



# **L'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide**

**CADRE DE RÉFÉRENCE**

# **L'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide**

**CADRE DE RÉFÉRENCE**

Septembre 2006

### **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 la médecine universitaire, ministère de la Santé et des Services sociaux
Nadine Ducharme	Direction de santé publique des Laurentides
Suzanne Gérin-Lajoie	Direction de santé publique de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
François Godin	Direction de santé publique de Laval
Ginette Martel	Agence de la santé et des 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 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

### **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

Lyse Jobin Direction de la promotion de la santé et du bien-être,  
Direction générale de la santé publique,  
ministère de la Santé et des Services sociaux

### **Coordination de la production du document final**

Sylvie Veilleux Direction de la promotion de la santé et du bien-être,  
Direction générale de la santé publique,  
ministère de la Santé et des Services sociaux

Josée Lepage Direction de la santé mentale,  
Direction des services de santé et de la médecine universitaire,  
ministère de la Santé et des Services sociaux

Marthe Hamel Direction de la promotion de la santé et du bien-être,  
Direction générale de la santé publique,  
ministère de la Santé et des Services sociaux

### **Révision linguistique**

Yvette Gagnon

Édition produite par :

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

Ce document s'adresse uniquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux qui peuvent le consulter sur les sites suivants : <http://intranetreseau.rtss.qc.ca> et [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca) section **Documentation**, rubrique **Publications** ou en obtenir un exemplaire auprès du responsable de la diffusion de leur agence de la santé et des services sociaux.

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

Bibliothèque nationale du Canada, 2006

ISBN 10 : 2-550-47734-0 (version imprimée)

ISBN 13 : 978-2-550-47734-1

ISBN 10 : 2-550-47735-9 (version PDF)

ISBN 13 : 978-2-550-47735-8

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec, 2006

## Remerciements

De nombreux partenaires ont contribué à la préparation du présent document ou ont répondu au questionnaire conçu pour assurer la validité du contenu. Bien que leur collaboration ait permis d'en améliorer la qualité, ce document ne représente pas nécessairement leur point de vue.

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 du Québec
Malorie Toussaint-Lachance	Direction de santé publique de la Montérégie

Merci aussi aux répondants du dossier santé mentale et suicide des agences de la santé et des services sociaux (groupe MSSS-agences) : Maria Fortin, Hélène Bélanger-Bonneau, Lise Cardinal, Bernard Deschênes, Yves Guillemette, Alain Rochon, Janie Houle, Geneviève D'Amours, Marie-Thérèse Roberge, Suzanne Gérin-Lajoie, Édith Saint-Hilaire, François Godin, Ginette Martel, Nadine Ducharme, Dominique Gagnon et Richard Kouri.

Un merci également à Louis Lemay et à Daniel Beaulieu, de l'Association québécoise de prévention du suicide, pour avoir invité leurs membres à répondre au questionnaire.

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

#### **Bas-Saint-Laurent**

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

#### **Saguenay– Lac-Saint-Jean**

Sylvie Audet  
Hélène Bélanger-Bonneau  
Sonia Boivin  
Charles Caron  
Mona Charest  
Laurent Garneau  
Françoise Lamontagne  
Alain Ostiguy  
Johanne Saint-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 et Centre-du-Québec**

Sylvie Allard  
Véronique Arès  
Sophia Beaulieu  
Annick Bellerive  
Danielle Bérubé  
Catherine Carignan  
Jean-François Bussière  
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 Martimbault  
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– Îles-de-la-Madeleine**

Michel Marion  
Pascal Soucy  
Lise Turbide

#### **Chaudière- Appalaches**

François Bergeron  
Véronique Bourgault  
Madeleine Caron  
Valérie Craft  
Jocelyn Deblois  
Denise Deshaye  
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 Saint-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

#### **Montréal**

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  
Daniel Beaulieu  
Union de producteurs  
agricoles (UPA) :  
Diane Fortin  
Conseil central de la  
Fédération des  
travailleurs et  
travailleuses du Québec  
(FTQ) :  
Daniel Champagne  
Table de concertation  
nationale en promotion-  
prévention (TCNPP) :  
Suzanne Auger

## Avant-propos

En 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), dans son *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP), recommandait l'établissement de réseaux de sentinelles comme mesure faisant partie d'une intervention globale en prévention du suicide. Les sentinelles y sont définies comme « ... des personnes formées et soutenues pour reconnaître les personnes suicidaires et les accompagner vers des ressources d'aide »<sup>1</sup>. Deux ans plus tard, le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens* du MSSS, dans son volet promotion-prévention, venait appuyer les recommandations du PNSP concernant les sentinelles<sup>2</sup>. Entre-temps, l'Institut national de santé publique du Québec, dans son *Avis scientifique sur la prévention du suicide auprès des jeunes*, recommandait la définition de jalons pouvant guider l'implantation de tels réseaux<sup>3</sup>.

Dans la foulée de cet avis, l'Association québécoise de prévention du suicide, en collaboration avec la Direction de santé publique de la Montérégie, réunissait, en octobre 2004, les représentants d'organismes engagés dans la prévention du suicide tels que les centres de prévention du suicide, les centres de santé et de services sociaux ainsi que les agences de la santé et des services sociaux afin de faire le point sur les sentinelles au Québec en matière de prévention du suicide.

En février 2005, la Table de coordination nationale de santé publique et la Table de concertation nationale en promotion-prévention, à la demande des répondants du dossier santé mentale et suicide des agences, ont confié à un groupe de travail le mandat de formuler, à l'intention du MSSS, des propositions visant l'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide au Québec.

- 
1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, p. 41.
  2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, 96 p.
  3. M. JULIEN et J. LAVERDURE, *Avis scientifique sur la prévention du suicide auprès des jeunes*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2004, 50 p.



# TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	8
<b>LISTE DES GRAPHIQUES</b> .....	8
<b>LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES</b> .....	8
<b>INTRODUCTION</b> .....	9
<b>PARTIE I - LA PROBLÉMATIQUE DU SUICIDE</b> .....	11
1.1 Cadre théorique.....	11
1.2 L'ampleur du problème.....	14
<b>PARTIE II - LES RETOMBÉES DES PROJETS DE RÉSEAUX DE SENTINELLES EN PRÉVENTION DU SUICIDE</b> .....	21
2.1 Les évaluations relatives à l'implantation de réseaux .....	21
2.2 Les évaluations relatives aux effets des projets.....	23
<b>PARTIE III - LES ÉLÉMENTS CONTEXTUELS ET LE PROCESSUS DE L'IMPLANTATION DES RÉSEAUX DE SENTINELLES EN PRÉVENTION DU SUICIDE</b> .....	25
3.1 Les valeurs et les principes éthiques associés à l'implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide .....	27
3.2 Qui sont les sentinelles ? .....	29
3.3 Le rôle des sentinelles.....	29
3.4 La raison d'être des réseaux de sentinelles .....	33
3.5 Le but de l'implantation d'un réseau de sentinelles .....	34
3.6 La contribution des réseaux de sentinelles à la prévention du suicide .....	34
3.7 Le processus de l'implantation d'un réseau de sentinelles .....	36
<b>PARTIE IV - LES CONDITIONS POUR RÉUSSIR L'IMPLANTATION D'UN RÉSEAU DE SENTINELLES</b> .....	51
4.1 Sur le plan de l'implantation dans un milieu selon les objectifs particuliers au réseau de sentinelles .....	51
4.2 Sur le plan de la contribution à la réduction des décès par suicide .....	52
4.3 Sur le plan du déploiement à l'échelle nationale .....	53
<b>CONCLUSION</b> .....	55
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	57
<b>ANNEXES</b> .....	59
Annexe 1 Les facteurs associés au suicide .....	60
Annexe 2 Réglementation et législation relatives à la prévention du suicide au Québec.....	64
Annexe 3 Les signes précurseurs associés à un processus suicidaire .....	67
Annexe 4 Les éléments servant à l'analyse des particularités du milieu .....	70

## LISTE DES FIGURES

Figure 1	Les sphères d'influence du modèle écologique de White et Jodoin .....	12
Figure 2	Le fondement et l'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide .....	26
Figure 3	Le processus de décision que doivent suivre les sentinelles dans l'exercice de leur rôle .....	32
Figure 4	Le processus de l'implantation d'un réseau de sentinelles .....	37

## LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1	Taux ajusté de mortalité par suicide selon le sexe, Québec, 1976-1978 à 2001-2003 .....	15
Graphique 2	Répartition en pourcentage des décès par suicide selon les groupes d'âge, sexes réunis, Québec, 1976-1978 et 2001-2003.....	16
Graphique 3	Taux de mortalité par suicide chez les hommes selon les groupes d'âge, Québec, 1976-1978 à 2001-2003.....	17
Graphique 4	Taux de mortalité par suicide chez les femmes selon les groupes d'âge, Québec, 1976-1978 à 2001-2003 .....	18
Graphique 5	Taux ajusté de mortalité par suicide selon les régions, sexes réunis, Québec, 2001-2003 .....	19

## LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CDC	Center for Disease Control
CJ	Centre jeunesse
CPS	Centre de prévention du suicide
CR	Centre de réadaptation
CS	Commission scolaire
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAL	Plan d'action local
PNSP	Programme national de santé publique

## Introduction

Le mot *sentinelle* tire son origine du verbe latin *sentire*, qui signifie entendre ; il fait référence à une « personne, [un] soldat qui a la charge de faire le guet devant un lieu occupé par l'armée, de protéger un lieu public, etc. »<sup>1</sup>. Quant au guetteur, il est défini comme un « homme qui était posté au haut d'un beffroi et chargé d'annoncer les dangers [...] en faisant sonner une cloche »<sup>2</sup>. Le terme *sentinelle*, utilisé dans le vocabulaire militaire, a été repris dans différents domaines, notamment en toxicomanie, en médecine, en santé au travail et en sécurité routière, avant de l'être dans celui de la prévention du suicide. La sentinelle a dans ce dernier cas un rôle de relais entre le danger que constitue le risque de suicide et les ressources qui peuvent intervenir auprès des personnes suicidaires.

Il est difficile de préciser à quel moment sont apparus les réseaux de sentinelles en prévention du suicide. Toutefois, dès 1992, le Center for Disease Control (CDC) mentionnait la formation de sentinelles en milieu scolaire et dans la communauté parmi les mesures les plus souvent incluses dans les stratégies de prévention du suicide<sup>3</sup>. Par ailleurs, dans un document des Nations Unies publié en 1996, la formation des sentinelles faisait partie des mesures qu'il était recommandé d'inclure dans une stratégie nationale de prévention du suicide<sup>4</sup>.

Dans quelques régions du Québec, il existait déjà des actions relevant de la même préoccupation, soit celle de reconnaître les personnes suicidaires et de les orienter vers les ressources appropriées (Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Saguenay-Lac-Saint-Jean et Montérégie, entre autres). Toutefois, il faut attendre jusqu'en 1998, alors que le MSSS, dans sa *Stratégie québécoise d'action face au suicide*<sup>5</sup>, recommande la mise en place de réseaux de sentinelles afin d'entrer en contact avec les groupes à risque, pour voir émerger plusieurs projets dans différentes régions du Québec : Chaudière-Appalaches, Capitale-Nationale, Outaouais, Bas-Saint-Laurent, Côte-Nord et Laurentides, notamment. L'inventaire de ces actions a cependant fait ressortir des disparités importantes quant aux objectifs poursuivis (la mise en place d'un filet de sécurité, la reconnaissance des personnes suicidaires ou même l'intervention auprès de celles-ci), à la définition des sentinelles et de leur rôle, à la formation desdites sentinelles ainsi qu'aux modalités de l'implantation des réseaux<sup>6</sup>.

- 
1. *Le Petit Robert 1 : Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, nouvelle édition, revue, corrigée et mise à jour, Paris, Dictionnaire Le Robert – VUEF, 2002, p. 1799.
  2. *Ibid.* p. 899.
  3. CENTER FOR DISEASE CONTROL, *Youth Suicide Prevention Programs: A Resource Guide*, Atlanta, Public Health Services, U.S. Department of Health and Human Services, 1992, 129 p.
  4. UNITED NATIONS, *Prevention of Suicide: Guidelines for the Formulation and Implementation of National Strategies*, New York, Department for Policy Coordination and Sustainable Development, United Nations, 1996, 29 p.
  5. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (sous la direction de Guy Mercier et de Danielle Saint-Laurent), *Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 94 p.
  6. G. FILION, *Commentaires et résultats de la tournée des régions du Québec portant sur des expérimentations d'implantation de programmes de formation en prévention du suicide de type « sentinelles », document de travail*, Saint-Jérôme (Québec), Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides, 2004, 211 p.

Le présent cadre de référence est basé sur une vision structurante de l'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide. Il a pour objectifs :

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

Ce cadre de référence s'adresse aux personnes concernées par l'implantation de réseaux de sentinelles sur le territoire d'un centre de santé et de services sociaux : les responsables de l'actualisation des projets cliniques et plans d'action locaux de santé publique, les partenaires qui auront à assumer différents rôles et responsabilités au regard des services à offrir aux personnes suicidaires et du soutien à l'intention des sentinelles ainsi que les formateurs des sentinelles. De plus, il sera utile dans les milieux où s'implantent ces réseaux, notamment dans les écoles et les milieux de travail. Le cadre de référence vise toutes les populations (jeunes, adultes et personnes âgées) des différents milieux (scolaires, de travail, etc.) et il permet de tenir compte des particularités des groupes ou des milieux ciblés tout comme des réalités régionales ou locales.

Issu d'un consensus de professionnels de la santé publique, ce document propose des jalons qui visent l'utilisation d'un langage commun ainsi que le déploiement de réseaux de sentinelles dans l'ensemble du Québec. Le terme *réseau* est ici utilisé dans le sens d'un ensemble de personnes qui sont en liaison dans un milieu donné. L'implantation d'un réseau de sentinelles dans différents milieux sur un même territoire crée ainsi un mouvement de solidarité axé sur un objectif commun : prévenir le suicide.

Le document est divisé en quatre parties. La première porte sur le cadre théorique, de façon à faire comprendre la problématique du suicide et ses facteurs associés, ainsi que sur l'ampleur du phénomène au Québec. La deuxième partie fait connaître les évaluations relatives à l'implantation de programmes visant la prévention du suicide, lesquelles évaluations ont servi de base au contenu du présent document. La troisième partie présente les valeurs et les principes éthiques devant guider l'action, la définition des sentinelles et de leur rôle auprès des personnes suicidaires ainsi que la raison et le but des réseaux de sentinelles ; de plus, elle montre la contribution des réseaux de sentinelles à la prévention du suicide et présente le processus de l'implantation d'un tel réseau. Enfin, la quatrième partie est consacrée aux conditions de réussite qui favoriseront à la fois l'implantation de réseaux de sentinelles à l'échelle locale, le déploiement de cette mesure dans tout le Québec et la contribution des réseaux de sentinelles à la prévention du suicide.

## PARTIE I

# La problématique du suicide

La présente partie porte sur le cadre théorique de la problématique du suicide et sur l'ampleur du phénomène au Québec.

### 1.1 Cadre théorique

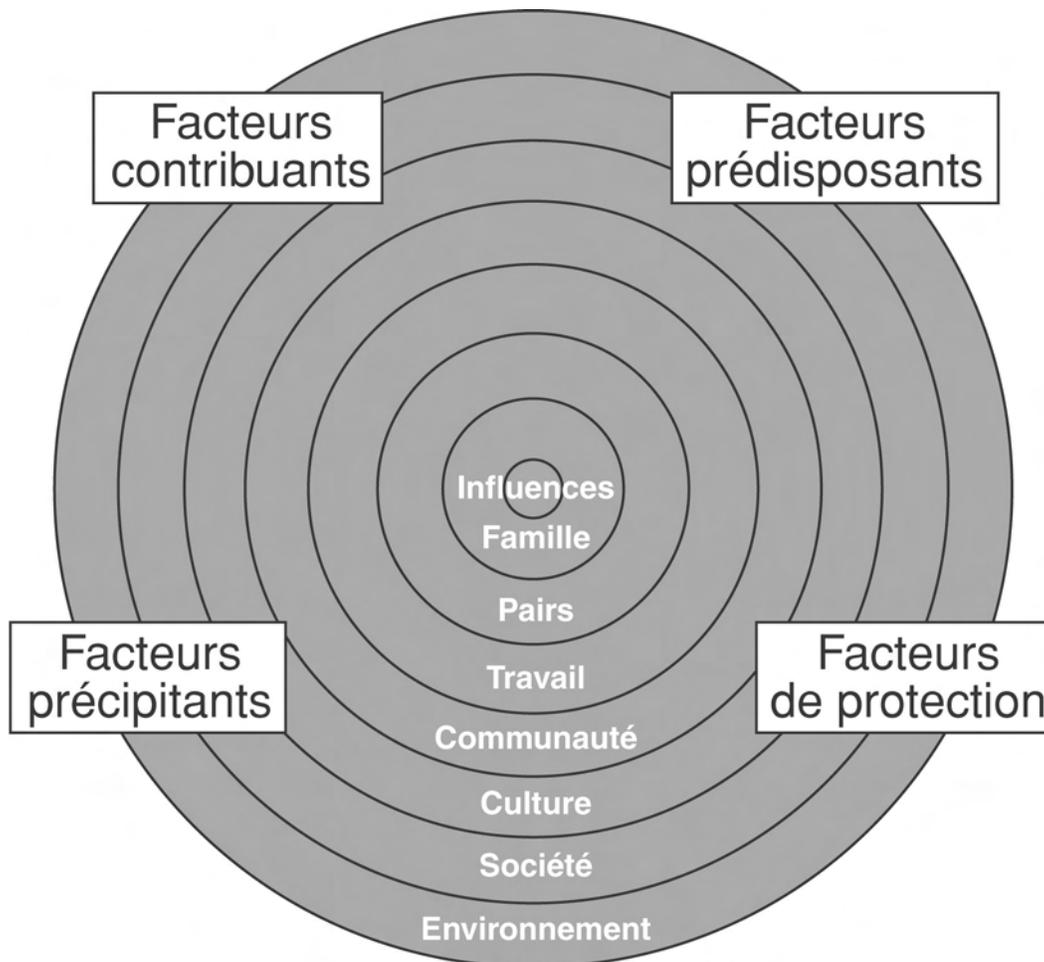
Il n'existe pas de modèle théorique qui fasse l'unanimité concernant l'étiologie du problème du suicide. Plusieurs auteurs ont tenté de l'expliquer sous l'angle psychologique, sociologique, culturel ou médical, entre autres. Chacun d'eux propose, en conséquence, des actions particulières selon son approche. Il existe toutefois un consensus sur l'association entre les comportements suicidaires et une combinaison de facteurs de risque. Les stratégies pour faire face au suicide doivent se concilier avec cette vision. Le modèle dont il est question ici reprend les éléments présentés dans un document de formation produit par l'Association québécoise de prévention du suicide<sup>1</sup>.

