implantation ou encore des arrimages avec les ressources d'aide du territoire. Le monitoring régulier de l'implantation et des résultats atteints à court terme permettra de valider progressivement sa pertinence, d'apporter rapidement les ajustements souhaitables et d'expliquer les écarts observés. Éventuellement, l'évaluation des impacts permettra de vérifier l'hypothèse du programme et d'estimer sa contribution à la prévention des décès par suicide.

Au plan de la contribution à la réduction des décès par suicide

- **Choix de la clientèle ciblée**

Bien que l'un des objectifs du programme soit de favoriser les contacts entre les personnes suicidaires et les ressources d'aide, la finalité de la stratégie des sentinelles est de contribuer, à l'intérieur du continuum de services requis pour y arriver, à la réduction des décès par suicide. Pour y parvenir, il est nécessaire de cibler les clientèles à potentiel suicidaire élevé, tel que recommandé dans le *Plan d'action en santé mentale : La force des liens*. On souhaite augmenter la possibilité de les joindre et de les mettre en contact avec les différents services en fonction de leurs besoins.

Évidemment, toutes les personnes touchées par un comportement suicidaire peuvent bénéficier d'une telle approche et il peut arriver que des opportunités se présentent dans des milieux ou des groupes moins à risque. Il ne s'agit pas de bannir l'implantation de programmes de sentinelles dans ces milieux. Toutefois, il faut être conscient que la probabilité de contribuer à la réduction des décès est alors nettement moindre, bien que le soutien apporté par les sentinelles à toute personne en difficulté ne puisse que lui être bénéfique. Dans un contexte où les ressources sont souvent insuffisantes, il est par conséquent souhaitable de prioriser les milieux et les groupes à potentiel suicidaire élevé.

- **Qualité et continuité des services d'aide**

La stratégie des sentinelles ne peut contribuer à la réduction des décès par suicide que si les autres services qui l'entourent et qui doivent répondre aux différents besoins de suivis et de traitement des personnes suicidaires, au-delà de leur accessibilité, interviennent avec des pratiques dont l'efficacité est connue. La qualité des pratiques cliniques et la complémentarité entre les services, incluant ceux qui relèvent d'autres secteurs d'intervention, tels les dépendances ou les services d'hébergement sont nécessaires afin que les personnes bénéficient de l'aide appropriée à leurs besoins spécifiques favorisant ainsi le maintien et la motivation des sentinelles.

- **Une stratégie intégrée de prévention du suicide**

Prévenir le suicide est une tâche complexe et ne peut se réaliser sans la mise en œuvre d'un continuum de services allant de la promotion, à la prévention et à l'intervention. L'intégration de la stratégie des sentinelles dans ce continuum et la définition claire de sa contribution et des conditions qui doivent l'entourer sont nécessaires à son efficacité. Il est tout aussi nécessaire, dans le cadre de son implantation au plan local, de bien situer cette mesure dans le continuum des ressources et des services disponibles sur le territoire pour les personnes à potentiel suicidaire élevé.

Au plan du déploiement à l'échelle provinciale

- **La diffusion du cadre de référence**

Le présent cadre propose une vision spécifique des sentinelles qui est adaptée à la réalité des besoins et des mesures existantes en prévention du suicide au Québec. L'état actuel des connaissances et du développement des services permet de croire que cette mesure, implantée en conformité avec le cadre de référence proposé, peut apporter une contribution significative au continuum de services. Pour favoriser l'implantation de ce modèle à la grandeur du territoire, une démarche systématique de diffusion des orientations et des modalités retenues dans ce cadre de référence serait un choix judicieux et productif.

- **La formation de formateurs et les outils**

Compte tenu de la diversité des clientèles et des milieux potentiels et du grand nombre de partenaires qui peuvent être impliqués dans l'implantation de programmes de sentinelles, la disponibilité d'une formation de formateurs, associée à la disponibilité des outils appropriés (manuel du formateur, cahier du participant) favoriserait à la fois l'uniformisation dans l'implantation des programmes de sentinelles, le soutien de l'ensemble des réseaux locaux et la réduction des écarts entre le modèle proposé et ceux qui seront implantés.

