



*information*



*formation*



*recherche*



*coopération  
internationale*

# AVIS SCIENTIFIQUE SUR LA PRÉVENTION DU SUICIDE CHEZ LES JEUNES

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Québec 

# AVIS SCIENTIFIQUE SUR LA PRÉVENTION DU SUICIDE CHEZ LES JEUNES

DIRECTION DÉVELOPPEMENT DES INDIVIDUS ET DES COMMUNAUTÉS

MARS 2004

## AUTEURES

Marie Julien, conseillère scientifique  
Unité Développement et adaptation des personnes, direction Développement des individus et des communautés de l'Institut national de santé publique du Québec et  
Direction de santé publique de la Montérégie

Johanne Laverdure, coordonnatrice scientifique  
Unité Développement et adaptation des personnes, direction Développement des individus et des communautés de l'Institut national de santé publique du Québec

## REMERCIEMENTS

Les personnes suivantes ont été consultées à l'une ou l'autre des étapes de l'élaboration de ce document. Nous les en remercions. Toutefois, le présent document ne reflète pas nécessairement leur point de vue.

Annette Beautrais  
Christchurch School of Medicine, Nouvelle-Zélande

Natacha Joubert  
Santé Canada

Luc Blanchet  
Comité de la santé mentale du Québec

Gilles Légaré  
Institut national de santé publique du Québec

Yv Bonnier Viger  
Direction de santé publique des Terres-Cries-de-la-Baie-James

Brian Mishara  
Centre de recherche sur le suicide et l'euthanasie  
Université du Québec à Montréal

Jean-Jacques Breton  
Hôpital Rivière-des-Prairies

Réal Morin  
Institut national de santé publique du Québec

Lise Cardinal  
Direction de santé publique de la Capitale nationale

Danielle Saint-Laurent  
Institut national de santé publique du Québec

Lorraine Deschênes  
Direction de santé publique de la Montérégie

Nos remerciements vont aussi à Marie St-Amour de la Direction de santé publique de la Montérégie, qui a collaboré à la recension des écrits.

*Ce document est disponible en version intégrale sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec : <http://www.inspq.qc.ca>. Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.*

CONCEPTION GRAPHIQUE :  
MARIE PIER ROY

DOCUMENT DÉPOSÉ À SANTÉCOM (<http://www.santecom.qc.ca>)  
COTE : INSPQ-2004-016

DÉPÔT LÉGAL – 2<sup>e</sup> TRIMESTRE 2004  
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC  
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA  
ISBN 2-550-42583-9

©Institut national de santé publique du Québec (2004)

## TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>1 ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LES PROGRAMMES PRÉVENTIFS.....</b>	<b>3</b>
1.1 OBJECTIF .....	3
1.2 MÉTHODE.....	3
1.2.1 Type d'études évaluatives retenues .....	3
1.2.2 Repérage des études.....	3
1.2.3 Classification des études .....	4
1.2.4 Appréciation des études .....	4
1.3 RÉSULTATS .....	4
1.3.1 Promouvoir des facteurs de protection .....	4
1.3.1.1 <i>Promotion des habiletés d'adaptation</i> .....	4
1.3.2 Diminuer les facteurs de risque .....	6
1.3.2.1 <i>Contrôle de l'accessibilité aux moyens</i> .....	6
1.3.2.2 <i>Sensibilisation des médias</i> .....	7
1.3.2.3 <i>Postvention</i> .....	9
1.3.3 Identifier les personnes à risque .....	10
1.3.3.1 <i>Sensibilisation en milieu scolaire</i> .....	10
1.3.3.2 <i>L'aide par les pairs</i> .....	12
1.3.3.3 <i>Formation des sentinelles</i> .....	13
1.3.3.4 <i>Formation des médecins généralistes</i> .....	14
1.3.3.5 <i>Les lignes d'écoute téléphonique</i> .....	16
1.3.4 Agir sur une combinaison de facteurs.....	17
1.3.4.1 <i>Les programmes globaux</i> .....	17
1.3.4.2 <i>La mise en réseau des partenaires</i> .....	19
1.4 DISCUSSION .....	20
1.4.1 Effets sur les taux de suicide .....	20
1.4.2 Effets sur les facteurs de risque.....	21
1.4.3 Effets sur d'autres variables.....	22
1.4.4 Effets préoccupants .....	23
1.4.5 En résumé.....	23
1.4.6 Hypothèses explicatives quant aux résultats limités.....	24
1.5 CONCLUSION.....	26
<b>2 RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>29</b>
<b>RÉFÉRENCES .....</b>	<b>37</b>
<b>ANNEXE 1.....</b>	<b>47</b>