Au Québec, les stratégies et les pratiques relatives à la prévention du suicide ont principalement pris appui sur le modèle écologique de Bronfenbrenner<sup>2</sup>. Ce modèle fournit un cadre d'analyse qui inclut non seulement les caractéristiques individuelles, mais aussi l'interaction entre la personne et son environnement (famille, amis, milieu culturel et social, etc.). Appliqué au suicide, il permet de mettre en lumière l'aspect multifactoriel du problème et l'importance des interactions entre les différents facteurs associés aux comportements suicidaires.

Le modèle conçu par White et Jodoin<sup>3</sup>, adapté du modèle écologique de Bronfenbrenner, est celui qui a été retenu dans le présent document pour faire état de la compréhension du problème du suicide.

- 
1. ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE PRÉVENTION DU SUICIDE, *Programme accrédité de formation. Intervention en situation de crise suicidaire*, Montréal, Association québécoise de prévention du suicide, 2003, non paginé.
  2. U. BRONFENBRENNER, « Toward an experimental ecology of human development ». *American Psychologist*, vol. 32, n° 17, 1977, p. 513-531.
  3. J. WHITE et N. JODOIN, « Before-the-Fact » *Interventions: A Manual of Best Practices in Youth Suicide Prevention*, Victoria (British Columbia), Ministry for Children and Families, 1998, 276 p.

**FIGURE 1**  
**Les sphères d'influence du modèle écologique de White et Jodoin**



Source : J. WHITE et N. JODOIN, « *Before-the-Fact* » *Interventions: A Manual of Best Practices in Youth Suicide Prevention*, Victoria (British Columbia), Ministry for Children and Families, 1998, p. 16.

Comme le montre la figure 1, l'individu se situe au centre du modèle et, autour de lui, coexistent différentes sphères d'influence : la famille, les pairs, le milieu de travail, la communauté, la culture, la société et l'environnement. Les comportements 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 prendre en compte quatre catégories de facteurs : les facteurs prédisposants, les facteurs contributants, les facteurs précipitants et les facteurs de protection (voir l'annexe 1).

Le suicide s'avère un phénomène complexe. C'est le cumul des 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. Toutefois, la détresse et le désespoir constituent des facteurs en cause dans tout processus suicidaire.

## Les facteurs associés au suicide

**Facteurs prédisposants :** Ils 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 issus du réseau familial (histoire familiale de suicide, de violence et d'abus, pertes vécues en bas âge, etc.) et de l'entourage (isolement, manque de lien significatif, banalisation du suicide, etc.). Ils comprennent aussi tous les facteurs individuels (troubles mentaux, dépressions, deuils non résolus, etc.). La présence de facteurs prédisposants crée une grande fragilité chez un individu, et ce, avant même qu'un événement vienne perturber son état d'équilibre.

**Facteurs contributifs :** Ils sont des comportements ou des événements qui accentuent le niveau de risque présent. Notons l'abus de substances de toutes sortes, le manque d'habiletés d'adaptation, l'instabilité familiale, le manque de ressources dans le milieu immédiat et éloigné, etc. Il est à noter que les facteurs suivants augmentent la vulnérabilité des personnes alcooliques et toxicomanes face au suicide : une perte récente, l'isolement, le fait de vivre seul, le manque de soutien social, le chômage et les idéations suicidaires antérieures.

**Facteurs précipitants :** Ils sont ceux qui pourront agir comme déclencheurs d'un déséquilibre. L'échec, l'humiliation, le rejet, la peine d'amour, la crise disciplinaire ou tout autre événement de vie récent et difficile déstabilisent la personne dans sa façon de voir et de comprendre les choses. Compte tenu de l'histoire de vie de chacun, les facteurs précipitants créeront, parfois, un état de désorganisation.

**Facteurs de protection :** 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, en élargissant son éventail d'alternatives devant les situations difficiles.

Source : Page du site Web du Centre de prévention du suicide du Québec  
(rubrique Problématique, onglet Facteurs de risque, dont l'adresse est :  
[www.cpsquebec.ca/fr/problematique/index.htm](http://www.cpsquebec.ca/fr/problematique/index.htm) (consulté le 15 mars 2006).

Dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, le MSSS considère comme des personnes dont le potentiel suicidaire est élevé : les hommes de 30 à 49 ans, les membres des communautés autochtones, les personnes aux prises avec des troubles affectifs (dépression), des dépendances ou des troubles de la personnalité, ou encore celles qui ont déjà fait une tentative de suicide<sup>4</sup>. Il importe toutefois de préciser que peu de personnes cumulant les facteurs de risque mentionnés poseront un geste suicidaire. La trajectoire suicidaire de chaque individu est unique. En effet, le suicide et les comportements suicidaires suivent un tracé ni linéaire, ni prévisible. Les routes qui y mènent sont variées, ce qui rend particulièrement difficile la reconnaissance des personnes qui poseront un geste suicidaire avant qu'elles ne donnent certains signes précurseurs. Les facteurs associés diffèrent d'un individu à l'autre, tout comme le poids respectif de ces facteurs varie selon les personnes.

---

4. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, 96 p.

S'il est communément admis que les facteurs individuels jouent un rôle important et qu'ils soient plus faciles à déceler dans le cheminement d'une personne, les facteurs sociaux (particuliers à la communauté, à la culture et à l'environnement) jouent également un rôle important au regard de l'explication des suicides dans une société. On fait référence, notamment, 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<sup>5</sup>.

Bien qu'un ensemble d'éléments fasse partie des facteurs associés au suicide, l'état actuel des connaissances nous permet tout de même de déterminer les personnes ou les groupes à risque. Les personnes présentant des facteurs de comorbidité, comme les problèmes de dépendance et de santé mentale, sont particulièrement vulnérables, notamment les hommes adultes.

## **1.2 L'ampleur du problème**

En 2003, 1 259 personnes se sont suicidées au Québec, à savoir 931 hommes et 278 femmes. La majorité de ces personnes avait entre 20 et 49 ans (46,6 %).

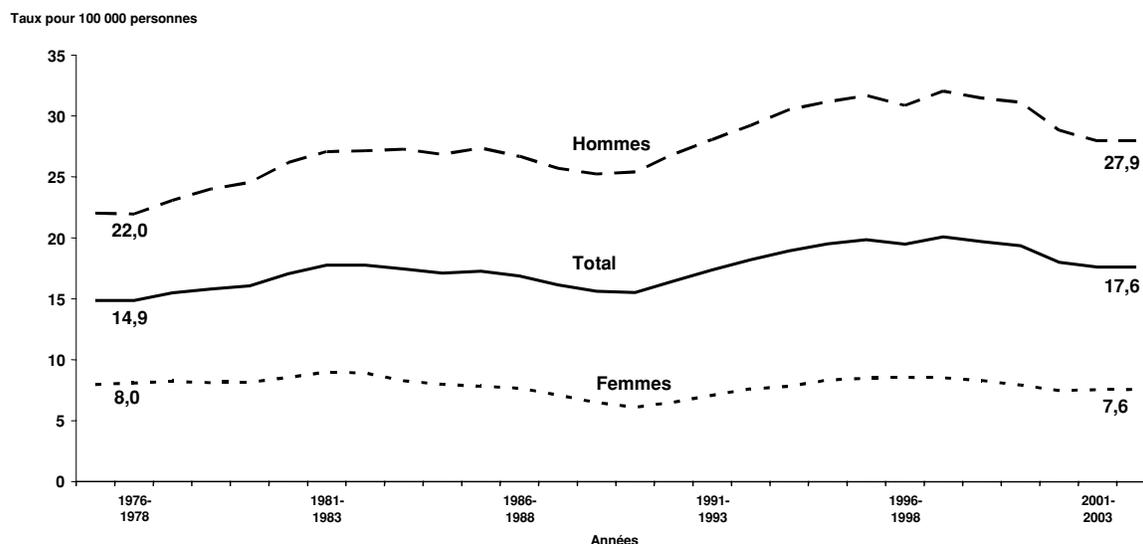
Les dernières décennies ont été marquées par une hausse importante de la mortalité par suicide au Québec, le taux moyen passant de 14,9 pour 100 000 personnes en 1976-1978 à 17,6 pour 100 000 personnes en 2001-2003 (voir le graphique 1). L'analyse de l'évolution de cette cause de mortalité, période après période, révèle que la progression dans l'ensemble de la population est surtout attribuable à l'augmentation importante du taux de suicide chez les hommes, lequel est passé de 22,0 pour 100 000 personnes en 1976-1978 à 27,9 pour 100 000 personnes en 2001-2003, après avoir atteint 32,0 pour 100 000 en 1997-1999. Chez les femmes, le taux de suicide a connu peu de variations durant ces mêmes décennies ; il se situait à 7,6 par 100 000 personnes en 2001-2003. Au Québec, comme dans les pays industrialisés qui présentent des taux élevés de suicide, on note un écart important entre les hommes et les femmes.

---

5. B.L. MISHARA et M. TOUSIGNANT, *Comprendre le suicide*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2004, 172 p.

# GRAPHIQUE 1

## Taux ajusté\* de mortalité par suicide selon le sexe, Québec, 1976-1978 à 2001-2003

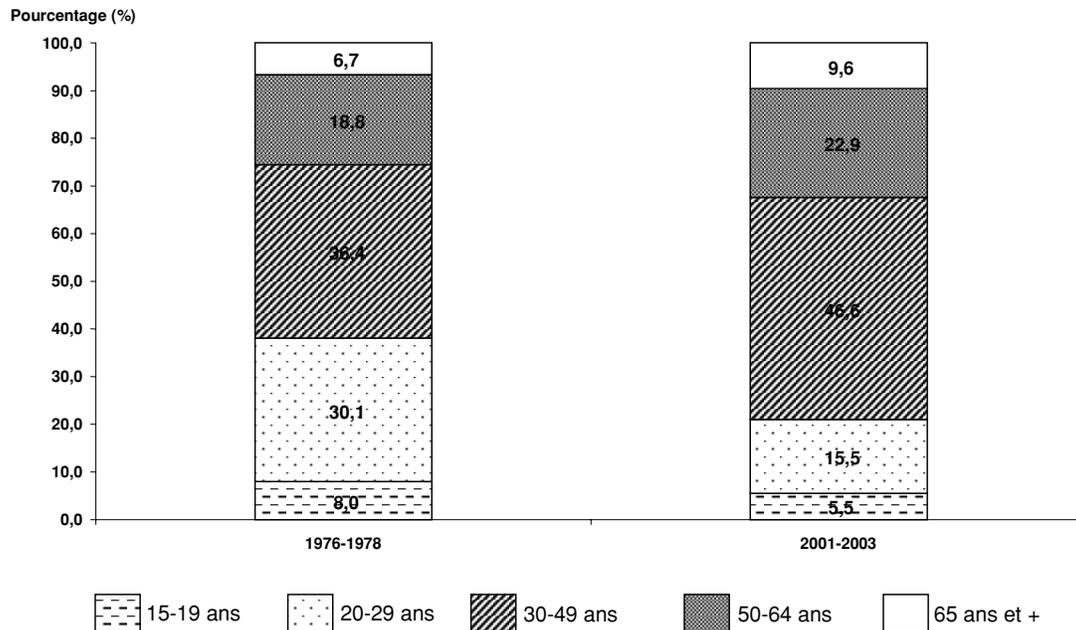


\* Le taux représente des moyennes mobiles calculées sur des périodes de trois ans et correspond au taux qui serait observé si la population avait la même composition d'âge que la population de référence, soit la population québécoise en 2001.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Fichier des décès de 1976 à 2003 et Perspectives démographiques basées sur le recensement de 2001*, calcul effectué par l'Institut national de santé publique du Québec, Unité connaissance-surveillance.

À l'encontre de la croyance populaire qui attribue le plus grand nombre de suicides aux jeunes, ce geste est majoritairement le fait des hommes et des femmes d'âge moyen. Ainsi, bien qu'ils constituent la première cause de décès chez les jeunes et qu'ils aient augmenté de manière marquée dans ce groupe, les suicides sont, en nombres absolus, observés majoritairement chez les hommes plus âgés, dont près de la moitié chez les 30-49 ans (voir le graphique 2). Mentionnons également que les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 10 % des suicidés. Cependant, en raison de l'importance des autres causes de décès à un âge plus avancé, le poids relatif du suicide est minime dans ce groupe d'âge.

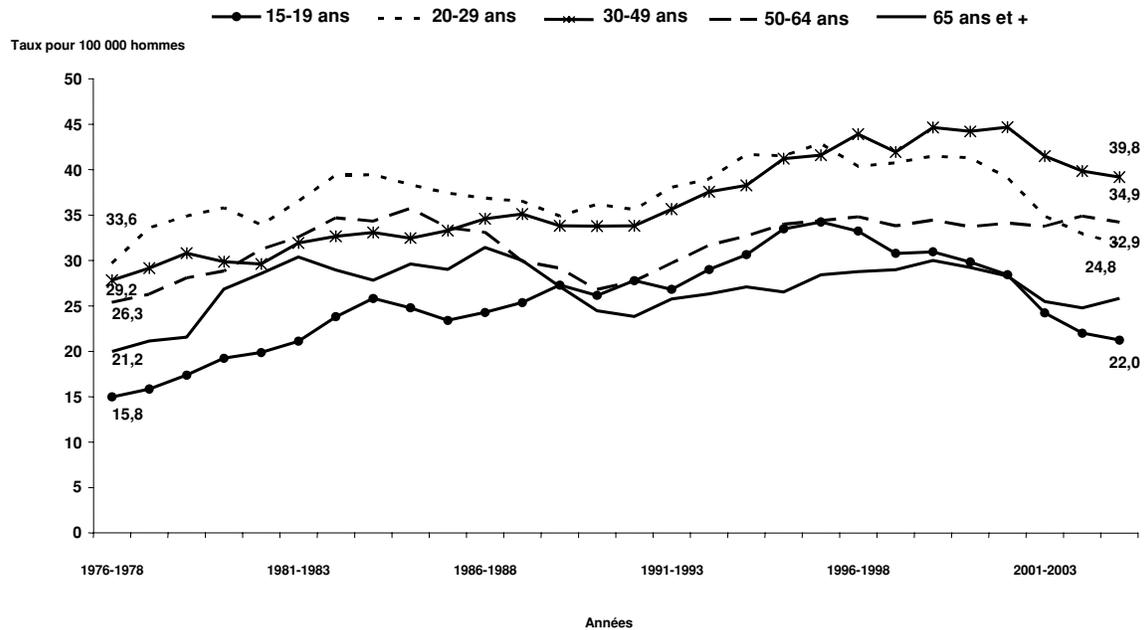
**GRAPHIQUE 2**  
**Répartition en pourcentage des décès par suicide selon les groupes d'âge, sexes réunis, Québec, 1976-1978 et 2001-2003**



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Fichier des décès de 1976 à 2003 et Perspectives démographiques basées sur le recensement de 2001*, calcul effectué par l'Institut national de santé publique du Québec, Unité connaissance-surveillance.

Au cours des trois dernières décennies, le suicide a touché différemment les hommes et les femmes mais aussi les différents groupes d'âge. La progression du suicide chez les hommes s'observe dans tous les groupes d'âge, de façon plus marquée toutefois dans les groupes d'âge les plus jeunes et de façon particulière chez les 15-19 ans et les 30-49 ans (voir le graphique 3).