- **Monitoring, suivi et évaluation**

Au même titre qu'il est nécessaire de faire le suivi de l'implantation locale afin de maximiser l'atteinte des objectifs du programme, le monitoring du déploiement provincial permettrait de vérifier l'engagement des territoires, le respect des orientations, particulièrement en ce qui concerne les clientèles prioritaires. Le cas échéant, cette démarche de suivi du déploiement permettrait de soutenir les territoires moins avancés, de transférer les connaissances plus récentes et de moduler certaines dimensions en fonction des réalités territoriales. Subséquemment, l'évaluation d'impact pourrait apporter un éclairage documenté sur les effets de la généralisation de cette mesure sur tout le territoire québécois et par conséquent de mieux estimer la valeur de sa contribution à la prévention des décès.

- **Le financement**

Les sentinelles constituent une mesure importante du PNSP que de nombreux plans d'action locaux de santé publique ont inscrit dans leurs priorités. Pour soutenir la mise en oeuvre de plusieurs programmes de sentinelles auprès des clientèles à potentiel suicidaire élevé dans toutes les régions, il est nécessaire d'y affecter des ressources humaines et financières. L'étape de planification et d'implantation présente évidemment des coûts plus importants, puisqu'il faut assurer la promotion et la coordination du programme, la concertation avec les partenaires, le recrutement et la formation des sentinelles. Le maintien du programme exige moins de ressources, mais on doit supporter la coordination et le soutien des sentinelles

Conclusion

Le *Cadre de référence pour l'implantation de programme de sentinelles en prévention du suicide* vise à uniformiser la mise en œuvre de cette pratique au Québec. La vision plus rigoureuse d'un programme de sentinelles, présentée dans ce cadre de référence, s'appuie sur l'état actuel des connaissances et sur l'hypothèse que le déploiement intensif de cette pratique contribuera à renforcer le filet de sécurité autour des personnes suicidaires et à enrichir le tissu social des communautés.

Cependant, il est illusoire de penser que cette stratégie peut, à elle seule, diminuer le taux de décès par suicide au Québec. Il est primordial que les programmes de sentinelles soient entourés d'autres mesures tant en promotion de la santé, en prévention du suicide, qu'en intervention auprès des personnes suicidaires, spécifiquement auprès des groupes à risque.

L'implantation de programmes de sentinelles exige des efforts de planification et de coordination, mais la structure proposée permettra de réaliser des évaluations d'implantation et d'impacts de ces programmes à travers le Québec. Ces évaluations permettront de recueillir des données probantes sur les pratiques de sentinelles en prévention du suicide. L'éventuelle disponibilité d'un programme jugé efficace renforcera la mobilisation des partenaires autour de la prévention du suicide.

ANNEXES

ANNEXE 1

LES FACTEURS ASSOCIÉS AU SUICIDE

Facteurs associés au suicide chez les enfants

Adapté de White, J., Jodoin, N. Before the fact intervention: a manual of best practice in youth suicide information and ressource. Center of British Columbia. 1998 par Association québécoise de prévention du suicide (2003). Programme de formation accréditée : intervenir en situation de crise suicidaire.

	Facteurs prédisposants	Facteurs conribuants	Facteurs précipitants	Facteurs de protection
Individu	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dépression, problèmes psychiatriques ✓ Facteurs génétiques ou biologiques ✓ Conception de la mort plus ou moins mature ✓ Lacunes dans la capacité de résolution de problèmes 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Impulsivité, hypersensibilité ✓ Abus sexuel ou physique 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Échec personnel ✓ Humiliation ✓ Traumatisme individuel 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tempérament facile ✓ Habilétés de résolution de problèmes ✓ Capacité à exprimer son vécu et ses émotions
Famille et pairs	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Antécédents suicidaires familiaux ✓ Relation de violence, d'abus ✓ Isolement social et aliénation ✓ Absence de liens significatifs 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conflits persistants ✓ Instabilité des relations 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Décès, surtout par suicide ✓ Séparation, divorce 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Climat chaleureux ✓ Rôles et limites clairs ✓ Sentiments d'appartenance ✓ Entraide
Communauté	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Acceptation, banalisation du suicide 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Traitement sensationnaliste dans les médias ✓ Accessibilité aux moyens ✓ Ressources peu accessibles ✓ Pauvreté économique ✓ Hésitation, incertitude des proches à aider 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Décès d'une célébrité par suicide 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Espoir en l'avenir ✓ Disponibilité des ressources