## INTRODUCTION

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a reçu de la Table de coordination nationale en santé publique le mandat de fournir aux responsables provinciaux et régionaux chargés d'implanter la *Stratégie d'action face au suicide* (MSSS, 1998) et le *Programme national de santé publique 2003-2012* (MSSS, 2003) un avis scientifique. Le mandat comporte deux objectifs : 1) faire état des connaissances en matière de prévention du suicide chez les jeunes et 2) formuler des recommandations à l'endroit des stratégies préventives déjà implantées ou à être mises en place. Les interventions cliniques qui s'adressent aux personnes suicidaires soit dans le cadre de traitements ou de démarches de dépistage dans la population générale ne sont pas incluses dans la recension et ne font pas l'objet de recommandations.

Cet avis devrait répondre à un besoin de définir des orientations claires en prévention du suicide chez les jeunes, mis en évidence dans le bilan effectué par le ministère de la Santé et des Services sociaux, quatre ans après l'adoption de la *Stratégie d'action face au suicide* (MSSS, 1998). Ce bilan révélait en effet que les actions préventives demeuraient dispersées et que le questionnement semblait généralisé à propos de leur efficacité (MSSS, 2002). Ce document comporte deux sections. La recension des écrits des différentes études évaluatives des programmes de prévention chez les jeunes constitue la première de ces sections alors que les recommandations comme telles en représentent la deuxième.

## 1 ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LES PROGRAMMES PRÉVENTIFS

### 1.1 OBJECTIF

L'objectif de cette recension est de faire le point sur les connaissances découlant des études évaluatives de différentes stratégies de prévention du suicide chez les jeunes, réalisées tant au Québec, qu'au Canada, qu'au niveau international.

### 1.2 MÉTHODE

#### 1.2.1 Type d'études évaluatives retenues

Les études retenues présentent les caractéristiques suivantes : 1) elles portent sur des interventions préventives; 2) elles visent à agir sur des facteurs dont l'association avec les idéations et comportements suicidaires a préalablement été démontrée; 3) elles s'adressent à des jeunes de moins de 25 ans (elles peuvent parfois s'adresser à la population en général comme dans le cas des stratégies de diminution de l'accès aux moyens ou de sensibilisation des médias) et 4) elles comportent une description de l'intervention de même qu'une analyse de leur efficacité (connaissances et attitudes à l'égard du suicide, idéations suicidaires, tentatives de suicide ou suicides complétés) ou de leur implantation.

Les devis méthodologiques peuvent être variés. Ainsi, l'efficacité des interventions qui s'adressent à des groupes de personnes, comme c'est le cas des programmes de sensibilisation, est la plupart du temps évaluée à partir d'études de cohortes<sup>1</sup>, alors que celle des interventions qui touchent de larges segments de la population, comme c'est le cas des mesures législatives de contrôle des armes, l'est à partir de devis écologiques<sup>2</sup>, transversaux ou longitudinaux. Très peu d'études sont basées sur une méthodologie d'essais comparatifs, randomisés ou non randomisés<sup>3</sup>. Il a été résolu de ne pas éliminer d'études sur la base de critères relatifs à la robustesse des devis. Cet aspect sera cependant pris en considération dans la présentation des résultats et dans la discussion.