### GRAPHIQUE 3 Taux de mortalité\* par suicide chez les hommes selon les groupes d'âge, Québec, 1976-1978 à 2001-2003

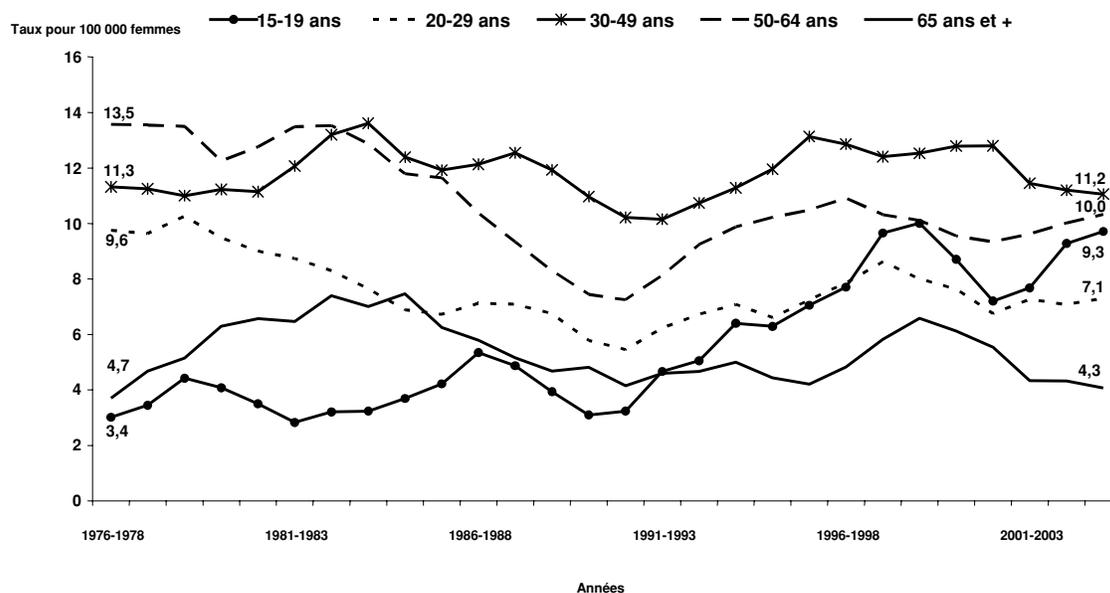


\* Le taux représente des moyennes mobiles calculées sur des périodes de trois ans.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Fichier des décès de 1976 à 2003 et Perspectives démographiques basées sur le recensement de 2001*, calcul effectué par l'Institut national de santé publique du Québec, Unité connaissance-surveillance.

Chez les femmes, malgré les fluctuations de la mortalité au cours des trois dernières décennies, aucune augmentation n'a été observée globalement sur l'ensemble de la période. Cependant, chez les jeunes femmes de 15-19 ans (voir le graphique 4), on constate que le taux de suicide a plus que doublé au cours de cette période. Le phénomène est préoccupant dans la mesure où les jeunes femmes adoptent de plus en plus les comportements des jeunes hommes. Cette observation s'applique également aux moyens que les femmes utilisaient pour se suicider en 2001-2003 par comparaison avec les années soixante-dix. En effet, les femmes, peu importe leur âge, se sont suicidées davantage par pendaison que par médicaments dans les récentes années.

## GRAPHIQUE 4 Taux de mortalité\* par suicide chez les femmes selon les groupes d'âge, Québec, 1976-1978 à 2001-2003



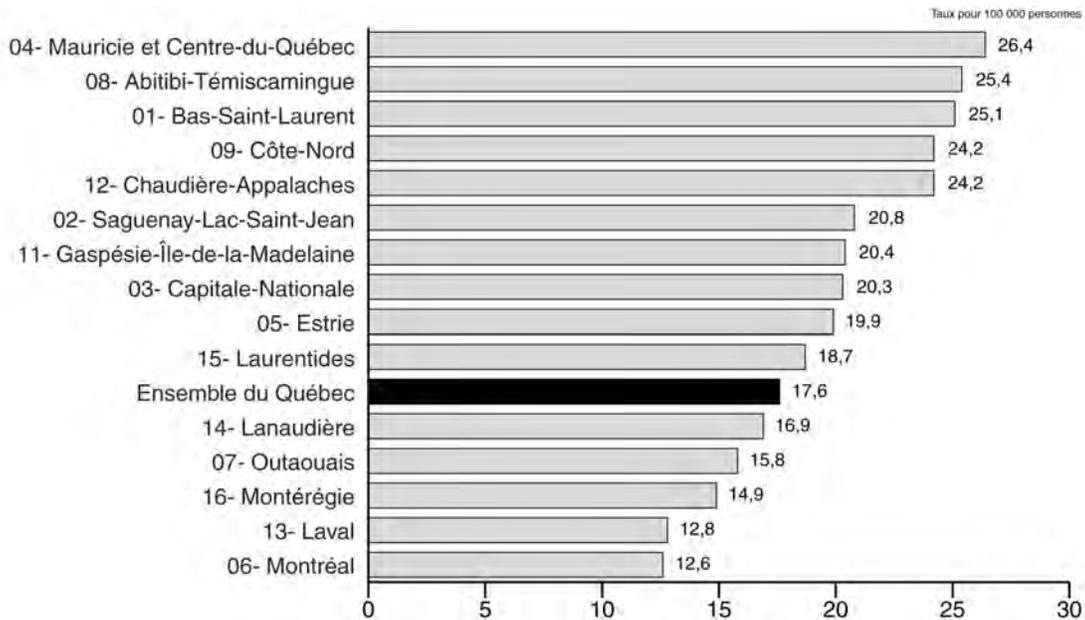
\* Le taux représente des moyennes mobiles calculées sur des périodes de trois ans.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Fichier des décès de 1976 à 2003 et Perspectives démographiques basées sur le recensement de 2001*, calcul effectué par l'Institut national de santé publique du Québec, Unité connaissance-surveillance.

Si la mortalité par suicide se présente différemment chez les femmes et les hommes, elle varie également en fonction de la dimension géographique (voir le graphique 5). En effet, la comparaison entre les régions du Québec, excluant celles du Nord, met en évidence le fait que les taux de mortalité par suicide sont nettement moins élevés dans la région métropolitaine de recensement (Montréal, Laval et Montérégie). En contrepartie, les taux les plus élevés sont observés notamment dans les régions les plus éloignées et les plus rurales.

## GRAPHIQUE 5

### Taux ajusté\* de mortalité par suicide selon les régions, sexes réunis, Québec, 2001-2003



\* Le taux représente des moyennes mobiles calculées sur des périodes de trois ans et correspond au taux qui serait observé si la population avait la même composition d'âge que la population de référence, soit la population québécoise en 2001.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Fichier des décès de 1976 à 2003 et Perspectives démographiques basées sur le recensement de 2001*, calcul effectué par l'Institut national de santé publique du Québec, Unité connaissance-surveillance.

### Les tentatives de suicide et les idéations suicidaires

Les tentatives de suicide et les idées suicidaires sont des phénomènes difficiles à mesurer ; c'est pourquoi il n'existe pas au Québec de banques de données ou de systèmes de surveillance qui permettent d'en établir la prévalence sur une base statistique. Les données les plus récentes proviennent de l'*Enquête sociale et de santé 1998*<sup>6</sup>. Les résultats de cette enquête nous révèlent que près de 4 % des Québécois de 15 ans ou plus auraient pensé au suicide dans les 12 derniers mois et cela, peu importe le sexe. Cependant, des variations sont observées selon l'âge : plus on est jeune et plus on a eu des idées suicidaires. Ce constat vaut également pour les personnes qui ont déclaré avoir fait une tentative de suicide dans les 12 derniers mois. La prévalence observée est de 5 personnes pour 1 000 si l'on prend l'ensemble des personnes de 15 ans ou plus, tandis qu'elle est de 14 pour 1 000 personnes chez les 15-24 ans. Cependant, en raison des petits nombres, il faut demeurer prudent dans l'interprétation de ces données. Ces résultats sont intéressants car ils mettent en perspective le fait que les femmes ne sont pas plus nombreuses que les hommes à rapporter des idées ou des tentatives de suicide, alors que le contraire est souvent entendu.

6. G. LÉGARÉ et autres, « Santé mentale », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 335-352. (Collection La santé et le bien-être)

Ce bref survol des données statistiques sur les comportements suicidaires met en évidence l'ampleur du problème seulement d'un point de vue individuel. Cependant, si on regarde ces chiffres dans la perspective de la famille et des proches, c'est un grand nombre de Québécois qui est affecté annuellement par le suicide et les autres comportements suicidaires.

## PARTIE II

# Les retombées des projets de réseaux de sentinelles en prévention du suicide

La présente partie porte sur les évaluations d'implantation de quelques projets de sentinelles mis en œuvre au Québec depuis 1998 ainsi que sur quelques évaluations relatives aux effets d'autres projets de sentinelles menés en Amérique du Nord ou en Europe.

À la première lecture, les réseaux de sentinelles existant au Canada, aux États-Unis et dans quelques pays européens révèlent passablement de variations, de divergences et d'ambiguïtés quant aux concepts, particulièrement quant à l'identification des sentinelles et quant au rôle de celles-ci à l'égard des personnes suicidaires. Il faut donc faire montre de prudence dans la comparaison des résultats issus de ces évaluations.

### 2.1 Les évaluations relatives à l'implantation de réseaux

Dans une étude effectuée en 2004, Filion révèle que, dans la majorité des régions du Québec, l'implantation de projets de type sentinelles en prévention du suicide est soit en cours ou terminée<sup>1</sup>. De plus, dans certaines régions (Chaudière-Appalaches<sup>2</sup>, Capitale-Nationale<sup>3</sup>, Côte-Nord<sup>4</sup> et Laurentides<sup>5</sup>), une évaluation de l'implantation a été faite. Nous rapportons ici les

- 
1. G. FILION, *Commentaires et résultats de la tournée des régions du Québec portant sur des expérimentations d'implantation de programmes de formation en prévention du suicide de type « sentinelles », document de travail*, Saint-Jérôme (Québec), Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides, 2004, 211 p.
  2. E. SAINT-HILAIRE, *Évaluation de l'implantation du programme de formation de sentinelles*, Sainte-Marie (Québec), Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2002, 125 p.
  3. L. CARDINAL et M. RAINVILLE, *Évaluation de l'implantation de trois projets de sentinelles en prévention du suicide dans la région de la Capitale nationale*, Beauport (Québec), Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, 2004, 55 p.
  4. J.P. DUPONT, *Évaluation de l'implantation d'un réseau de sentinelles en milieu rural sur la Côte-Nord*, Baie-Comeau (Québec), Centre de prévention du suicide de la Côte-Nord, 2003, 37 p. et annexes.
  5. G. FILION, *Évaluation du programme de formation en prévention du suicide sur le territoire de la MRC d'Antoine-Labelle*, Saint-Jérôme (Québec), Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides, 2006, 194 p.

principales observations présentées dans les évaluations de programmes publiées entre 2002 et 2006.

Parmi les résultats des évaluations, seuls les éléments ayant servi de balises dans le processus de l'implantation sont rapportés ; ce sont la collaboration entre les partenaires, la promotion des projets, le rôle du coordonnateur du projet, la formation des sentinelles et le soutien à leur apporter.

### **La collaboration entre les partenaires**

L'accès aux services est un point capital pour la mise en œuvre d'un réseau de sentinelles sur un territoire, étant donné l'importance de l'orientation des personnes suicidaires vers les ressources d'aide appropriées. Il importe de façon particulière, que de solides liens soient établis entre les organismes communautaires qui œuvrent en prévention du suicide et le réseau de la santé et des services sociaux. L'absence ou l'insuffisance de liens entre les réseaux de sentinelles et les services d'aide fait partie des lacunes qu'a montrées l'examen de certains projets<sup>6</sup>. Le rôle de chacun des partenaires doit être précisé, de même que la hiérarchie des services à offrir aux personnes suicidaires.

### **La promotion des projets**

Les auteurs s'entendent pour dire que l'implantation de réseaux de sentinelles a été plus facile dans les milieux déjà sensibilisés au problème du suicide ou touchés par ce problème (l'existence d'autres mesures préventives dans le milieu ciblé, un décès par suicide, etc.). Ils précisent qu'il est plus facile de joindre les milieux communautaires ou celui des services sociaux que les entreprises privées. Certains suggèrent de profiter des occasions qui se présentent (relations personnelles ou intérêt du milieu, par exemple) pour ouvrir les portes et entrer en contact avec une population à risque. La collaboration d'une personne engagée dans le milieu et connue de lui est un élément qui facilite la promotion du projet ainsi que le recrutement de sentinelles.

Parmi les raisons évoquées pour ne pas s'engager dans un tel projet, on trouve la crainte de créer un effet d'entraînement sur le nombre de suicides (« en parler donne l'idée ») ou encore d'être débordés par des demandes d'aide et d'orientation de personnes suicidaires.

### **Le rôle du coordonnateur du projet**

Les auteurs soulignent l'importance de désigner un coordonnateur pour prendre en charge l'implantation du réseau de sentinelles sur un territoire. Cette personne assure le lien entre les sentinelles, l'organisme responsable de l'implantation du réseau, les ressources d'aide aux personnes suicidaires et les intervenants désignés pour soutenir les sentinelles.

D'après les auteurs, le coordonnateur devrait posséder des qualités de *leader* et de gestionnaire. De plus, la connaissance de la problématique du suicide serait un atout important pour favoriser la participation à long terme de cette personne au projet.

---

6. CENTER FOR DISEASE CONTROL, *Youth Suicide Prevention Programs: A Resource Guide*, Atlanta, Public Health Services, U.S. Department of Health and Human Services, 1992, 129 p.

## **La formation des sentinelles**

L'évaluation de la satisfaction des participants au regard de la formation révèle que l'aspect le plus souvent considéré comme insatisfaisant réfère au manque de connaissance des ressources d'aide du milieu. De plus, les résultats des évaluations ont montré une plus grande insatisfaction des participants quant à la formation lorsque le formateur était moins expérimenté par rapport à la problématique du suicide. Les auteurs s'entendent pour dire qu'il doit posséder une bonne connaissance de la problématique du suicide, maîtriser le contenu de la formation et avoir une bonne aptitude à transmettre l'information (compétences pédagogiques).

Concernant le contenu et les stratégies pédagogiques, les auteurs mentionnent que la formation doit être adaptée au rôle attendu des sentinelles. À cette fin, les auteurs recommandent l'utilisation de mises en situation et d'exemples concrets pour faciliter l'apprentissage.

## **Le soutien aux sentinelles**

Les auteurs 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. Les responsables de l'implantation et les sentinelles elles-mêmes s'entendent à ce sujet. Ces dernières souhaiteraient une rencontre de suivi, quelque temps après la formation, afin de préciser les limites de leur rôle et les mécanismes pour recevoir du soutien. De plus, cette rencontre leur permettrait d'approfondir les éléments abordés au cours de la formation.

Malgré les différences entre les réseaux de sentinelles expérimentés au Québec, on peut conclure que les résultats convergent quant à l'importance d'assurer les services offerts aux personnes suicidaires et de soutenir les sentinelles dans l'exercice de leur rôle.

## **2.2 Les évaluations relatives aux effets des projets**

Selon l'*Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes*, une table ronde d'experts états-uniens tenue il y a quelques années a permis d'estimer que les réseaux de sentinelles pouvaient réduire de 12 % la proportion de suicides chez les jeunes. Toutefois, aucune étude n'a réellement évalué les effets de ces réseaux sur les comportements suicidaires ou sur la capacité des sentinelles à mener à bien la tâche qu'on attend d'elles dans ces programmes, qui consiste à reconnaître les jeunes à risque<sup>7</sup>.

Certaines études ont néanmoins permis de mettre en évidence des effets positifs sur l'acquisition de connaissances et sur l'adoption d'attitudes adéquates des sentinelles à l'égard d'une personne suicidaire. La nature des évaluations portant sur les effets des réseaux de sentinelles est très variable : on retrouve des constats, des résultats d'études et des recommandations de groupes d'experts.

---

7. M. JULIEN ET J. LAVERDURE, *Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2004, 50 p.

## Effets sur la demande d'aide des personnes suicidaires

Il est aisé de concevoir que les réseaux de sentinelles en prévention du suicide peuvent entraîner une augmentation du volume des demandes d'aide qui parviennent aux services sociaux et de santé. C'est pourquoi il est essentiel de prévoir l'arrimage entre les réseaux de sentinelles et les services existants de façon à ce que les demandes d'aide soient accueillies sans délai<sup>8</sup>. Cependant, il importe que l'action de tels réseaux n'ait pas pour effet d'augmenter le nombre de personnes orientées inutilement vers les services sociaux et de santé<sup>9-10</sup>.