Facteurs associés au suicide chez les adolescents

	Facteurs prédisposants	Facteurs conribuants	Facteurs précipitants	Facteurs de protection
Individu	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tentatives de suicide antérieures ✓ Deuil prolongé ou non résolu ✓ Facteurs génétiques ou biologiques ✓ Dépression, problèmes psychiatriques 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Style cognitif rigide ✓ Faible capacité d'adaptation ✓ Abus de substances ✓ Difficultés d'orientation sexuelle ✓ Impulsivité ✓ Hypersensibilité 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Échec personnel ✓ Humiliation ✓ Traumatisme individuel ✓ Crise développementale ✓ Rupture amoureuse 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tempérament facile ✓ Hâbleries de résolution de problèmes ✓ Autonomie ✓ Expérience dans la maîtrise de soi ✓ Optimisme ✓ Sens de l'humour ✓ Spiritualité
Famille	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Antécédents suicidaires familiaux ✓ Relation de violence, d'abus dans la famille ✓ Problèmes psychiatriques dans la famille ✓ Séparation/deuil durant l'enfance 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Abus de substances dans la famille ✓ Conflits familiaux persistants ✓ Instabilité familiale 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Perte d'un membre significatif de la famille ✓ Décès, spécialement par suicide 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Relations familiales chaleureuses favorisant l'appartenance ✓ Modèles d'adultes équilibrés ✓ Attentes élevées et réalistes
Pairs	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Isolement social et aliénation 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Attitudes négatives des jeunes face à la recherche d'aide ✓ Imitation de comportements inadaptés des pairs 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Moqueries, cruauté ✓ Perte d'amis, de réseau, rejet ✓ Décès, surtout par le suicide 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hâbleries sociales ✓ Modèles de pairs sains ✓ Acceptation et soutien
École	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Longue histoire d'expérience scolaire négative 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Coupure durant les étapes de transition à l'école ✓ Hésitation, incertitude dans l'aide du personnel scolaire 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Échec, expulsion ✓ Crise disciplinaire 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Adultes qui croient en eux ✓ Implication des parents ✓ Encouragement à participer
Communauté	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Acceptation, banalisation du suicide ✓ Absence d'engagement politique 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Traitement sensationnaliste dans les médias ✓ Accessibilité aux moyens ✓ Hésitation, incertitude des proches à aider ✓ Ressources peu accessibles ✓ Pauvreté économique 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Décès d'une célébrité par suicide ✓ Conflit avec la loi, incarcération 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Possibilité de participation ✓ Espoir en l'avenir ✓ Solidarité communautaire ✓ Disponibilité des ressources

Facteurs associés au suicide chez les adultes

	Facteurs prédisposants	Facteurs conribuants	Facteurs précipitants	Facteurs de protection
Individu	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tentatives de suicide antérieures ✓ Deuil prolongé ou non résolu ✓ Dépression, problèmes psychiatriques ✓ Facteurs génétiques ou biologiques 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Abus de substances ✓ Difficultés d'orientation sexuelle ✓ Impulsivité, hypersensibilité, anxiété, sentiment de perte de contrôle, faible estime de soi ✓ Abus sexuel ou physique 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Échec personnel ✓ Humiliation ✓ Traumatisme individuel ✓ Crise développementale ✓ Présence d'une maladie grave (sida, cancer...) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tempérament facile ✓ Hâbleries de résolution de problèmes ✓ Autonomie ✓ Maîtrise de soi ✓ Respect de ses limites ✓ Sens de l'humour ✓ Capacité à exprimer son vécu et ses émotions ✓ Spiritualité
Famille et pairs	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Antécédents suicidaires familiaux ✓ Relation de violence, d'abus ✓ Isolement social et aliénation ✓ Absence de liens significatifs 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conflits persistants ✓ Instabilité des relations 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fin d'une relation significative ✓ Décès, surtout par suicide ✓ Problèmes interpersonnels importants 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Climat chaleureux ✓ Rôles et limites claires ✓ Sentiment d'appartenance ✓ Entraide
Travail	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Longue expérience négative avec le milieu de travail ✓ Perspective d'emploi limitée 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conflits persistants ✓ Mauvaises conditions de travail ✓ Surinvestissement dans le travail ✓ Instabilité 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Perte d'emploi ✓ Pression dans le milieu de travail 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bonne relation de travail ✓ Bonnes conditions de travail ✓ Actualisation dans le travail ✓ Reconnaissance
Communauté	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Acceptation, banalisation du suicide ✓ Marginalisation ✓ Absence d'engagement politique 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Traitement sensationnaliste dans les médias ✓ Accessibilité aux moyens ✓ Hésitation, incertitude des proches à aider ✓ Ressources peu accessibles ✓ Pauvreté économique ✓ Taux de chômage élevé 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Décès d'une célébrité par suicide ✓ Conflit avec la loi, incarcération 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Possibilité de participation ✓ Espoir d'avenir ✓ Solidarité communautaire ✓ Disponibilité des ressources