#### 1.2.2 Repérage des études

Le repérage des études évaluatives effectuées au cours des vingt dernières années a été réalisé à partir d'une recherche automatisée dans *Medline*, *PsychINFO* et *SANTÉCOM*, d'une investigation des résumés des conférences internationales publiées dans des index et de recensions déjà effectuées dans le domaine : Bowen, Choquet, Ladame, Kjellberg et Perret-Catipovic, 2000; Breton, Bilodeau, Raymond, Joubert et Nantel, 1998; Breton et Boyer, 2000; Breton, Boyer, Bilodeau, Raymond, Joubert et Nantel, 2002; Burns et Patton, 2000; Gardiner et Brenda, 2002; Gould et Kramer, 2001; Guo et Harstall, 2002; Institute of Medicine, 2002; Mazza, 1997; O'Carroll, Mercy, Hersey, Boudreau et Odell-Butler, 1992;

---

<sup>1</sup> Les études de cohortes sont des études où on compare des groupes dont la composition est déterminée en fonction de leur participation ou non à une intervention plutôt que par le chercheur.

<sup>2</sup> L'usage du terme « écologique » réfère à un type d'études où les observations sont faites sur des collectivités plutôt que sur des individus.

<sup>3</sup> Dans les essais comparatifs randomisés, les participants sont répartis de manière aléatoire entre le groupe expérimental et le groupe contrôle alors que dans les essais comparatifs non randomisés, les participants sont répartis de manière non aléatoire.

Ploeg, Ciliska, Dobbins, Hayward, Thomas et Underwood, 1996; Ploeg, Ciliska, Brunton, MacDonnell et O'Brien, 1999.

### **1.2.3 Classification des études**

Les études retenues se rapportent à onze stratégies préventives qui ont été classées en quatre catégories selon les objectifs poursuivis. De manière générale, les stratégies préventives se caractérisent par le fait qu'elles s'adressent toutes à des groupes d'individus ou à des collectivités et qu'elles prennent place avant l'apparition du problème (Blanchet, Laurendeau, Paul et Saucier, 1993; Mrazek et Haggerty, 1994)<sup>4</sup>. Dans le cas du suicide, les stratégies préventives sont celles qui interviennent avant l'apparition des idéations ou des comportements suicidaires ou encore avant l'acte suicidaire comme tel, du moment qu'elles s'adressent à des groupes ou à des collectivités. Quant aux catégories, on retrouve celles qui visent : 1) à promouvoir les facteurs de protection; 2) à prévenir les facteurs de risque; 3) à identifier et à agir auprès des personnes à risque ou encore 4) à agir sur une combinaison des objectifs précédents.

### **1.2.4 Appréciation des études**

Pour chaque étude, on trouvera une description des interventions préventives, une présentation des postulats théoriques qui les sous-tendent et les conclusions résultant des analyses d'implantation ou d'efficacité. Les principales informations colligées tout au long du texte sont présentées dans un tableau-synthèse à l'annexe 1.

## **1.3 RÉSULTATS**

### **1.3.1 Promouvoir des facteurs de protection**

#### *1.3.1.1 Promotion des habiletés d'adaptation*

Plusieurs études ont montré que des programmes axés sur la promotion des habiletés d'adaptation des jeunes pouvaient avoir un impact sur divers types de comportements à risque. C'est le cas du programme d'intervention préventive de Montréal (Tremblay, Pagani-Kurtz, Masse, Vitaro et Phil, 1995), un programme qui a été implanté dans plusieurs écoles du Québec afin d'améliorer les habiletés sociales des enfants et les habiletés éducatives des parents et des enseignants et qui s'est montré non seulement efficace pour réduire les comportements d'agressivité des jeunes à court terme mais aussi les comportements de délinquance sur une plus longue période. D'autres programmes qui s'inspirent d'un modèle comportemental-cognitif et se présentent sous la forme d'un curriculum d'activités dispensées en classe, se sont aussi révélés efficaces à prévenir l'apparition de la dépression, de l'anxiété et de la dépendance aux drogues ou à l'alcool, des problèmes connus comme étant des facteurs de risque du suicide (Marcotte, 2000; Turgeon et Brousseau, 2000; Vitaro et Carbonneau, 2000).