## Effets sur les sentinelles ayant reçu la formation

Selon les participants, la formation permettrait aux sentinelles d'améliorer leur capacité d'intervention auprès des personnes suicidaires et d'avoir une plus grande confiance en soi<sup>11-12</sup>. Toutefois, la formation ne devrait pas amener les sentinelles à outrepasser leur rôle en se substituant aux professionnels de la santé et des services sociaux<sup>13-14</sup>. C'est pourquoi la formation et le soutien des sentinelles par des professionnels s'imposent lorsqu'un réseau de sentinelles est implanté.

De plus, l'évaluation faite par Saint-Hilaire montre que, même s'il est impossible d'en déterminer les effets sur les comportements suicidaires, le programme de formation de sentinelles aura permis à des milliers de personnes de se sentir davantage concernées par la problématique du suicide que si une telle activité n'avait pas été organisée<sup>15</sup>.

En conclusion, les auteurs cités s'entendent pour dire que les mesures de ce type offrent un potentiel préventif intéressant et sont d'autant plus pertinentes lorsque des actions complémentaires (la mise en place de services de crise et la formation des intervenants de première ligne, par exemple) viennent s'y ajouter, ce qui renforce d'autant le filet de sécurité autour des personnes suicidaires.

---

8. CENTER FOR DISEASE CONTROL, *op. cit.*

9. G. FILION, *Commentaires et résultats de la tournée des régions du Québec portant sur des expérimentations d'implantation de programmes de formation en prévention du suicide de type « sentinelles », document de travail*, Saint-Jérôme (Québec), Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides, 2004, 211 p.

10. J. WHITE et N. JODOIN, « *Before-the-Fact* » *Interventions: A Manual of Best Practices in Youth Suicide Prevention*, Victoria (British Columbia), Ministry for Children and Families, 1998, 276 p.

11. E. SAINT-HILAIRE, *op. cit.*

12. J.P. DUPONT, *op. cit.*

13. L. CARDINAL et M. RAINVILLE, *op. cit.*

14. E.G. KRUG et autres (sous la dir. de), *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002, 376 p.

15. E. SAINT-HILAIRE, *op. cit.*

### **PARTIE III**

## **Les éléments contextuels et le processus de l'implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide**

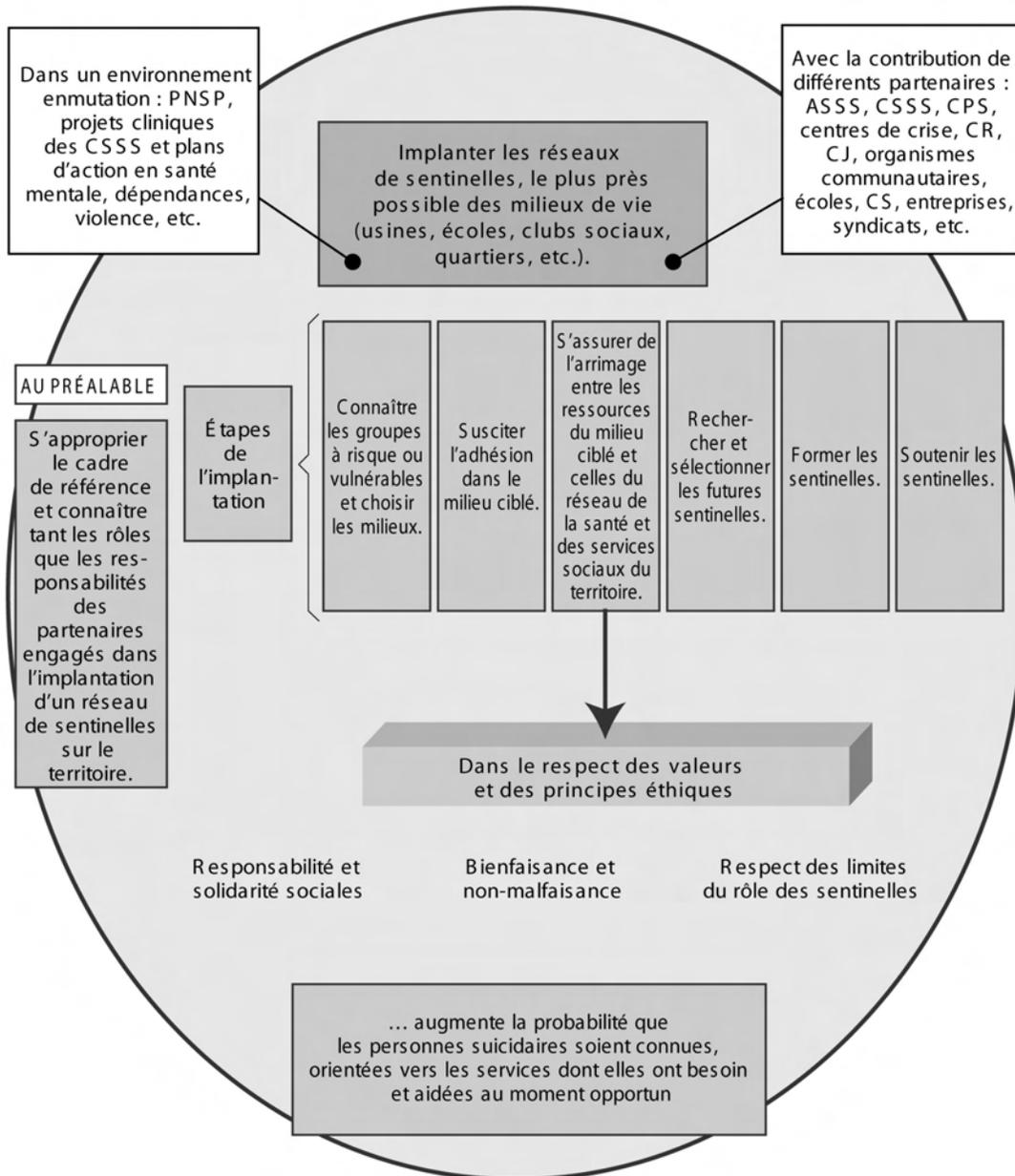
La troisième partie est l'occasion de présenter les valeurs sous-jacentes à l'établissement de réseaux de sentinelles en prévention du suicide, de donner des précisions sur les sentinelles et leur rôle ainsi que d'indiquer la raison d'être, le but et la contribution à la prévention du suicide de ces réseaux. Elle se termine par la description de l'implantation d'un tel réseau.

Une vue d'ensemble du fondement et des étapes de l'implantation des réseaux de sentinelles est donnée par une représentation graphique (voir la figure 2). Nous pouvons ainsi voir rapidement que l'implantation de tels réseaux est possible dans différents milieux (usines, écoles, quartiers ou clubs sociaux, entre autres) et qu'elle est influencée par un environnement en mutation où il faut tenir compte à la fois des orientations gouvernementales, à l'échelle régionale ou locale, et des plans d'action portant sur différentes thématiques connexes (santé mentale, dépendances, violence, etc.).

En outre, nous pouvons constater que l'implantation de ces réseaux exige la collaboration de différents partenaires établis sur le territoire pour que puisse être mis en place un filet de sécurité autour des personnes suicidaires. Au rang de ces partenaires, nous trouvons les agences de la santé et des services sociaux (ASSS), les centres de santé et de services sociaux (CSSS), les centres de prévention du suicide (CPS), les centres de crise, les centres de réadaptation (CR), les centres jeunesse (CJ), les organismes communautaires, les écoles et les commissions scolaires (CS), les entreprises ainsi que les syndicats, par exemple.

Enfin, nous pouvons observer que l'implantation d'un réseau de sentinelles dans un milieu ciblé comporte plusieurs étapes qui s'appuient sur des valeurs et principes éthiques visant à assurer la sécurité des personnes suicidaires comme celle des sentinelles. Ajoutons que le fait d'implanter les réseaux de sentinelles dans les milieux de vie, augmente la probabilité que les personnes suicidaires soient reconnues, orientées vers les ressources dont elles ont besoin et aidées au moment opportun.

**FIGURE 2**  
**Le fondement et l'implantation de réseaux de sentinelles**  
**en prévention du suicide**



### **3.1 Les valeurs et les principes éthiques associés à l'implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide**

La prévention du suicide est un domaine complexe, où entrent en jeu de multiples facteurs et où l'on aborde les thèmes fondamentaux de la vie et de la mort. Elle fait appel à des valeurs et à des principes éthiques qui en guideront les actions.

Le *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP) pose des principes éthiques qui constituent autant de balises pour chacune des cibles d'action du PNSP, dont les réseaux de sentinelles :

Les valeurs et les principes éthiques proposés 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<sup>1</sup>.

Les valeurs et les principes éthiques associés aux réseaux de sentinelles s'inspirent à la fois de ce programme et de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie*<sup>2</sup> ; ce sont la responsabilité et la solidarité sociales, la bienfaisance et la non-malfaisance ainsi que le respect des limites du rôle des sentinelles.

#### **3.1.1 La responsabilité et la solidarité sociales**

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

La responsabilité individuelle des citoyens est liée de près à la responsabilité sociale de l'État et de ses organisations. Avant de demander aux sentinelles de reconnaître les personnes suicidaires et de les orienter vers les ressources appropriées, les services d'aide doivent déjà exister. L'arrimage entre les sentinelles et ces services est essentiel, et il constitue un élément incontournable de l'implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide sur un territoire.

L'implantation de tels réseaux fait appel à la solidarité sociale, c'est-à-dire à la triple 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 réseaux de sentinelles contribuent au renforcement du tissu social d'une communauté.

- 
1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, p. 19.
  2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (sous la direction de Guy Mercier et de Danielle Saint-Laurent), *Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 94 p.

### **3.1.2 La bienfaisance et la non-malfaisance**

La bienfaisance est un principe de bien commun qui fait appel aux attitudes de respect et d'empathie face à la souffrance ; elle « [...] traduit l'obligation morale d'intervenir pour le bien de la population »<sup>3</sup>. Quant à la non-malfaisance, elle se réfère à l'obligation de ne pas nuire ni de causer du tort aux personnes ciblées par les actions posées. Dans le présent cadre de référence, ces notions s'appliquent aux personnes aidées comme aux sentinelles de façon à assurer la sécurité des personnes aidées ainsi que le soutien et la sécurité des sentinelles dans l'exercice de leur rôle.

#### ***La sécurité des personnes aidées***

Les sentinelles ne remplacent pas les intervenants professionnels. Les responsables des réseaux de sentinelles doivent donc s'assurer que chaque sentinelle pourra compter sur un intervenant désigné pour la soutenir, qu'elle sera suffisamment instrumentée pour orienter les personnes qui en ont besoin vers les ressources d'aide appropriées et que celles-ci seront en mesure de les recevoir. La sécurité de la personne aidée est également liée au développement des compétences des sentinelles quant à leur rôle, et ce, dans le respect de leurs limites personnelles.

#### ***Le soutien et la sécurité des sentinelles***

Il importe que les sentinelles se sentent appuyées dans leurs actions auprès des personnes suicidaires et, qu'en aucun temps, leur propre sécurité ne soit compromise. Elles doivent pouvoir acquérir les compétences particulières à leur rôle et avoir accès à un soutien téléphonique, en tout temps, pour vérifier la pertinence de leurs actions ou pour prendre conseil dans des situations difficiles. L'arrimage entre les ressources d'aide d'un territoire de CSSS et le milieu ciblé devra aller dans ce sens. Afin de jouer pleinement leur rôle, les sentinelles doivent également pouvoir compter sur un soutien adéquat et continu.

### **3.1.3 Le respect des limites du rôle des sentinelles**

Le rôle des sentinelles consiste à reconnaître les personnes suicidaires et à vérifier la pertinence de leurs actions auprès des intervenants désignés pour les soutenir et prendre en charge les personnes suicidaires de manière à ce que ces dernières soient orientées vers les ressources dont elles ont besoin. Les sentinelles peuvent jouer leur rôle si elles savent où ce rôle commence et où il s'arrête. Elles doivent savoir quand, vers qui et comment orienter les personnes suicidaires. Pour différentes raisons, des sentinelles pourraient se sentir envahies par une situation ou se sentir démunies devant une personne suicidaire ; il faut alors s'assurer qu'elles peuvent communiquer avec un intervenant désigné et en recevoir du soutien. De plus, les sentinelles doivent être attentives aux situations où il serait plus difficile de jouer leur rôle, comme lorsqu'elles ont un lien avec la personne suicidaire qu'elles doivent aider.

En plus des valeurs et des principes déjà cités, des lois et des règlements balisent l'action des sentinelles (voir l'annexe 2).

---

3. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003), *op. cit.*, p. 19.

### **3.2 Qui sont les sentinelles ?**

Les personnes qui jouent le rôle de sentinelles sont des adultes susceptibles d'être en contact avec des personnes suicidaires par leur travail (par exemple les enseignants), leurs activités bénévoles (dans un club social, entre autres), la place qu'ils occupent dans leur milieu ou leur communauté (comme les animateurs), ou pour leurs qualités d'aidants naturels. Ce sont des personnes choisies pour leurs liens étroits avec les groupes ou les milieux à risque, s'engageant de façon volontaire, qui sont formées et soutenues pour jouer le rôle attendu d'elles auprès des personnes suicidaires.

Précisons ici que certains professionnels, même s'ils sont des sentinelles, ont des responsabilités qui vont au-delà de celles attendues de la part des sentinelles. Par ailleurs, certaines personnes ne sont pas considérées comme des sentinelles dans le présent cadre de référence : il s'agit des proches des personnes suicidaires et des jeunes.

#### ***Les professionnels de la santé et des services sociaux ainsi que ceux d'autres secteurs***

Les professionnels de la santé et des services sociaux ainsi que ceux d'autres secteurs peuvent bien sûr agir comme sentinelles dans leur milieu de vie. Toutefois, dans la perspective de la responsabilité face à la prévention du suicide, ils ont un rôle particulier qui demande une formation plus spécialisée que celle qui est donnée aux sentinelles. Leur rôle va donc au-delà de celui que jouent les sentinelles.

#### ***Les proches des personnes suicidaires***

Les proches (parents, membres de la fratrie, amis, etc.) ne sont pas, à proprement parler, des sentinelles. Ces proches, qui vivent et ont un lien particulier avec des personnes suicidaires, sont, par conséquent, bien placés pour reconnaître et soutenir les personnes suicidaires ainsi que pour jouer un rôle s'apparentant à celui des sentinelles. Toutefois, la 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 tels, avec leurs besoins particuliers (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 alors quoi faire, par exemple).

#### ***Les jeunes de moins de 18 ans***

Enfin, dans la perspective de la prévention du suicide, il faut être prudent quant aux responsabilités à confier aux jeunes. En conséquence, c'est aux seuls adultes que revient le rôle de sentinelle. Cela n'exclut toutefois pas que les jeunes puissent agir autrement dans leur milieu (par l'entraide, l'écoute et la participation à la prise de décision, à des activités de promotion ou à une activité s'adressant aux pairs aidants).

### **3.3 Le rôle des sentinelles**

Le ministère de la Santé et des Services sociaux définit le rôle des sentinelles comme suit :

Les sentinelles peuvent dépister, guider et orienter la personne aux prises avec la problématique du suicide ainsi que son entourage. Elles peuvent également jouer un rôle auprès des personnes difficiles à rejoindre ou encore des personnes qui n'utilisent pas les services offerts, par exemple les aînés. Par leurs fonctions, leurs responsabilités ou leur engagement dans la communauté, plusieurs de ces sentinelles sont appelées à jouer un

rôle significatif auprès de personnes à risque de suicide. On demande à la sentinelle de faire preuve de vigilance, d'écoute et de réceptivité<sup>4</sup>.

Le rôle des sentinelles est donc principalement d'établir le contact et d'assurer le lien entre les personnes suicidaires et les ressources d'aide du territoire. Lorsque les sentinelles soupçonnent qu'une personne pourrait être suicidaire, elles doivent vérifier l'existence d'idées suicidaires et le degré d'urgence de la situation. Ces actions permettront d'orienter la personne suicidaire vers les ressources d'aide appropriées. S'il n'y a pas d'idée suicidaire, la sentinelle renseigne la personne sur les ressources d'aide appropriées et l'encourage à y recourir. En présence d'idées suicidaires, la sentinelle vérifie l'urgence de la situation à l'aide d'un outil appelé COQ : comment (le moyen prévu), où (l'endroit prévu) et quand (le moment prévu). Cette vérification permet d'estimer le degré d'urgence (faible, moyen ou élevé). Dans tous les cas, la sentinelle transmet par la suite son évaluation à un intervenant désigné, lequel décidera de la suite de l'intervention, qu'il s'agisse de donner aux sentinelles les moyens de soutenir la personne suicidaire ou de prendre le relais afin d'assurer la prise en charge de la personne suicidaire. L'intervenant désigné évalue alors le potentiel suicidaire (risque, urgence et dangerosité) et les besoins de la personne afin d'établir le plan d'intervention approprié, ce qui inclut d'assurer la sécurité de cette personne au besoin.

Il est important de préciser ici que les sentinelles n'ont pas le rôle d'évaluer le potentiel suicidaire mais bien de vérifier l'urgence de la situation. L'évaluation du potentiel suicidaire correspond à une évaluation globale (risque, urgence et dangerosité) qui requiert des connaissances et des compétences plus larges et qui relève d'intervenants qualifiés. La vérification de l'urgence de la situation fait plutôt référence à une estimation de l'imminence du passage à l'acte selon la planification du suicide.