Facteurs associés au suicide chez les personnes âgées

	Facteurs prédisposants	Facteurs contribuants	Facteurs précipitants	Facteurs de protection
Individu	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dépression, problèmes psychiatriques associés à une comorbidité physique ✓ Maladie chronique ✓ Perte d'autonomie ✓ Deuil prolongé et non résolu 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consommation abusive de médicaments et d'alcool 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Humiliation ✓ Traumatisme individuel ✓ Placement en famille d'accueil ✓ Pertes 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tempérament facile ✓ Habilités de résolution de problèmes ✓ Capacité à exprimer son vécu et ses émotions ✓ Vision positive de la retraite ✓ Spiritualité
Famille et pairs	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Relation de violence, d'abus ✓ Isolement social et aliénation ✓ Absence de liens significatifs 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conflits persistants ✓ Instabilité des relations 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Veuvage, surtout chez les hommes 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Climat chaleureux ✓ Entraide, support dans la famille
Communauté	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Acceptation, banalisation du suicide chez les personnes âgées 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Télédiffusion des comportements suicidaires chez les personnes âgées ✓ Accessibilité aux moyens ✓ Ressources peu accessibles ✓ Pauvreté économique ✓ Hésitation, incertitude des proches à aider 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Décès d'une célébrité par suicide, surtout une personne âgée 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rôle actif dans la communauté ✓ Vision positive du vieillissement dans l'entourage ✓ Disponibilité des ressources

ANNEXE 2

LE CONTEXTE LÉGAL DE LA PRÉVENTION DU SUICIDE AU QUÉBEC

Le contexte légal de la prévention du suicide au Québec¹⁶

Un ensemble d'aspects légaux a un impact sur la prévention du suicide au Québec. Certains d'entre eux visent particulièrement les professionnels et d'autres, l'ensemble des citoyens. Dans le cadre du présent programme, les sentinelles peuvent rencontrer des situations particulières qui nécessitent le recours à l'une de ces lois. Le coordonnateur et le formateur du programme de sentinelles, ainsi que la ressource qui assure le soutien aux sentinelles, devront maîtriser la connaissance de ces lois, au regard de la problématique du suicide et leurs implications dans des contextes spécifiques. Le programme de sentinelles fait appel aux principes issus des cadres légaux suivants :

La Charte québécoise des droits et libertés de la personne (L.R.Q., c. C-12)

1. Droit à la vie

Tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne.

2. Droit au secours

Tout être humain dont la vie est en péril a droit au secours.

Secours à une personne dont la vie est en péril

Toute personne doit porter secours à celui dont la vie est en péril, personnellement ou en obtenant du secours, en lui apportant l'aide physique nécessaire et immédiate, à moins d'un risque pour elle ou pour les tiers ou d'un autre motif raisonnable.

Notons que l'obligation de porter secours est une obligation de moyen et non de résultat.

Code civil

1471. La personne qui porte secours à autrui ou qui, dans un but désintéressé, dispose gratuitement de biens au profit d'autrui est exonérée de toute responsabilité pour le préjudice qui peut en résulter, à moins que ce préjudice ne soit dû à sa faute intentionnelle ou à sa faute lourde.