---

<sup>4</sup> Sont exclues de cette recension, les interventions cliniques qui s'adressent à des personnes déjà aux prises avec des idéations ou des comportements suicidaires, cela peu importe l'approche retenue (psychosociale, psychothérapeutique ou pharmacologique) ou le lieu où elles sont dispensées (centre de prévention du suicide, hôpital, CLSC, cabinet privé), et les activités de dépistage de masse.

Quatre études ont évalué des programmes de ce type qui avaient été implantés dans un but de prévention du suicide. La première est une étude de cohortes qui a été réalisée dans une école secondaire d'une communauté autochtone des États-Unis (LaFromboise et Howard-Pitney, 1995). Les résultats indiquent que les participants à un programme centré sur l'apprentissage de différentes habiletés d'adaptation et développé afin de tenir compte des particularités culturelles du milieu, présentaient de meilleurs résultats à des mesures de risque suicidaire et de désespoir que les jeunes d'un groupe de comparaison. Les participants se révélaient en outre plus habiles à résoudre des problèmes lors d'une situation fictive d'intervention auprès d'un jeune suicidaire. Les jeunes ne différaient toutefois pas quant à une mesure de dépression. Les deux autres études ont été réalisées par le même auteur auprès de jeunes identifiés comme étant à haut risque de décrochage scolaire. L'une est une étude de cohortes où on a comparé deux groupes ayant participé au programme *Personal Growth Class* durant une période d'un ou deux semestres à un groupe de comparaison (Eggert, Thompson, Herting et Nicholas, 1995). Les résultats indiquent que le groupe de comparaison a présenté des améliorations comparables à celles observées dans les deux groupes d'intervention à toutes les mesures, y compris à une mesure auto-rapportée d'idéations et de comportements suicidaires. Les jeunes ayant participé aux programmes ont toutefois obtenu de meilleurs scores que ceux du groupe de comparaison à une mesure de contrôle personnel. L'autre consiste en un essai clinique randomisé qui a été effectué auprès de jeunes auxquels on a offert le programme *C-CARE* (intervention individuelle brève axée sur le développement des habiletés d'adaptation et de liens avec les parents et les ressources de la communauté) et le programme *CAST* (intervention de groupe et individuelle axée sur le développement d'habiletés d'adaptation et de réseaux de soutien) (Eggert, Thompson, Randell et Pike, 2002; Randell, Eggert et Pike, 2001; Thompson, Eggert, Randell et Pike, 2001). Les résultats ont montré que, immédiatement après l'intervention et au suivi de 9 mois, tous les groupes y compris le groupe contrôle, se sont améliorés à des mesures d'attitudes, d'idéations et de comportements suicidaires, de détresse émotionnelle et de contrôle de la colère. Des différences dans les taux de changement observés ont toutefois été notées, les jeunes ayant bénéficié des interventions présentant des résultats plus favorables. Enfin, le programme *Reaching Young Europe « Zippy and friends »* s'adresse aux enfants fréquentant la maternelle ou la première année du primaire. Il comprend 24 sessions d'une durée d'une heure où, à travers le jeu de marionnettes, les enfants font l'apprentissage de diverses habiletés relationnelles et d'adaptation (Mishara et Ystgaard, 2001). Les résultats d'une étude de cohortes, réalisée au Danemark et en Lituanie, montrent que les élèves ayant participé au programme sont évalués par leurs enseignants de manière plus favorable au niveau de leurs habiletés d'adaptation que ceux du groupe contrôle. Les participants perçoivent aussi leurs habiletés de manière plus favorable que ne le font les jeunes du groupe contrôle. Enfin, en Lituanie, les participants obtiennent de meilleurs scores à une mesure de problèmes externalisés et de comportements d'hyperactivité.