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 l'orientation vers les ressources d'aide, peuvent demeurer en contact avec les personnes suicidaires. En outre, de par leur relation privilégiée, les sentinelles peuvent encourager les personnes suicidaires à demander de l'aide et à s'engager dans un processus de soutien.

On peut comparer le rôle des sentinelles à celui des personnes capables de donner les premiers soins ou de pratiquer la réanimation cardiorespiratoire : des membres de la communauté, formés pour agir promptement, assurent un soutien en attendant que des spécialistes prennent la relève. Bref, le rôle de la sentinelle consiste tant à mettre en place un filet de sécurité autour de la personne suicidaire afin d'éviter un passage à l'acte qu'à alerter les professionnels qui, eux, prendront cette dernière en charge<sup>5</sup>.

Le rôle des sentinelles peut se résumer de la façon suivante :

- reconnaître : c'est-à-dire déceler les signes précurseurs associés à un processus suicidaire (voir l'annexe 3) ;

---

4. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998), *op. cit.*, p. 40.

5. CENTER FOR DISEASE CONTROL, *Youth Suicide Prevention Programs: A Resource Guide*, Atlanta, Public Health Services, U.S. Department of Health and Human Services, 1992, 129 p.

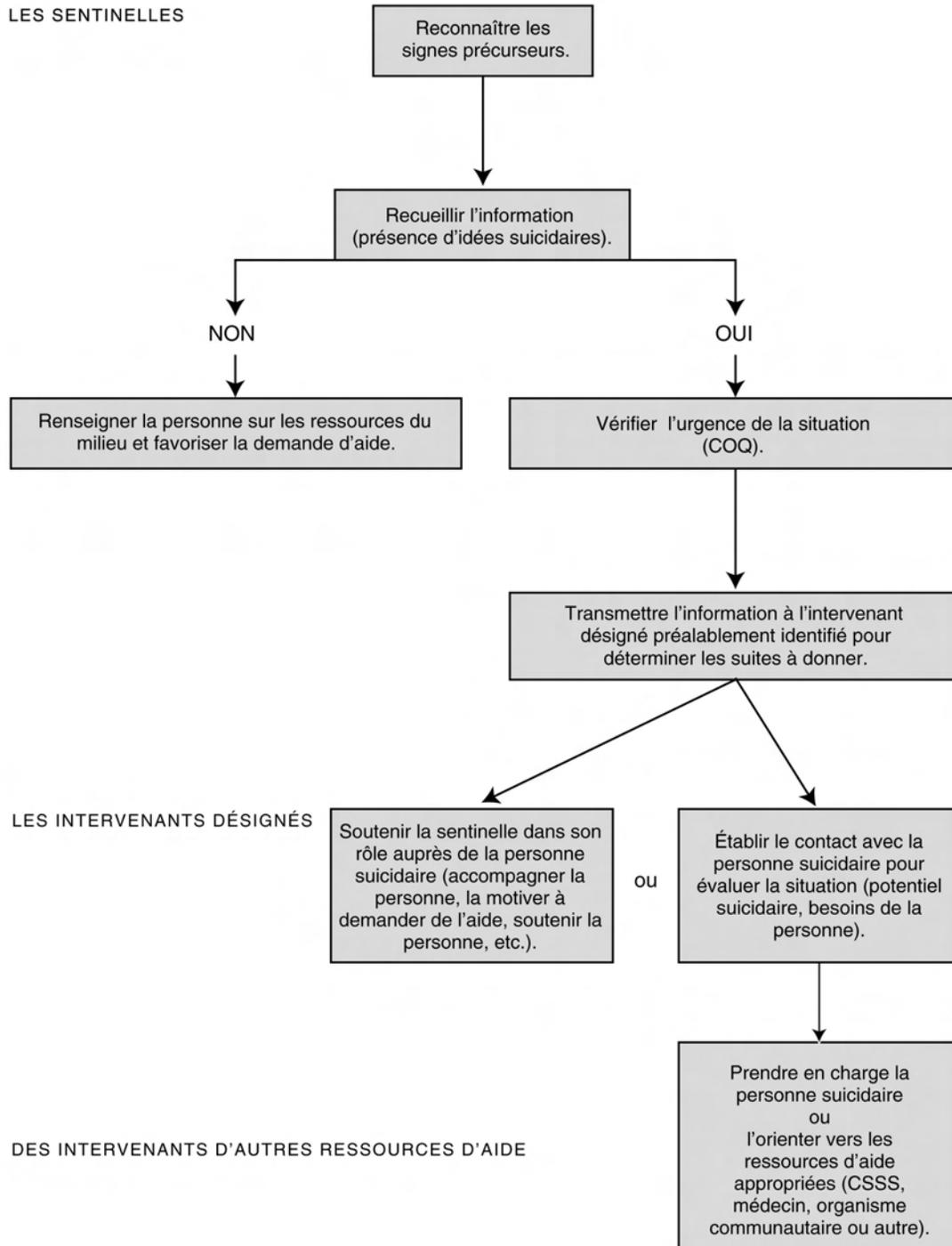
- recueillir l'information en vue de déceler si oui ou non la personne présente des idées suicidaires ;
- en l'absence d'idée suicidaire, renseigner la personne sur les ressources dont elle a besoin et l'encourager à y recourir ;
- en présence d'idées suicidaires, vérifier l'urgence de la situation (selon l'outil COQ) ;
- transmettre l'information sur l'urgence de la situation à l'intervenant désigné pour déterminer les suites à donner.

L'intervenant désigné, pour sa part, pourra prendre la décision :

- de soutenir la sentinelle dans son rôle auprès de la personne suicidaire – lequel rôle consistera alors à accompagner la personne, la motiver à demander de l'aide ou la soutenir –, ou encore d'établir le contact avec la personne suicidaire pour évaluer la situation (potentiel suicidaire et besoins de la personne) ;
- à la suite du contact de la personne suicidaire, s'il en est, de prendre en charge la personne suicidaire ou de l'orienter vers les ressources d'aide appropriées (CSSS, médecin, organisme communautaire ou autre).

La figure 3 présente le processus de décision que les sentinelles doivent suivre dans l'exercice de leur rôle.

**FIGURE 3**  
**Le processus de décision que doivent suivre les sentinelles**  
**dans l'exercice de leur rôle**



### 3.4 La raison d'être des réseaux de sentinelles

Les experts s'entendent sur la nécessité d'inclure des réseaux de sentinelles dans toute stratégie globale de prévention du suicide<sup>6-7-8</sup>.

En 1992, selon le Center for Disease Control (CDC), la formation de sentinelles à l'école et dans la communauté comptait pour deux des huit stratégies les plus souvent utilisées dans les programmes de prévention du suicide. Les six autres stratégies sont : l'information générale sur le suicide, le dépistage, l'intervention de pairs aidants, la ligne d'intervention téléphonique et les centres de crise, la restriction de l'accès aux moyens utilisés pour attenter à ses jours – tels que les armes à feu et les médicaments – ainsi que la postvention, c'est-à-dire les mesures à prendre pour aider les individus à la suite du suicide d'une connaissance<sup>9</sup>.

Les données disponibles montrent que les réseaux 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 des facteurs environnementaux comme les attitudes sociales face au suicide (sentiment d'impuissance, croyances populaires, etc.) et l'utilisation des ressources d'aide.

Plusieurs motifs plaident en faveur de la mise en place de réseaux de sentinelles en prévention du suicide. Tout d'abord, bon nombre de personnes est isolé et manque par le fait même de soutien social<sup>10</sup>. De plus, les valeurs établies dans certains milieux font en sorte que le suicide est considéré comme une solution acceptable à certains problèmes<sup>11</sup>. Par ailleurs, bien que les signes précurseurs des comportements suicidaires soient généralement assez connus de tous et décelés par plusieurs, l'action d'amener la personne vers les ressources d'aide ne semble pas être intégrée dans les habitudes de l'entourage<sup>12</sup>. Enfin, l'expérience permet de faire un double constat : 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 autres actions nécessaires pour le prévenir font défaut<sup>13</sup> et c'est lorsque leur situation se détériore, que leurs problèmes de santé mentale s'aggravent et qu'elles n'ont plus recours aux services d'aide, que ces personnes se suicident<sup>14</sup>.

Il est donc important d'implanter des réseaux de sentinelles dans les milieux de vie afin de reconnaître les personnes à risque, particulièrement celles qui sont isolées ou plus difficiles à rencontrer. Selon le CDC, la sentinelle peut être utile autant auprès des jeunes qu'auprès des

- 
6. J. WHITE et N. JODOIN, « *Before-the-Fact* » *Interventions: A Manual of Best Practices in Youth Suicide Prevention*, Victoria (British Columbia), Ministry for Children and Families, 1998, 276 p.
  7. UNITED NATIONS, *Prevention of Suicide: Guidelines for the Formulation and Implementation of National Strategies*, New York, Department for Policy Coordination and Sustainable Development, United Nations, 1996, 29 p.
  8. CENTER FOR DISEASE CONTROL, *op. cit.*
  9. *Ibid.*
  10. M. JULIEN, D. JULIEN ET P. LAFONTAINE, « Environnement de soutien », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 499-522. (Collection La santé et le bien-être)
  11. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998), *op. cit.*
  12. CENTRE DE RECHERCHE HÔPITAL DOUGLAS, *Projet de recherche sur les décès par suicide au Nouveau-Brunswick entre avril 2002 et mai 2003*, Moncton (Nouveau-Brunswick), ministère de la Santé et du Mieux-Être, 2005, 32 p.
  13. F. CHAGNON ET B.L. MISHARA., *Évaluation de programmes en prévention du suicide*, Sainte-Foy (Québec), Presses de l'Université du Québec, 2004, 177 p.
  14. CENTRE DE RECHERCHE HÔPITAL DOUGLAS, *op. cit.*

personnes âgées, surtout lorsque leurs conditions de vie sont caractérisées par l'isolement<sup>15</sup>. Saint-Hilaire<sup>16</sup>, comme Cardinal et Rainville<sup>17</sup>, indique que les milieux de travail masculins pourraient bénéficier d'une telle mesure préventive permettant de mettre en place un filet de sécurité autour de la population à risque formée par les hommes.

La formation de sentinelles au regard de la problématique et des moyens d'action constitue un moyen de faire face au suicide. Le fait pour les individus d'être mieux informés, outillés et soutenus contribue à diminuer les fausses croyances et le sentiment d'impuissance devant les personnes suicidaires. De plus, la présence de sentinelles dans un milieu augmente l'*empowerment* des communautés – c'est-à-dire que ces dernières s'approprient le pouvoir d'agir –, améliore la solidarité et contribue au renforcement du tissu social. Cela permet aussi de reconnaître les personnes suicidaires et de les orienter vers les ressources d'aide au moment opportun, c'est-à-dire lorsque leur situation se détériore et que, pour différentes raisons, elles ne reçoivent plus d'aide.

Grâce à la mise en place de réseaux de sentinelles, le nombre de personnes formées à reconnaître les signes précurseurs du suicide et à réagir adéquatement fait augmenter la probabilité que les personnes suicidaires soient aidées.

### **3.5 Le but de l'implantation d'un réseau de sentinelles**

L'implantation d'un réseau de sentinelles a pour but de renforcer le filet de sécurité autour des personnes suicidaires de façon à réduire le nombre de personnes ayant des comportements suicidaires et le nombre de suicides.

De façon plus concrète, cela permet :

- d'augmenter le nombre de personnes capables de jouer le rôle de sentinelles en prévention du suicide ;
- de favoriser les contacts entre les personnes suicidaires et les ressources d'aide.

### **3.6 La contribution des réseaux de sentinelles à la prévention du suicide**

Pour bien montrer la contribution des sentinelles à la prévention du suicide, il est important au préalable de préciser quelques éléments. Tout d'abord, le réseau de sentinelles s'inscrit dans le continuum de services établis, qui est généralement défini sur la base du modèle utilisé en santé publique, lequel va de la promotion de la santé à l'intervention en passant par la prévention. À la notion de prévention, il faut ajouter celles de la reconnaissance et de l'intervention précoce. C'est justement à ces deux derniers stades que se situent les réseaux de sentinelles. En effet, ces réseaux sont considérés soit comme une mesure de prévention sélective, soit comme une

---

15. CENTER FOR DISEASE CONTROL, *op. cit.*

16. E. SAINT-HILAIRE, *Évaluation de l'implantation du programme de formation de sentinelles*, Sainte-Marie (Québec), Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2002, 125 p.

17. L. CARDINAL, et M. RAINVILLE, *Évaluation de l'implantation de trois projets de sentinelles en prévention du suicide dans la région de la Capitale nationale*, Beauport (Québec), Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, 2004, 55 p.

mesure de prévention indiquée puisqu'ils contribuent à réduire certains facteurs de risque individuels et sociaux, et qu'ils ciblent des groupes ou des milieux précis et non l'ensemble de la population.

Les réseaux de sentinelles en prévention du suicide visent les milieux ou les groupes auxquels on associe un risque. Par la création de ces réseaux, on veut encourager les personnes suicidaires à demander de l'aide et à utiliser les services dont elles ont besoin. Rappelons ici que les sentinelles peuvent agir sur certains facteurs de risque individuels tels que l'isolement, l'absence de confident et la recherche d'aide. D'autres éléments, comme la sensibilisation du milieu dans lequel s'implante un réseau de sentinelles, peuvent, quant à eux, contribuer à influencer les attitudes sociales face au suicide, la solidarité et la responsabilité collective. L'arrimage avec les ressources d'aide du territoire doit obligatoirement accompagner l'implantation de tels réseaux dans un milieu. Ce lien essentiel permettra d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services d'intervention de crise et de suivi offerts aux personnes suicidaires.

L'implantation de réseaux de sentinelles sur un territoire ne peut, à elle seule, réduire le nombre de gestes suicidaires. Les sentinelles n'agissent pas sur le plan de la prévention des idées suicidaires ; leurs actions portent plutôt sur la prévention des tentatives de suicide, et elles se situent entre la prévention et l'intervention.

Les réseaux de sentinelles seront efficaces à la condition que d'autres mesures, qui les précèdent ou qui leur font suite, soient également mises en place. Plusieurs auteurs suggèrent que de bonnes actions préventives faites au moment opportun par des sentinelles, associées à des traitements professionnels adéquats, constituent une combinaison gagnante pour prévenir le suicide<sup>18</sup>.

Parmi les actions qui se situent en amont des sentinelles et qui s'ajoutent aux autres mesures prévues dans le *Programme national de santé publique 2003-2012*<sup>19</sup>, mentionnons par exemple, pour ce qui concerne les jeunes, l'approche École en santé. Cette approche recommande d'agir simultanément sur l'ensemble des facteurs clés du développement des jeunes (estime de soi, compétences sociales, saines habitudes de vie, comportements sains et sécuritaires, environnements favorables) ayant un impact tant sur la santé que sur le bien-être des enfants et des adolescents ainsi que sur la réussite scolaire. Ainsi, par certaines actions à l'intention de tous les jeunes et d'autres s'adressant aux jeunes à risque, il est possible de prévenir bon nombre de problèmes comme le décrochage scolaire, la détresse psychologique, les comportements violents, les dépendances, la grossesse à l'adolescence et l'obésité. D'autres mesures sont également susceptibles de contribuer à la prévention du suicide, notamment les actions en santé mentale et celles qui visent la prévention des dépendances ou de la violence.

Quant aux mesures concernant l'organisation des services de crise et de suivi, elles constituent des composantes essentielles du continuum de services, tout comme les services sociaux ou de santé à offrir après la crise suicidaire. De tels services à l'intention des personnes dont le potentiel suicidaire est élevé sont prévus dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*<sup>20</sup>. De plus, dans le contexte actuel de la réorganisation du réseau de la santé, il

---

18. CENTER FOR DISEASE CONTROL, *op. cit.*

19. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003), *op. cit.*

20. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, 96 p.