¹⁶ Adaptation : Juge Michael Sheehan

Commentaire du Ministre de la Justice: « Cet article favorise le civisme et le bénévolat, en permettant aux personnes qui agissent en « bon samaritain » d'être déchargées de toute responsabilité pour des erreurs de bonne foi ou des fautes légères commises dans l'accomplissement d'actes socialement bénéfiques. Il devrait également favoriser le « droit au secours » prévu par l'Article 2. »

La Loi sur la divulgation des renseignements confidentiels en vue d'assurer la protection des personnes, L.Q. 2001, chapitre 78 (Loi 180)

Notes explicatives

Ce projet de loi introduit, notamment dans les lois concernant les ordres professionnels et les lois relatives à la protection des renseignements personnels, des dispositions afin de permettre la communication de renseignements confidentiels sans le consentement de la personne concernée, en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, dans les situations où il existe un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiables.

Toutefois, le projet de loi prévoit que la communication des renseignements doit se limiter aux renseignements nécessaires aux fins poursuivies par la communication et qu'elle ne peut se faire qu'à la personne ou aux personnes exposées au danger, à leur représentant ou aux personnes susceptibles de leur porter secours.

Le projet de loi apporte, de plus, certaines modifications connexes en matière de protection de la jeunesse.

Code civil

De la garde en établissement et de l'évaluation psychiatrique

26. Nul ne peut être gardé dans un établissement de santé ou de services sociaux, en vue d'une évaluation psychiatrique ou à la suite d'une évaluation psychiatrique concluant à la nécessité d'une garde, sans son consentement ou sans que la loi ou le tribunal l'autorise.

27. S'il a des motifs sérieux de croire qu'une personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental, le tribunal peut, à la demande d'un médecin ou d'un intéressé, ordonner qu'elle soit, malgré l'absence de consentement, gardée provisoirement dans un établissement de santé ou de services sociaux pour y subir une évaluation psychiatrique. Le tribunal peut aussi, s'il y a lieu, autoriser tout autre examen médical rendu nécessaire par les circonstances. Si la demande est refusée, elle ne peut être présentée à nouveau que si d'autres faits sont allégués.

Si le danger est grave et immédiat, la personne peut être mise sous garde préventive, sans l'autorisation du tribunal, comme il est prévu par la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.

La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., c. P-38.001)

7. Tout médecin exerçant auprès d'un tel établissement peut, malgré l'absence de consentement, sans autorisation du tribunal et sans qu'un examen psychiatrique ait été effectué, mettre une personne sous garde préventive dans une installation maintenue par cet établissement pendant au plus soixante-douze heures, s'il est d'avis que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

8. Un agent de la paix peut, sans l'autorisation du tribunal, amener contre son gré une personne auprès d'un établissement visé à l'article 6:

1° à la demande d'un intervenant d'un service d'aide en situation de crise qui estime que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui;

La Loi sur la protection de la jeunesse (L.R.Q., c. P-34.1)

Signalement obligatoire

39. « Tout professionnel ... qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de l'article 38 ou 38.1, est tenu de signaler sans délai la situation au directeur de la protection de la jeunesse... ». « Toute personne autre qu'une personne visée au premier

alinéa qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis au sens du paragraphe g de l'article 38 est tenue de signaler sans délai la situation au directeur. »

Code criminel du Canada

117.04 (1) Un juge de paix peut, sur demande de l'agent de la paix, délivrer un mandat autorisant celui-ci à perquisitionner et à saisir les armes à feu et autres munitions en possession d'une personne s'il est convaincu qu'il existe des motifs raisonnables de croire que cela n'est pas souhaitable pour sa sécurité ou celle d'autrui.

(2) En cas d'urgence, l'agent de la paix peut, sans mandat, perquisitionner et saisir ses armes et munitions s'il est convaincu qu'il existe des motifs raisonnables de croire qu'il n'est pas souhaitable pour la sécurité de celle-ci ni celle d'autrui de lui laisser ses objets.