## 1.3.2 Diminuer les facteurs de risque

### 1.3.2.1 Contrôle de l'accessibilité aux moyens

Il est assez répandu de croire qu'une personne vraiment déterminée à mettre fin à ses jours réussira toujours à trouver une méthode qui lui permettra de le faire et que si le moyen choisi n'est pas disponible, il lui sera relativement facile de substituer une méthode à une autre. Ce n'est pourtant pas le cas (Clarke et Lester, 1989). Il semble que le choix d'une méthode résulte d'un processus mettant en cause plusieurs facteurs, certains étant liés à des éléments du contexte personnel, d'autres à des normes culturelles. Si, au moment prévu, le moyen choisi n'est pas disponible ou accessible, une méthode de rechange sera alors considérée. Cette méthode pourrait être moins létale, augmentant ainsi les chances de survie de la personne. Cette méthode pourrait aussi ne pas être disponible ou accessible à ce moment précis, amenant ainsi la personne suicidaire à surseoir temporairement à sa décision. Dans l'intervalle, la crise suicidaire pourrait se résorber et ne plus jamais refaire surface. De fait, il est connu qu'une minorité seulement des gens qui font une tentative de suicide à un moment donné de leur vie finissent par se suicider par la suite<sup>5</sup>.

L'expérience qui a été le plus souvent rapportée à l'appui de l'efficacité des actions qui visent à diminuer l'accessibilité aux moyens a été réalisée en Grande Bretagne au début des années soixante. À l'époque, la modification de la composition du gaz domestique avait entraîné non seulement une diminution des suicides attribuables à cette méthode mais également une diminution spectaculaire du taux global de suicide dans le pays, une diminution de l'ordre de 40 % et qui s'est maintenue durant plus d'une dizaine d'années (Clarke et Lester, 1989). Suite à cette expérience, des initiatives ont été prises afin de diminuer les suicides qui résultent d'une arme à feu, d'une intoxication médicamenteuse ou au monoxyde de carbone, ou encore, d'une chute d'un endroit élevé<sup>6</sup>. Plusieurs études évaluatives ont conclu au bien-fondé de ces initiatives.

Ainsi, de nombreuses recherches cas-témoin<sup>7</sup> indiquent un lien très clair entre la disponibilité des armes à feu et le suicide et suggèrent que des mesures visant à accroître le contrôle des armes ont un effet sur le taux global de suicide (Miller et Hemenway, 1999 pour une synthèse à ce sujet). L'effet serait plus marqué chez les adolescents et les jeunes adultes. Toutefois, une revue systématique des études ayant évalué huit mesures législatives différentes de contrôle des armes, conduite récemment par le *Task Force on Community Preventive Services* regroupant des chercheurs de plusieurs universités et organismes dont le *Center for Disease Control* d'Atlanta, a conclu que les évidences étaient insuffisantes pour déterminer l'efficacité de l'une ou l'autre de ces mesures ou d'une combinaison de ces mesures (Hahn, Bilukha, Crosby, Thompson Fullilove, Liberman, Moscicki, Snyder, Tuma et Briss, 2003).

---

<sup>5</sup> Clark et Fawcett (1992) estiment ce pourcentage à 7 %.

<sup>6</sup> Au Québec, ces moyens sont utilisés par respectivement 20 %, 7 %, 10 % et 5 % des personnes qui se suicident. Chez les moins de 18 ans, ces pourcentages sont de 25 %, 4 %, 4 % et 7 % (Saint-Laurent et Tennina, 2000). La pendaison demeure le principal moyen utilisé par les hommes (50 %) et par les femmes (44 %), de même que par les jeunes de moins de 18 ans (57 %).

<sup>7</sup> Les études cas-témoin sont des études où on compare un groupe de personnes présentant un problème à un groupe de personnes ne le présentant pas. Dans ces études, la participation au programme est reconstituée de manière rétrospective.