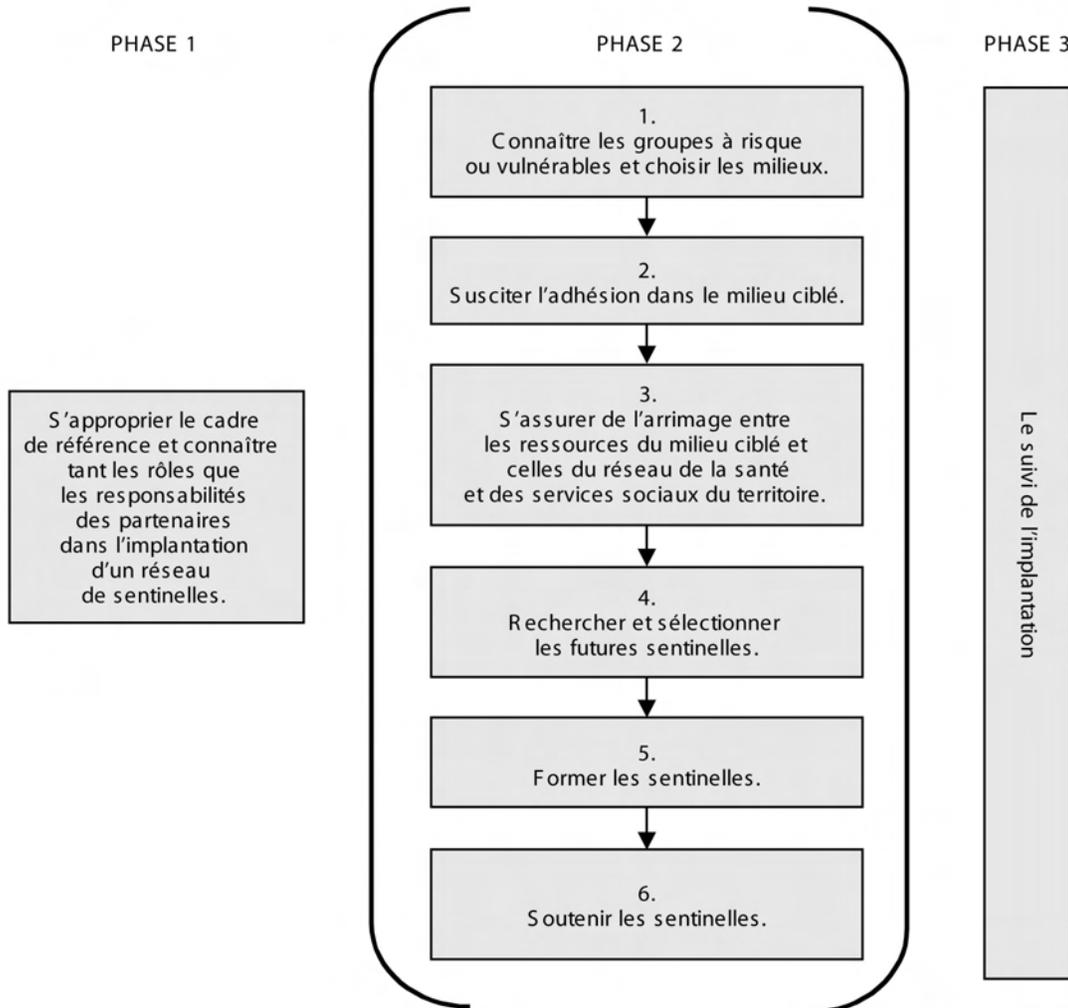
est indispensable que le continuum de services relatif à la prévention du suicide, incluant les sentinelles, s'inscrive dans le projet clinique des CSSS et de leur réseau intégré de services.

### **3.7 Le processus de l'implantation d'un réseau de sentinelles**

Le processus commence par une phase d'organisation pendant laquelle les partenaires du territoire d'un CSSS s'approprient le contenu du cadre de référence et se partagent tant les rôles que les responsabilités liés à l'implantation d'un réseau de sentinelles en prévention du suicide, cela afin d'assurer le bon fonctionnement et la pérennité de ce réseau. Vient ensuite la phase de l'implantation proprement dite du réseau dans un milieu ciblé pour pouvoir entrer en contact avec un groupe à risque. Elle comprend six étapes. La troisième phase correspond au suivi de l'implantation, suivi par lequel on s'assure de respecter la planification. Le fait d'établir un tel cadre augmente les chances de réussite, donne aux sentinelles la possibilité de jouer leur rôle dans le respect de leurs limites et permet de mettre en place un filet de sécurité autour des personnes suicidaires.

La présentation de chaque phase et de chaque étape de l'implantation est uniforme et comporte les mêmes éléments, qui sont : les objectifs, les actions à accomplir et les aspects qui demandent une attention particulière dans le processus d'implantation.

**FIGURE 4**  
**Le processus de l'implantation d'un réseau de sentinelles**



### 3.7.1 L'organisation

C'est aux CSSS qu'incombe la responsabilité de planifier la mise en place d'un réseau de sentinelles, dans le cadre des projets cliniques et des plans locaux de santé publique (PAL). La collaboration de l'ensemble des partenaires locaux possédant une expertise en prévention du suicide est toutefois primordiale.

Il est également essentiel que tous les partenaires s'approprient le présent cadre de référence, de façon à avoir une vision commune de l'implantation d'un réseau de sentinelles, et qu'ils connaissent tant leurs rôles que leurs responsabilités au sein d'un tel réseau pour qu'augmentent les probabilités d'en obtenir les effets escomptés. Précisons ici qu'un rôle ou une responsabilité peut revenir à un ou à plusieurs organismes du territoire, selon leur expertise.

Pour ce qui est de l'organisation elle-même, les rôles et les responsabilités des CSSS sont :

- de désigner l'organisme assumant le leadership d'un réseau, le coordonnateur responsable d'implanter ce réseau et les formateurs ;
- d'établir la hiérarchie des services à offrir aux personnes suicidaires reconnues par les sentinelles, que ces services se rapportent à la prise en charge des personnes suicidaires ou à l'orientation de ces dernières vers les ressources appropriées ou au suivi dont elles ont besoin ;
- de définir le soutien à apporter aux sentinelles au moment où elles transmettent l'information à un intervenant désigné, lorsqu'elles prennent conseil auprès de cet intervenant ou veulent avoir accès à des mesures de postvention à la suite d'un suicide d'une personne qu'elles ont aidées (voir étape 6).

#### **Objectifs**

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Désigner l'organisme qui assumera le leadership d'un réseau de sentinelles sur le territoire du CSSS.</li><li>✓ Faire en sorte que les partenaires aient une vision et une compréhension communes du cadre de référence.</li><li>✓ Faire en sorte que les partenaires s'approprient le cadre de référence et connaissent tant les rôles que les responsabilités de chacun.</li><li>✓ Définir les rôles et les responsabilités qui reviennent à chacun des partenaires concernant sa participation à un réseau de sentinelles.</li></ul> |
|---|

## Actions à accomplir

- ✓ Répertorier et mobiliser les partenaires concernés par l'implantation d'un réseau de sentinelles sur le territoire de CSSS.
- ✓ Répertorier les organismes et les personnes qui ont une expertise en prévention du suicide ou en planification et en gestion.
- ✓ Définir les rôles et les responsabilités de chacun des partenaires :
  - ◆ désigner l'organisme qui assumera le leadership d'un réseau de sentinelles sur le territoire ;
  - ◆ nommer un coordonnateur qui sera responsable d'implanter des réseaux de sentinelles dans différents milieux sur le territoire ;
  - ◆ désigner les formateurs ;
  - ◆ établir la hiérarchie des services à offrir aux personnes suicidaires reconnues par les sentinelles ;
  - ◆ désigner l'intervenant qui soutiendra les sentinelles.
- ✓ Définir le mécanisme de communication et de collaboration entre les partenaires.
- ✓ Faire connaître l'existence du réseau de sentinelles à l'ensemble des organismes qui peuvent intervenir auprès des personnes suicidaires (maisons de jeunes, ressources d'hébergement, groupes d'entraide, etc.).

## Aspects à surveiller

- ✓ La participation des services de première ligne est essentielle pour pouvoir offrir aux personnes suicidaires la gamme de services dont elles ont besoin.
- ✓ Le rôle du coordonnateur responsable d'implanter les réseaux de sentinelles exige un investissement suffisamment important pour pouvoir assurer non seulement la mise en place mais aussi la pérennité du réseau.
- ✓ La responsabilité de l'arrimage entre l'ensemble des services à offrir aux personnes suicidaires relève de l'ASSS du niveau régional et du CSSS (dans le cadre du projet clinique) au niveau local.
- ✓ L'organisation de la gamme de services à offrir aux personnes suicidaires (intervention psychosociale, intervention et suivi de crise, soutien dans la communauté, postvention, etc.) doit précéder l'implantation d'un réseau de sentinelles.
- ✓ L'implantation d'un réseau de sentinelles sur un territoire requiert de l'expertise en prévention du suicide ainsi qu'en planification et en gestion.

**Les expertises nécessaires à l'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide**

**Prévention du suicide**

- ✓ Expertise théorique
- ✓ Expertise pratique
- ✓ Compétences pédagogiques
- ✓ Connaissance des ressources
- ✓ Connaissance des problématiques connexes au suicide
- ✓ Connaissance du continuum de services

**Planification et gestion**

- ✓ Gestion de projet
- ✓ *Leadership*
- ✓ Communication
- ✓ Planification
- ✓ Animation
- ✓ Évaluation
- ✓ Connaissance du continuum de services
- ✓ Connaissance des acteurs clés et des ressources du milieu

**Le rôle du coordonnateur responsable d'implanter les réseaux de sentinelles**

- ✓ Faire la promotion des réseaux de sentinelles sur le territoire.
- ✓ Assurer la gestion du projet.
- ✓ Superviser le déroulement et assurer le suivi de l'implantation de chaque réseau de sentinelles.
- ✓ Soutenir l'organisation et l'évaluation de la formation des sentinelles.
- ✓ Assurer les liens avec les intervenants et les organismes désignés pour offrir du soutien aux sentinelles.
- ✓ Assurer les liens avec les organismes répertoriés qui ont à s'occuper des personnes suicidaires reconnues par les sentinelles.
- ✓ Évaluer, de façon continue, les besoins des sentinelles et des partenaires, et s'assurer de mettre en place les mécanismes pour y répondre.
- ✓ Participer au processus d'évaluation concernant l'implantation de chaque réseau de sentinelles sur le territoire.

### **3.7.2 Les étapes de l'implantation**

#### **Étape 1 : Connaître les groupes à risque ou vulnérables et choisir les milieux**

L'un des intérêts des réseaux de sentinelles est qu'ils créent des liens entre les ressources d'aide du milieu et les personnes suicidaires, notamment celles avec qui il est difficile d'entrer en contact. Il faut donc déterminer quels sont les groupes à risque ou vulnérables sur le territoire et implanter un réseau dans les milieux où se trouvent ces personnes.

## Objectifs

- ✓ Déterminer les groupes à risque ou vulnérables au regard du suicide.
- ✓ Choisir les milieux dans lesquels implanter un réseau de sentinelles.

## Actions à accomplir

- ✓ Répertorier les groupes à risque de suicide ou les personnes vulnérables au regard du suicide.
- ✓ Répertorier les milieux dans lesquels il serait possible d'implanter un réseau de sentinelles.
- ✓ Analyser les particularités des milieux ciblés (voir l'annexe 4).
- ✓ Évaluer la pertinence d'adapter les modalités telles que la durée de la formation et les moyens de soutenir les sentinelles aux particularités de chaque milieu ciblé.

## Aspects à surveiller

- ✓ L'intérêt pour un milieu d'implanter un réseau de sentinelles peut venir 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 réseau de sentinelles. En d'autres mots, il ne faut pas que le réseau de sentinelles se substitue aux services habituellement offerts pour satisfaire les besoins.
- ✓ On considère comme des personnes dont le potentiel suicidaire est élevé : les hommes de 30 à 49 ans, les membres des communautés autochtones, les personnes aux prises avec des troubles affectifs (dépression), des dépendances ou des troubles de la personnalité, ou encore celles qui ont déjà fait une tentative de suicide.
- ✓ D'autres particularités peuvent influencer le choix des milieux dans lequel implanter un réseau de sentinelles, notamment le fait que certaines personnes demandent peu d'aide, sont isolées ou difficiles à rencontrer.
- ✓ Les milieux ciblés devraient être les milieux de vie des personnes à risque ou vulnérables.

## Étape 2 : Susciter l'adhésion dans le milieu ciblé

Le consentement et l'adhésion des personnes appartenant à un milieu ciblé facilitent l'implantation du réseau de sentinelles et sont essentiels pour en assurer la pérennité.

## Objectifs

- ✓ Amener le plus grand nombre de personnes appartenant au milieu ciblé à adhérer au projet.
- ✓ Mettre en place, dans le milieu ciblé, les conditions nécessaires à la réussite de l'implantation du réseau de sentinelles et à la pérennité de ce réseau.

## Actions à accomplir

- ✓ Présenter les éléments contextuels du projet, (les valeurs et principes éthiques, la définition des sentinelles et de leur rôle, la raison d'être et le but des réseaux de sentinelles ainsi que les étapes de l'implantation d'un tel réseau) aux personnes appartenant au milieu ciblé.
- ✓ Choisir, dans le milieu ciblé, la personne clé (voir la définition de son rôle plus loin) qui assurera le lien avec le coordonnateur responsable de l'implantation des réseaux de sentinelles sur le territoire.
- ✓ Faire connaître l'investissement en temps qu'exige l'implantation d'un réseau de sentinelles dans le milieu (voir l'encadré plus loin).
- ✓ S'assurer de l'engagement des dirigeants du milieu ciblé et des autres acteurs en place (ex. : syndicat, comité de santé au travail).

## Aspects à surveiller

- ✓ La connaissance des particularités du milieu ciblé permet de tenir compte des résistances et d'utiliser les forces en présence quand on veut susciter l'adhésion du plus grand nombre de personnes au projet d'implantation du réseau de sentinelles.
- ✓ L'inscription de l'implantation du réseau de sentinelles sur la liste des priorités, par l'organisation ciblée, est souhaitable pour assurer la pérennité de ce réseau.

### Rôle de la personne clé issue du milieu ciblé

- ✓ Participer, avec le coordonnateur responsable d'implanter les réseaux de sentinelles sur le territoire, à la planification de l'implantation du réseau dans son milieu.
- ✓ Répertorier les personnes ayant les qualités pour devenir sentinelles dans le milieu.
- ✓ Assurer le suivi des activités en collaboration avec le coordonnateur responsable d'implanter les réseaux de sentinelles sur le territoire.
- ✓ Chercher à connaître les besoins relatifs au soutien ou à la formation continue des sentinelles.

### Investissement en temps exigé du milieu ciblé

- ✓ Accorder du temps à la personne clé pour qu'elle puisse participer à la planification de l'implantation du réseau de sentinelles dans son milieu.
- ✓ Accorder du temps aux personnes sélectionnées pour qu'elles puissent participer à une session de formation des sentinelles.
- ✓ Accorder du temps aux sentinelles pour qu'elles puissent participer aux activités de soutien (formation continue, rencontres ponctuelles, visite d'un organisme, etc.).
- ✓ Accorder du temps à la personne clé pour qu'elle puisse assurer le suivi des événements et communiquer avec le coordonnateur responsable d'implanter les réseaux de sentinelles sur le territoire.

### **Étape 3 : S'assurer de l'arrimage entre les ressources du milieu ciblé et celles du réseau de la santé et des services sociaux du territoire**

Dans certains milieux, on trouve déjà du personnel et des services qui viennent en aide aux personnes en difficulté. Il faut donc s'assurer de l'arrimage entre ces ressources et celles du réseau de la santé et des services sociaux.

#### **Objectif**

- ✓ Connaître le rôle des ressources du milieu ciblé ayant un lien avec les services à offrir aux personnes suicidaires ou le soutien à offrir aux sentinelles.

#### **Actions à accomplir**

- ✓ Répertorier les intervenants et les services d'aide établis dans le milieu ciblé.
- ✓ Faire connaître aux ressources du milieu ciblé ayant un lien avec les services à offrir aux personnes suicidaires ou le soutien à offrir aux sentinelles certains éléments du cadre de référence, notamment la définition et le rôle des sentinelles ainsi que les rôles et les responsabilités des ressources de santé et de services sociaux du territoire.
- ✓ Obtenir de l'information sur le rôle des intervenants et des services d'aide du milieu ciblé ayant un lien avec les services à offrir aux personnes suicidaires ou le soutien à offrir aux sentinelles.
- ✓ Établir les liens entre les services d'aide du milieu ciblé et les services sociaux et de santé du territoire.

#### **Aspects à surveiller**

- ✓ 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 », concernant les ressources du milieu ciblé et celles du territoire d'un CSSS (ex. : les jours ouvrables et aux heures d'ouverture des bureaux, la sentinelle communique avec le personnel du programme d'aide aux employés mais en d'autres temps, elle s'adresse au service de soutien téléphonique accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7).
- ✓ 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 donner une information claire aux sentinelles.

#### Étape 4 : Rechercher et sélectionner les futures sentinelles

La recherche de sentinelles consiste à trouver des personnes intéressées ou aptes à jouer le rôle de sentinelles. La sélection fait référence au choix, selon les critères de sélection définis, des personnes qui seront invitées à participer à une session de formation et, parmi elles, de celles qui deviendront des sentinelles ou le resteront. Ainsi, la sélection est un processus continu.

#### Objectif

- ✓ Trouver des personnes intéressées à jouer le rôle de sentinelles dans un milieu ciblé et vérifier leur capacité à jouer ce rôle, selon les critères précisés dans le présent cadre de référence.