Annexe 3

Les éléments servant à l'analyse des particularités du milieu

Les éléments servant à l'analyse des particularités du milieu

Concernant le territoire local	Concernant le milieu d'implantation et la clientèle visée	Concernant la disponibilité et l'organisation des services du territoire de CSSS
<ul style="list-style-type: none"> • Les données démographiques et épidémiologiques • Les facteurs de risque connus • L'historique des événements suicidaires • Les particularités culturelles • La capacité d'investissement du milieu (ressources humaines et financières...) • La capacité de mobilisation • L'expertise disponible • Etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les ressources internes • La culture du milieu (attitudes, croyances, habitudes de demande d'aide, etc.) • Les services ou activités déjà existantes (protocole de postvention, équipe de crise, etc.) • L'histoire des événements suicidaires • Les leviers (appui de la direction, leadership, personnes-clés, etc.) • Les contraintes (conflits, méfiance, mythes, etc.) • La capacité d'investissement dans le projet (ex.: libération des employés pour la formation) • Etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les services déjà en place en prévention du suicide • L'accessibilité des différentes ressources d'aide • Les alliances, ententes et mécanismes de concertation existants • Les données sur l'utilisation des services par la clientèle ciblée • Etc.

Références bibliographiques

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

Associate professor Margarita Frederico et Ms Cathy Davis. (1996). *Gatekeeper training and youth suicide prevention, report for Youth suicide prevention initiative (Education and training Consultancy*. Scholl of social work Austratlan Catholic University, Canberra.

Association québécoise de prévention du suicide (2003). *Programme provincial de formation accréditée*, deuxième édition.

Bowen, P., Choquet, M., Ladame, F., Kjellberg, G., Perret-Catipovic, M. *Youth suicide prevention programs : Review of litterature published in english or french betwenn 1990 ans 1999. 2001*. 188 pages.

Breton, J-J., Bilodeau, H. et Boyer, R. Guide pratique pour un programme en santé mentale : planifier, implanter, évaluer. Santé Canada. 2001, 104 p.

Bronfenbrenner, U. (1977) *Toward an experimental ecology of human development*. American Psychologist, 32, p. 513-531.

Cardinal, L., Rainville, M. (2004) *Évaluation de l'implantation de trois projets de sentinelles en prévention du suicide*. DSP Québec.

Center for Disease Control (1992). *Youth Suicide Prevention programs : a ressource guide*. Septembre 1992, 190 p.

Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas Saint-Laurent. (2004) *Programme de sentinelles dans la communauté. Un appel à la vie : la prévention du suicide dans le Bas Saint-Laurent*.

Centre de prévention du suicide de l'Estrie, Jevi (2004). Formation des sentinelles. Document à l'intention des milieux de travail, cahier du participant.

Centre de prévention du suicide de Québec (2004)..*Les sentinelles en milieu de travail, un relais entre la personne en détresse et les professionnels*.

Centre de prévention du suicide 02 (2002). *Évaluation d'un projet pilote de parrainage auprès d'hommes adultes présentant des problèmes d'abus ou de dépendance à l'alcool, aux drogues et autres substances psychotropes et à risque de suicide ou de tentatives de suicide sur le territoire de Saguenay*. Rapport de recherche présenté à la Direction générale de la santé publique au Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Centre d'intervention et de prévention du suicide de la Côte Nord (2001). *Réseau de sentinelles en milieu rural sur la Côte Nord*.

Chagnon, F., Mishara, B-L. (2004) *Évaluation de programmes en prévention du suicide*. Presse de l'Université du Québec.

Charbonneau, L. (1997). *Edwin Shneidman. Sa contribution à l'avancement de la suicidologie*. Document interne. Association québécoise de suicidologie.

D'amours et coll., (2000) dans « *pour la réussite éducative et le bien-être des jeunes. Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires*, 2005 (MSSS-MEQ-ACCQ-INSPQ)

Dupont, J-P. (Avril 2003). *Évaluation de l'implantation d'un réseau de sentinelles en milieu rural sur la Côte-Nord*. Centre de prévention du suicide de la Côte-Nord.

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

Filion, G. (2005). *Évaluation d'un programme cadre de formation en prévention du suicide sur le territoire de la MRC d'Antoine-Labelle, Saint-Jérôme*, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides Direction de santé publique des Laurentides.

Frederico, M., Davis, C.(1996). *Gatekeeper training and youth suicide prevention : youth suicide prevention initiative Educational and training consultancy*. School of Social Work, Australian University, Canberra.. 55 pages

Gould M.S., R.A. Kramer. (2001). *Youth suicide prevention*. Suicide and lifethreatening behavior, vol.31 (supplement), Spring, p. 6-30.