#### Actions à accomplir

- ✓ Établir la stratégie adéquate pour le recrutement dans le milieu ciblé. Le recrutement peut se faire par l'intermédiaire d'une invitation universelle (s'adressant à tous) ou sélective (destinée à certaines personnes en raison de leurs liens étroits avec des personnes à risque ou vulnérables).
- ✓ Convenir du degré de publicité à donner aux sentinelles. Pour elles, être connues, comme demeurer anonymes, a ses avantages et ses inconvénients. Par exemple, l'option de faire connaître les sentinelles peut motiver certaines personnes à jouer ce rôle et inciter les personnes suicidaires à aller vers les sentinelles ; elle peut par contre amener ces dernières à une trop grande empathie. Les conséquences variant selon les groupes et les milieux ciblés, il est difficile de proposer une stratégie unique en la matière. L'analyse des particularités du milieu (voir l'annexe 4) peut être utile pour faire ce choix.
- ✓ Faire connaître les critères de sélection (voir plus loin) des sentinelles, avant de procéder au recrutement.
- ✓ Procéder à la sélection des sentinelles selon les critères définis et les modalités établies (ex. : questionnaire, entrevue).
- ✓ Déterminer le suivi à offrir aux personnes qui ne sont pas retenues.

#### Les critères de sélection

- ✓ Être un adulte.
- ✓ Être volontaire.
- ✓ Ne pas être suicidaire.
- ✓ Ne pas avoir été récemment touché par le suicide (ne pas être dans la phase de choc ou de désorganisation qui suit généralement la mort d'un proche par suicide ni être affecté par un deuil non résolu).

## Aspects à surveiller

- ✓ Une personne apte à évaluer les personnes intéressées, dont celles qui sont touchées par un suicide, déterminera si elles peuvent ou non devenir sentinelles dans un avenir rapproché.
- ✓ Certaines personnes devenues sentinelles peuvent se trouver, à un certain moment, dans une situation où elles ne répondent plus aux critères de sélection et ne peuvent plus continuer à jouer ce rôle. Les coordonnateurs de l'implantation d'un réseau de sentinelles, les formateurs et les intervenants désignés pour soutenir les sentinelles doivent être attentifs à ces changements.
- ✓ Il ne faut pas oublier que pour certaines personnes, la façon d'avoir accès à de l'aide pour elles-mêmes ou pour un proche sera peut-être d'intégrer un réseau de sentinelles. Il est important de bien évaluer les motivations et les besoins des personnes intéressées à devenir sentinelles pour pouvoir les soutenir et les orienter vers les services.
- ✓ Il est aussi possible que des sentinelles se retirent d'elles-mêmes pour différentes raisons (difficultés personnelles, charge émotive, rôle qui ne correspond plus à leur vision, etc.). Il sera important de discuter avec elles pour connaître les motifs de leur décision, vérifier si elles ont besoin d'aide et les orienter vers les ressources appropriées, au besoin.
- ✓ Le nombre de sentinelles recruté 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 assurer la prise en charge et le suivi des personnes suicidaires en détresse (voir également l'étape 6).

## Étape 5 : Former les sentinelles

La formation consiste à permettre à chaque personne sélectionnée d'acquérir ou de développer les compétences lui permettant de jouer le rôle de sentinelle qui est défini dans le présent cadre de référence. La formation est un moment opportun pour vérifier l'aptitude d'une personne à devenir sentinelle.

Compte tenu du rôle que jouent les sentinelles dans la prévention du suicide, il faut s'assurer que la formation comprend un nombre d'heures suffisant et que le nombre de participants permet la discussion avec le formateur.

## Objectifs

- ✓ S'assurer que les sentinelles acquièrent les compétences nécessaires pour pouvoir jouer ce rôle tel qu'il est défini dans le présent cadre de référence.
- ✓ Vérifier l'aptitude de la personne à jouer le rôle de sentinelle.

### **Actions à accomplir**

- ✓ S'assurer que le formateur a les compétences requises pour donner la formation aux sentinelles (compétences pédagogiques et expertise en rapport avec la problématique du suicide, bonne connaissance du présent cadre de référence et des ressources du milieu, etc.).
- ✓ S'assurer que le contenu de la formation respecte les objectifs fixés (voir plus loin) et est adapté aux particularités du groupe ou du milieu ciblé.
- ✓ À la fin de la formation, vérifier la capacité, l'aisance et l'intérêt de chaque personne à jouer son rôle de sentinelle.

### **Aspects à surveiller**

- ✓ La formation doit inclure des stratégies pédagogiques adaptées aux compétences à acquérir ou 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 du présent document (aspect multifactoriel du suicide, facteurs associés au suicide et signes précurseurs, rôle des sentinelles, etc.).
- ✓ Il peut être pertinent que le coordonnateur responsable de l'implantation des réseaux sur le territoire participe à chaque session de formation afin de créer des liens avec les sentinelles, puisqu'il aura à assurer un suivi auprès des sentinelles après la formation.
- ✓ Il serait souhaitable que les sentinelles puissent rencontrer les intervenants ou visiter les organismes désignés pour leur offrir du soutien ou offrant des services aux personnes suicidaires pendant la formation.

## Objectifs de la formation

### Concernant la problématique

- ✓ Faire comprendre que les valeurs et les croyances personnelles influencent la façon de réagir face à une personne suicidaire.
- ✓ Présenter les caractéristiques du groupe ou du milieu ciblé (hommes, jeunes, milieu de travail, etc.) au regard du suicide.
- ✓ Faire connaître les facteurs associés au suicide.
- ✓ Faire comprendre que le suicide s'inscrit dans un processus de crise.

### Concernant la relation avec la personne suicidaire

- ✓ Présenter les éléments de base de la relation d'aide.
- ✓ Faire connaître les signes précurseurs du suicide.
- ✓ Montrer comment vérifier si une personne a des idées suicidaires.
- ✓ Montrer comment évaluer l'urgence suicidaire.
- ✓ Montrer comment encourager une personne à demander de l'aide.
- ✓ Faire connaître ce qui empêche de demander de l'aide et ce qui encourage à en demander.

### Concernant les liens entre le rôle de sentinelle et les ressources

- ✓ Présenter les ressources du territoire et celles du milieu ciblé.
- ✓ Faire connaître les limites du rôle de sentinelle et montrer l'importance de connaître ses limites personnelles.
- ✓ Présenter les mécanismes de l'orientation vers les ressources appropriées.
- ✓ Présenter les mécanismes de la communication avec l'intervenant désigné pour soutenir les sentinelles.
- ✓ Présenter les services de soutien offerts aux sentinelles.

## Étape 6 : Soutenir les sentinelles

Le soutien à offrir aux sentinelles se traduit par différentes mesures à mettre en place pour leur permettre de jouer leur rôle et de prendre conseil dans des situations difficiles. Il comprend des activités de postvention à la suite du suicide d'une personne qu'elles ont aidée, des activités leur donnant l'occasion de discuter de leur rôle, de leurs possibilités et de leurs limites ainsi que des activités de formation continue leur permettant de maintenir ou d'améliorer leurs compétences.

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

### Objectif

- ✓ Offrir aux sentinelles le soutien dont elles ont besoin pour pouvoir jouer leur rôle.

## Actions à accomplir

- ✓ Faire connaître aux sentinelles les intervenants qui ont été désignés pour leur offrir du soutien (tel que cela est prévu dans le partage des rôles et des responsabilités entre les ressources du territoire et celles du milieu ciblé).
- ✓ Consulter régulièrement les sentinelles afin de connaître leurs besoins. Différents moyens peuvent être utilisés : journal des activités, rencontres informelles pour discuter d'une expérience ou pour connaître les ressources d'aide, site Internet, formation continue, etc.

## Aspects à surveiller

- ✓ Une activité de formation continue sur les facteurs associés au suicide (santé mentale, toxicomanie, demande d'aide, etc.) ou sur les particularités du groupe ciblé (ex. : les jeunes, les hommes) pourrait s'avérer utile.
- ✓ Si des sentinelles deviennent des proches d'une personne suicidaire, il faudra s'assurer qu'elles reçoivent les services de soutien appropriés. En effet, le soutien offert aux proches d'une personne suicidaire diffère de celui qui s'adresse aux sentinelles à cause du lien d'attachement et de la charge émotionnelle.
- ✓ Des sentinelles pourraient, à un moment ou à un autre, ne plus être en mesure de jouer leur rôle. Il faudra alors s'assurer qu'elles reçoivent le soutien dont elles ont besoin.

### 3.7.3 Le suivi de l'implantation

L'implantation d'un réseau de sentinelles dans un milieu ciblé doit être accompagnée de mesures permettant d'en suivre l'évolution, d'apprécier la façon dont les sentinelles et les personnes suicidaires réagissent durant cette période et de modifier les actions en conséquence. Le suivi permet ainsi d'atteindre au mieux les objectifs fixés.

## Objectifs

- ✓ Vérifier si les objectifs de chacune des étapes sont atteints.
- ✓ Vérifier dans quelle mesure les actions prévues à chacune des étapes ont été accomplies.
- ✓ Faire les modifications nécessaires tout au long de l'implantation du réseau de sentinelles dans un milieu ciblé.

## Actions à accomplir

- ✓ Préparer un questionnaire sur le suivi de l'implantation (voir l'encadré plus loin).
- ✓ Faire la collecte des données nécessaires au suivi.
- ✓ Mesurer les écarts entre les objectifs et les résultats, le cas échéant.
- ✓ Apporter les modifications nécessaires, s'il y a lieu.
- ✓ Répéter certaines actions, au besoin (ex. : recrutement des sentinelles).

## Aspect à surveiller

- ✓ Il arrive que l'implantation d'un réseau de sentinelles ne se déroule pas exactement de la façon prévue, ce qui n'est pas nécessairement négatif. Le suivi permettra alors d'expliquer pourquoi et de décrire les modifications qui ont été apportées.

### **Exemples de questions importantes pour poser un regard critique sur le déroulement de l'implantation**

- ✓ Les étapes de l'implantation se sont-elles succédé dans l'ordre prévu ? Sinon, pourquoi ?
- ✓ Est-ce que toutes les actions à poser dans une étape ont été accomplies ? Sinon, pourquoi ?
- ✓ Quelles ressources humaines, financières et matérielles ont été consacrées à chacune des étapes ?
- ✓ L'implantation dans le milieu ciblé a-t-elle permis d'entrer en contact avec un groupe à risque ou vulnérable ? Sinon, pourquoi ?



## PARTIE IV

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

Le respect des étapes présentées au chapitre précédent constitue le premier facteur de réussite de l'implantation d'un réseau de sentinelles. Toutefois, plusieurs autres conditions sont indispensables à la mise en œuvre optimale de cette mesure. Elles se situent sur trois plans :

- l'implantation dans un milieu selon les objectifs particuliers au réseau de sentinelles ;
- la contribution à la réduction des décès par suicide ;
- le déploiement de cette mesure à l'échelle provinciale.

### 4.1 Sur le plan de l'implantation dans un milieu selon les objectifs particuliers au réseau de sentinelles

- **Une vision commune**

Tous les partenaires du territoire engagés dans l'implantation d'un réseau de sentinelles doivent s'approprier le présent cadre de référence afin d'en bien connaître les orientations, les objectifs et les modalités, et d'en avoir une vision commune. De plus, l'appui des gestionnaires de chacun de ces organismes partenaires s'avère essentiel.

- **La définition claire des rôles et des responsabilités**

En premier lieu, il faut désigner l'organisme qui assumera le *leadership* de l'implantation d'un réseau et le coordonnateur qui sera responsable d'implanter des réseaux de sentinelles sur le territoire. Ensuite, il faut définir les rôles de chacun des partenaires en ce qui concerne la promotion du réseau, le recrutement, la formation et le soutien des sentinelles ainsi que les services relatifs à la prise en charge ou au suivi des personnes suicidaires vers lesquels ces dernières sont orientées par les sentinelles.

- **L'arrimage au continuum de services**

La disponibilité et l'accessibilité des services relatifs à la prise en charge des personnes suicidaires doivent être prévues par des ententes explicites. Les mécanismes et les outils qui favoriseront la continuité des services devront être connus de tous les partenaires afin que la prise en charge des personnes suicidaires ne connaisse pas de rupture. Par ailleurs, il faut prévoir le personnel et les mécanismes permettant d'assurer le soutien des sentinelles dans l'exercice de leur rôle.

- **Suivi et évaluation**

Le présent cadre de référence est le fruit d'un consensus fondé sur l'état actuel des connaissances et des besoins. Il est possible que l'un ou l'autre de ces éléments doive être modifié, que l'on pense ici à certaines modalités, aux étapes de l'implantation ou encore à l'arrimage avec les ressources d'aide du territoire. Le suivi continu de l'implantation permettra de vérifier progressivement la pertinence de ce cadre, d'apporter rapidement les modifications souhaitables et d'expliquer les écarts observés. Éventuellement, l'évaluation des effets permettra de justifier l'existence d'une mesure telle que les réseaux de sentinelles et de préciser la contribution de ces dernières à la prévention des décès par suicide.

## **4.2 Sur le plan de la contribution à la réduction des décès par suicide**

- **Choix de la population cible**

Bien que l'un des objectifs d'un réseau de sentinelles soit de favoriser les contacts entre les personnes suicidaires et les ressources d'aide, la finalité de ce réseau est de contribuer, à l'intérieur du continuum de services établi, à la réduction des décès par suicide. Pour y parvenir, il est nécessaire de cibler les personnes dont le potentiel suicidaire est élevé, tel que le recommande le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*. Les auteurs y indiquent notamment, ceci : « La population masculine doit faire l'objet d'une attention particulière. Des stratégies doivent être adaptées pour rejoindre plus précocement les hommes présentant des risques suicidaires et pour adapter les services à leurs réalités et à leurs besoins dans une perspective de changement à long terme »<sup>51</sup>.

Évidemment, toutes les personnes ayant un comportement suicidaire peuvent bénéficier d'une telle approche et il peut arriver que des occasions se présentent dans des milieux ou avec des groupes dans lesquels le risque de suicide est moins élevé. Il ne s'agit pas de bannir alors l'idée d'implanter un réseau de sentinelles. Toutefois, il faut être conscient que la probabilité de contribuer à la réduction des décès par suicide sera nettement moindre, bien que tout soutien apporté par les sentinelles à une personne en difficulté puisse s'avérer bénéfique. Dans un contexte où les ressources d'aide sont souvent insuffisantes, il est par conséquent souhaitable d'accorder la priorité aux personnes dont le potentiel suicidaire est élevé ou qui sont particulièrement vulnérables.

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

L'intervention des sentinelles peut contribuer à la réduction des décès par suicide à la condition que les autres services soient accessibles et qu'ils répondent aux différents besoins de suivi et de traitement des personnes suicidaires. La qualité de ces pratiques et la complémentarité entre les services sont nécessaires afin que les personnes bénéficient de l'aide appropriée à leurs besoins particuliers. L'absence de ces conditions pourrait affecter la motivation des personnes à devenir ou à demeurer sentinelles.

---

51. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, p. 59.

- **Une intervention globale en prévention du suicide**

Prévenir le suicide est une responsabilité qui ne peut être assumée efficacement sans la mise en œuvre d'un continuum de services allant de la promotion à l'intervention en passant par la prévention. Pour qu'un réseau de sentinelles soit efficace, il faut qu'il s'intègre dans ce continuum ; de plus, il faut définir clairement sa contribution et les conditions dans lesquelles il s'inscrit. Il est tout aussi nécessaire, dans le cadre des projets cliniques, de bien situer cette mesure dans le continuum d'actions, de ressources et de services offerts sur le territoire aux personnes à risque.

### **4.3 Sur le plan du déploiement à l'échelle nationale**

- **La diffusion du cadre de référence**

Le présent cadre de référence donne des sentinelles une image qui est adaptée à la réalité des besoins et des mesures existantes en prévention du suicide au Québec. L'état actuel des connaissances et l'éventail des services offerts nous permettent de croire qu'un réseau de sentinelles en prévention du suicide, implanté en conformité avec ce cadre de référence, peut apporter une contribution importante au continuum de services. Pour favoriser l'implantation uniforme d'une telle mesure dans tout le Québec, la diffusion systématique de ce document s'avère nécessaire.

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

Compte tenu de la diversité des populations et des milieux visés par les réseaux de sentinelles ainsi que du grand nombre de partenaires qui doivent s'engager dans l'implantation de ces réseaux, la formation de formateurs de sentinelles s'impose. La production des outils appropriés (manuel du formateur, cahier du participant) favorise à la fois l'uniformisation de l'implantation des réseaux de sentinelles, le soutien de l'ensemble des partenaires d'un CSSS ainsi que la réduction des écarts entre l'intervention proposée et les réseaux implantés.

- **Suivi et évaluation**

Le suivi de l'implantation d'un réseau de sentinelles dans un milieu permet d'atteindre au mieux les objectifs du réseau de sentinelles ; le suivi du déploiement à l'échelle du Québec, qui serait mené dans le contexte de l'évaluation du *Programme national de santé publique 2003-2012*<sup>52</sup>, permettrait, quant à lui, de vérifier l'engagement à l'échelle régionale et le respect des orientations, particulièrement en ce qui concerne les populations les plus durement touchées par le suicide. Le cas échéant, cette dernière forme de suivi donnerait l'occasion de soutenir l'implantation des réseaux dans les régions moins avancées, d'encourager le transfert de connaissances plus récentes et de moduler certains éléments en fonction des réalités territoriales. Subséquemment, l'évaluation pourrait apporter un nouvel éclairage sur les effets des réseaux de sentinelles et permettrait, enfin, de mieux estimer la valeur de la contribution de ce type de mesure à la prévention des décès par suicide.

---

52. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 133 p.



## Conclusion

Le cadre de référence pour l'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide vise à uniformiser la mise en œuvre de cette mesure au Québec. La vision claire qu'il donne de l'action des sentinelles s'appuie sur l'état actuel des connaissances et sur l'hypothèse que le déploiement intensif de ladite mesure 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 qu'une telle mesure peut, à elle seule, diminuer le taux de décès par suicide au Québec. Il est donc primordial que l'implantation d'un réseau de sentinelles soit appuyée par d'autres actions relatives à la promotion de la santé, à la prévention du suicide et d'autres problèmes sous-jacents ou à l'intervention auprès des personnes suicidaires, particulièrement auprès des groupes à risque.

L'implantation des réseaux de sentinelles exige par ailleurs une planification et une coordination rigoureuses. En incluant le suivi de l'implantation de ces réseaux, la structure proposée ici permet d'estimer les effets de cette mesure préventive dans tout le Québec. Ces évaluations seront autant d'occasions de recueillir des données probantes sur la contribution des sentinelles à la prévention du suicide.



## Références bibliographiques

- ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE PRÉVENTION DU SUICIDE. *Programme accrédité de formation : Intervenir en situation de crise suicidaire*, Montréal, Association québécoise de prévention du suicide, 2003, non paginé.
- BRONFENBRENNER, U. « Toward an experimental ecology of human development », *American Psychologist*, vol. 32, n° 17, 1977, p. 513-531.
- CARDINAL, L., et RAINVILLE M. *Évaluation de l'implantation de trois projets de sentinelles en prévention du suicide dans la région de la Capitale nationale*, Beauport (Québec), Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, 2004, 55 p.
- CENTER FOR DISEASE CONTROL. *Youth Suicide Prevention Programs: A Ressource Guide*, Atlanta, Public Health Services, U.S. Department of Health and Human Services, 1992, 129 p.
- CENTRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE DU QUÉBEC. *Problématique : facteurs de risque*, [[www.cpsquebec.ca/fr/problematique/index.htm](http://www.cpsquebec.ca/fr/problematique/index.htm)], consulté le 15 mars 2006.
- CENTRE DE RECHERCHE HÔPITAL DOUGLAS. *Projet de recherche sur les décès par suicide au Nouveau-Brunswick entre avril 2002 et mai 2003*, Moncton (Nouveau-Brunswick), ministère de la Santé et du Mieux-Être, 2005, 32 p.
- CHAGNON, F. et B.L. MISHARA. *Évaluation de programmes en prévention du suicide*, Sainte-Foy (Québec), Presses de l'Université du Québec, 2004, 177 p.
- DUPONT, J.P. *Évaluation de l'implantation d'un réseau de sentinelles en milieu rural sur la Côte-Nord*, Baie-Comeau (Québec), Centre de prévention du suicide de la Côte-Nord. 2003, 37 p. et annexes.
- FILION, G. *Évaluation du programme de formation en prévention du suicide sur le territoire de la MRC d'Antoine-Labelle*, Saint-Jérôme (Québec), Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides, 2006, 194 p.
- FILION, G. *Commentaires et résultats de la tournée des régions du Québec portant sur des expérimentations d'implantation de programmes de formation en prévention du suicide de type « sentinelles », document de travail*, Saint-Jérôme (Québec), Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides, 2004, 21 p.

- JULIEN, M. ET J. LAVERDURE. *Avis scientifique sur la prévention du suicide auprès des jeunes*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2004, 50 p.
- JULIEN, M., D. JULIEN ET P. LAFONTAINE. « Environnement de soutien », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 499-522. (Collection La santé et le bien-être)
- KRUG, E. G. et autres (sous la dir. de). *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002, 376 p.
- LÉGARÉ, G., et autres. « Santé mentale », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 335-352. (Collection La santé et le bien-être)
- Le Petit Robert 1 : Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, nouvelle édition, revue, corrigée et mise à jour, Paris, Dictionnaires le Robert – VUEF, 2002, 2952 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, 96 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 133 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (sous la coordination de G. Mercier et D. Saint-Laurent). *Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 94 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Fichier des décès de 1976 à 2003 et Perspectives démographiques basées sur le recensement de 2001*.
- MISHARA, B. L., et M. TOUSIGNANT. *Comprendre le suicide*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2004, 172 p.
- SAINT-HILAIRE, E. *Évaluation de l'implantation du programme de formation de sentinelles*, Sainte-Marie (Québec), Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2002, 125 p.
- UNITED NATIONS. *Prevention of Suicide: Guidelines for the Formulation and Implementation of National Strategies*, New York, Department for Policy Coordination and Sustainable Development, United Nations, 1996, 29 p.
- WHITE J., ET N. JODOIN. « *Before-the-Fact* » *Interventions: A Manual of Best Practices in Youth Suicide Prevention*, Victoria (British Columbia), Ministry for Children and Families, 1998, 276 p.

## **Annexes**

## ANNEXE 1

# Les facteurs associés au suicide

L'information présentée telle quelle dans les tableaux qui suivent a été tirée du document de J. White et N. Jodoin intitulé « *Before-the-Fact* » *Interventions: A Manual of Best Practices in Youth Suicide Prevention* et adapté par l'Association québécoise de prévention du suicide en 2003 pour le *Programme accrédité de formation : Intervention en situation de crise suicidaire* (voir la bibliographie pour la référence complète des documents).

### Facteurs associés au suicide chez les enfants

	<b>Facteurs prédisposants</b>	<b>Facteurs contributants</b>	<b>Facteurs précipitants</b>	<b>Facteurs de protection</b>
<b>Individu</b>	Dépression, problèmes psychiatriques Facteurs génétiques ou biologiques Conception de la mort plus ou moins mature Lacunes dans la capacité de résolution de problèmes	Impulsivité, hypersensibilité Abus sexuel ou physique	Échec personnel Humiliation Traumatisme individuel	Tempérament facile Habilités de résolution de problèmes Capacité à exprimer son vécu et ses émotions
<b>Famille et pairs</b>	Antécédents suicidaires familiaux Relation de violence, d'abus Isolement social et aliénation Absence de liens significatifs	Conflits persistants Instabilité des relations	Décès, surtout par suicide Séparation, divorce	Climat chaleureux Limites et rôles clairs Sentiments d'appartenance Entraide
<b>Communauté</b>	Acceptation, banalisation du suicide	Traitement sensationnaliste dans les médias Accessibilité aux moyens Ressources peu accessibles Pauvreté économique Hésitation, incertitude des proches à aider	Décès d'une célébrité par suicide	Espoir en l'avenir Disponibilité des ressources

## Facteurs associés au suicide chez les adolescents

	<b>Facteurs prédisposants</b>	<b>Facteurs contribuant</b>	<b>Facteurs précipitants</b>	<b>Facteurs de protection</b>
<b>Individu</b>	Tentatives de suicide antérieures Deuil prolongé ou non résolu Facteurs génétiques ou biologiques Dépression, problèmes psychiatriques	Style cognitif rigide Faible capacité d'adaptation Abus de substances Difficultés d'orientation sexuelle Impulsivité Hypersensibilité	Échec personnel Humiliation Traumatisme individuel Crise développementale Rupture amoureuse	Tempérament facile Habilités de résolution de problèmes Autonomie Expérience dans la maîtrise de soi Optimisme Sens de l'humour Spiritualité
<b>Famille</b>	Antécédents suicidaires familiaux Relation de violence, d'abus dans la famille Problèmes psychiatriques dans la famille Séparation, deuil durant l'enfance	Abus de substances dans la famille Conflits familiaux persistants Instabilité familiale	Perte d'un membre significatif de la famille Décès, spécialement par suicide	Relations familiales chaleureuses favorisant l'appartenance Modèles d'adultes équilibrés Attentes élevées et réalistes
<b>Pairs</b>	Isolement social et aliénation	Attitudes négatives des jeunes face à la recherche d'aide Imitation de comportements inadaptés des pairs	Moqueries, cruauté Perte d'amis, de réseau, rejet Décès, surtout par le suicide	Habilités sociales Modèles de pairs sains Acceptation et soutien
<b>École</b>	Longue histoire d'expérience scolaire négative	Coupure durant les étapes de transition à l'école Hésitation, incertitude dans l'aide du personnel scolaire	Échec, expulsion Crise disciplinaire	Adultes qui croient en eux Implication des parents Encouragement à participer
<b>Communauté</b>	Acceptation, banalisation du suicide Absence d'engagement politique	Traitement sensationnaliste dans les médias Accessibilité aux moyens Hésitation, incertitude des proches à aider Ressources peu accessibles Pauvreté économique	Décès d'une célébrité par suicide Conflit avec la loi, incarcération	Possibilité de participation Espoir en l'avenir Solidarité communautaire Disponibilité des ressources

## Facteurs associés au suicide chez les adultes

	<b>Facteurs prédisposants</b>	<b>Facteurs contribuant</b>	<b>Facteurs précipitants</b>	<b>Facteurs de protection</b>
<b>Individu</b>	Tentatives de suicide antérieures Deuil prolongé ou non résolu Dépression, problèmes psychiatriques Facteurs génétiques ou biologiques	Abus de substances Difficultés d'orientation sexuelle Impulsivité, hypersensibilité, anxiété, sentiment de perte de contrôle, faible estime de soi Abus sexuel ou physique	Échec personnel Humiliation Traumatisme individuel Crise développementale Présence d'une maladie grave (sida, cancer...)	Tempérament facile Habilités 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
<b>Famille et pairs</b>	Antécédents suicidaires familiaux Relation de violence, d'abus Isolement social et aliénation Absence de liens significatifs	Conflits persistants Instabilité des relations	Fin d'une relation significative Décès, surtout par suicide Problèmes interpersonnels importants	Climat chaleureux Limites et rôles clairs Sentiment d'appartenance Entraide
<b>Travail</b>	Longue expérience négative avec le milieu de travail Perspective d'emploi limitée	Conflits persistants Mauvaises conditions de travail Surinvestissement dans le travail Instabilité	Perte d'emploi Pression dans le milieu de travail	Bonne relation de travail Bonnes conditions de travail Actualisation dans le travail Reconnaissance
<b>Communauté</b>	Acceptation, banalisation du suicide Marginalisation Absence d'engagement politique	Traitement sensationnaliste dans les médias Accessibilité aux moyens Hésitation, incertitude des proches à aider Ressources peu accessibles Pauvreté économique Taux de chômage élevé	Décès d'une célébrité par suicide Conflit avec la loi, incarcération	Possibilité de participation Espoir d'avenir Solidarité communautaire Disponibilité des ressources

## Facteurs associés au suicide chez les personnes âgées

	<b>Facteurs prédisposants</b>	<b>Facteurs contributants</b>	<b>Facteurs précipitants</b>	<b>Facteurs de protection</b>
<b>Individu</b>	Dépression, problèmes psychiatriques associés à une comorbidité physique Maladie chronique Perte d'autonomie Deuil prolongé et non résolu	Consommation abusive de médicaments et d'alcool	Humiliation Traumatisme individuel Placement en famille ou en foyer d'accueil Pertes	Tempérament facile Habilités de résolution de problèmes Capacité à exprimer son vécu et ses émotions Vision positive de la retraite Spiritualité
<b>Famille et pairs</b>	Relation de violence, d'abus Isolement social et aliénation Absence de liens significatifs	Conflits persistants Instabilité des relations	Veuvage, surtout chez les hommes	Climat chaleureux Entraide, soutien dans la famille
<b>Communauté</b>	Acceptation, banalisation du suicide chez les personnes âgées	Télédiffusion des comportements suicidaires chez les personnes âgées Accessibilité aux moyens Ressources peu accessibles Pauvreté économique Hésitation, incertitude des proches à aider	Décès d'une célébrité par suicide, surtout une personne âgée	Rôle actif dans la communauté Vision positive du vieillissement dans l'entourage Disponibilité des ressources

## ANNEXE 2

# Réglementation et législation relatives à la prévention du suicide au Québec

Note : Le texte qui suit a été tiré en partie du *Programme accrédité de formation : Intervention en situation de crise suicidaire de 2003* de l'Association québécoise de prévention du suicide et approuvé par le juge Michael Sheehan.

Plusieurs aspects légaux ont une influence sur la prévention du suicide au Québec. Certains d'entre eux visent particulièrement les professionnels et d'autres, l'ensemble des citoyens. Dans l'exercice de leur rôle, les sentinelles auront, dans des situations particulières, à recourir à l'un ou l'autre de ces textes. Le responsable de l'implantation d'un réseau de sentinelles, le formateur des sentinelles ainsi que l'organisme qui assurera le soutien des sentinelles devront maîtriser la connaissance de ces lois au regard de la problématique du suicide et celle de leurs implications dans des contextes précis. L'implantation de réseaux de sentinelles fait appel aux principes issus des cadres légaux qui suivent.

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

#### **Droit à la vie**

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

#### **Droit au secours**

2. 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.

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

### **Code civil du Québec (L.R.Q., c. C-1991)**

- 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.

**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 dégagées 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 modifiant diverses dispositions législatives  
eu égard à la divulgation des renseignements confidentiels  
en vue d'assurer la protection des personnes (L.Q. 2001, c. 78)**

**Notes explicatives du projet de loi n° 180**

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 du Québec (L.R.AQ., c. C-1991)**

**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. 1991, c.64, a. 26 ; 1997, c.75, a. 29.
- 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. 1991, c. 64, a. 27 ; 1997, c. 75, a. 30.

**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)**

**Responsabilité du médecin**

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.

**Agent de la paix**

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 (L.R., 1985, ch. C-46)**

- 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 signes précurseurs associés à un processus suicidaire

Note : Le texte qui suit a été rédigé à partir du *Programme accrédité de formation : Intervention en situation de crise suicidaire de 2003* de l'Association québécoise de prévention du suicide.

La plupart des personnes qui se suicident expriment des messages de détresse et de souffrance à leur entourage et manifestent leur intention d'en finir. Parfois, les proches reconnaissent ces messages mais souvent, ils ne les reconnaissent pas. En effet, certaines personnes entendent la clochette d'alarme et se disent : « il ne va pas bien » ou « je m'inquiète », mais parfois les messages ne sont pas déchiffrés, soit parce qu'ils sont ambigus ou trop déstabilisants. Reconnaître la souffrance d'une personne proche suscite, chez certains, des sentiments contradictoires qui affectent la perception du message émis.

Quoiqu'il soit important de reconnaître les indices des comportements suicidaires, il n'est pas nécessaire, cependant, d'attendre ces messages pour intervenir. Lorsqu'on sait quelqu'un en difficulté, il vaut mieux se fier à son intuition et agir ! Qui sait si la personne n'a pas exprimé des signes à quelqu'un d'autre.

Il est donc primordial de se familiariser avec les signes précurseurs associés à un processus suicidaire. En cas de doute, le mot d'ordre est d'agir et de vérifier sa perception auprès de personnes expertes.

### **Catégories de signes**

Les signes des comportements suicidaires sont regroupés en cinq catégories distinctes : les messages verbaux directs ou indirects, les indices comportementaux, les indices émotifs, les indices cognitifs ainsi que les signes de la dépression.



### **5- Signes de la dépression**

Il y a dépression si, depuis plus de deux semaines, on observe au moins cinq des symptômes suivants, et s'ils représentent un changement important par rapport à l'état habituel :

Humeur dépressive.  
Diminution de l'intérêt et du plaisir.  
Perte ou gain de poids.  
Insomnie ou hypersomnie.  
Fatigue, perte d'énergie.  
Agitation ou retard moteur.  
Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité.  
Difficulté à se concentrer ou à prendre des décisions.  
Pensées sur la mort ou le fait de mourir.

## ANNEXE 4

### Les éléments servant à l'analyse des particularités du milieu

Concernant le territoire local	Concernant le milieu et le groupe visés	Concernant la disponibilité et l'organisation des services du territoire des CSSS
<p>Les données démographiques et épidémiologiques</p> <p>Les facteurs de risque connus</p> <p>L'historique des événements suicidaires</p> <p>Les particularités culturelles</p> <p>La capacité d'investissement du milieu (ressources humaines et financières, par exemple)</p> <p>La capacité de mobilisation</p> <p>L'expertise disponible, etc.</p>	<p>Les ressources internes</p> <p>La culture du milieu (attitudes, croyances, habitudes de demande d'aide, etc.)</p> <p>Les activités ou services déjà existants (protocole de postvention, équipe de crise, etc.)</p> <p>L'histoire des événements suicidaires</p> <p>Les leviers (appui de la direction, <i>leadership</i>, personnes clés, etc.)</p> <p>Les contraintes (conflits, méfiance, mythes, etc.)</p> <p>La capacité d'investissement dans le projet (ex. : temps accordé aux employés pour la formation), etc.</p>	<p>Les services déjà en place en prévention du suicide</p> <p>L'accessibilité des différentes ressources d'aide</p> <p>Les alliances, ententes et mécanismes de concertation existants</p> <p>Les données sur l'utilisation des services par la population ciblée, etc.</p>

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