Harrington, C.R., Putnam, S.L., Waters, W.J., Colt, A.M. (1989). The community Gatekeeper training Model for reducing Alcohol Abuse and Alcohol-Related Injury. Rhode Island Medical Journal. 72, p. 459-463.

Institut de la statistique du Québec (2000). *Enquête sociale et de santé 1998*. (Collection la santé et le bien-être)

Institut de la statistique du Québec (ISQ) (2001). *Enquête sociale et de santé 1998, 2e édition*. Les Publications du Québec, Chapitre 16, Santé mentale, p.334-352.

Institut national de santé publique du Québec (2004). *L'épidémie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente*. <http://www.inspq.qc.ca> 43 pages.

Institut national de santé publique du Québec (2004). *Avis scientifique sur la prévention du suicide auprès des jeunes*. 50 p.

Living works (2001). *Suicide : guide d'intervention*, deuxième édition française.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Plan d'action en santé mentale, La force des liens*. 96 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*. 133 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998). *Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie*, Québec, Direction générale des services à la communauté. 94 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Profil de suicides au Québec 1981-2002, mise à jour en 2005*. Lucie Ross et Stéphane Prévost, Service de la surveillance de l'état de santé, Direction générale de la santé publique.

Morissette, P. (1984). *Le suicide, démythification, intervention et prévention*. Centre de prévention du suicide de Québec.

Notes de lecture d'un séminaire animé par Michel Tousignant sur les Facteurs associés au suicide, mars 2005. Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE).

O'Carroll, P.W., Mercy, J.A., Hersey, J.C., Boudreau, C., Odell-Butler, M. (1992). Youth suicide prevention programs : A resource Guide. Center for disease Control Prevention. Atlanta, Georgia. September 1992.

Organisation mondiale de la santé (1996). *Lignes directrices de L'ONU / OMS pour une stratégie nationale*.

Organisation mondiale de la santé (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé. Chapitre 7 : La violence dirigée contre soi*. Genève, pp. 203-206.

Préville, M., Julien, M., Groulx, S., Deschênes, L., Denis, J-L., St-Laurent, D (2004). *Rapport d'évaluation du programme pps-md, programme de prévention du suicide, s'adressant aux omnipraticiens*.

Programme de dépistage de Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine (à compléter)

Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine (1995). *Guide pour bâtir un projet ou un programme : Félicitations pour votre beau programme!* Direction de santé publique, 100 p.

Robert, P. (2002). Le petit Robert 1 : *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française* (nouvelle édition, revue, corrigée et mise à jour). Paris.

Roy, D. (Juillet 2004). *Rapport de maîtrise en santé communautaire. Les programmes de sentinelles en prévention du suicide auprès des 12 à 17 ans: par où devrait-on commencer ?* Université de Montréal, département de santé communautaire. (document non publié).

Séguin, M., Lesage, A., Turecki, G., Daigle, F., Guy, A. (2005). *Projet de recherche sur les décès par suicide au Nouveau-Brunswick, entre avril 2002 et mai 2003*. Gouvernement du Nouveau-Brunswick. ISBN 1-55396-476-4. 32 p.

Shaffer, D., Garland, A., Gould, M., P. & Trautman, P. (1988). *Preventing Teenage Suicide: A critical review*. The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27(6), 675-687.

St-Hilaire, E. (2002). *Évaluation de l'implantation du programme de formation de sentinelles* Régie régionale de la santé et des services sociaux Chaudière-Appalaches, Direction de santé publique.

Stuart, C., Waalen, J-K., haelstromm, E. (2003). *Many helping hearts : an evaluation of peer gatekeeper training in suicide risk assessment*. Brunner Routledge Taylor & Francis healthsciences.

Trajectoires-Hommes du KRTB et Centre Ressources Interventions Suicide du KRTB (2002). *Projet formation de sentinelles en milieu de travail, Rapport d'évaluation du projet*. Mars. 10 p.

White J., Jodoin N. (1998). *Before-the-fact interventions: A manual of best practices in youth suicide prevention*. B.C. Ministry for Children & Families, British Columbia, June, 276 p.