Au Canada, une étude a conclu à l'effet bénéfique de mesures législatives mises en place par le gouvernement fédéral (Carrington et Moyer, 1994)<sup>8</sup>. Caron (2000) n'arrive pas à cette même conclusion en étudiant le phénomène en Abitibi-Témiscamingue. Il a noté une importante diminution des suicides par armes à feu dans la région après l'application de la réglementation de la loi C17 sur l'entreposage sécuritaire des armes à feu, mais celle-ci n'a pas été accompagnée d'une diminution du taux global de suicide. Ce dernier a au contraire augmenté dans l'ensemble de la population et de manière plus importante chez les jeunes de moins de 25 ans.

Par ailleurs, des expériences réalisées en Australie, au Japon et en Grande-Bretagne ont suggéré qu'il était possible de réduire le nombre total de suicides en réglementant la prescription de médicaments sédatifs et hypnotiques (Clarke et Lester, 1989). Sur la base de ces évidences, la France et la Grande-Bretagne ont adopté récemment de nouvelles réglementations qui limitent la disponibilité d'un médicament en vente libre, le paracétamol (acétaminophène), un produit fréquemment utilisé dans les cas d'intoxication médicamenteuse. Jusqu'à maintenant, il semble que ces mesures ont permis de diminuer les taux de suicide qui résultent d'une telle intoxication (Gunnell, Hawton, Murray, Garnier, Bismuth, Fagg et Simkin, 1997; Turvill, Burroughs et Moore, 2000).

L'adoption enfin au milieu des années '60 de mesures de contrôle des émanations toxiques provenant des tuyaux d'échappement des véhicules moteurs, aura entraîné une diminution des suicides par intoxication au monoxyde de carbone aux États-Unis (Clarke et Lester, 1989). Le phénomène n'est toutefois pas enrayé totalement et c'est pourquoi dans certains pays comme le Canada, une réglementation concernant l'installation de systèmes qui permettraient de détecter les concentrations de monoxyde dans l'habitacle et de stopper le moteur quand ce dernier est à l'arrêt, est présentement à l'étude. C'est également en ce sens que d'autres initiatives sont présentement en voie d'expérimentation dans la région montréalaise afin de réduire les suicides qui se produisent dans le métro de même qu'au pont Jacques-Cartier (Groupe de travail sur les suicides au pont Jacques-Cartier, 2002).

### 1.3.2.2 *Sensibilisation des médias*

Les effets néfastes des portraits que tracent souvent les médias des personnes qui se suicident ont été maintes fois démontrés (Vetting et Gould, 1999). Le phénomène nous a encore une fois été rappelé lors du suicide du journaliste Gaétan Girouard. En effet, suite à une couverture de l'événement que l'on peut qualifier de sensationnaliste, on a constaté une augmentation des taux de suicide (Tousignant, Mishara, St-Laurent, Trépanier et Fortin, 2001). Les études indiquent que les effets négatifs sont surtout constatés lorsque les drames rapportés ont trait à des personnes réelles plutôt qu'à des personnages fictifs. Ils sont en outre davantage observés chez les adolescents et les jeunes adultes que dans la population en général.

---

<sup>8</sup> Des mesures plus sévères ont été adoptées au Canada au cours des années '90. Il en a résulté une diminution importante des suicides par armes à feu, ceux-ci passant de 36 % à 22 % de la fin des années '70 à la fin des années '90 (ministère de la Justice, 2000).

Dans le but de contrer ces effets, des recommandations précises sur la manière de rapporter les suicides ont été proposées aux médias. Une évaluation de ce type d'intervention a été réalisée en Autriche à la fin des années '80 alors qu'une vague de suicides survenus dans le métro de Vienne et dans le réseau ferroviaire avaient été grandement médiatisés. L'étude a révélé que l'adoption par les médias des recommandations contenues dans un guide pratique aurait eu un effet positif. Le pourcentage de suicides survenant dans le métro a en effet diminué de 75 % dès la première année et s'est maintenu au cours des cinq années subséquentes (Etzersdorfer, Sonneck et Nagel-Kuess, 1992; Sonneck, Etzersdorfer et Nagel-Kuess, 1994). De plus, une expérience plus récente menée en Suisse a également conclu à l'effet positif de ces recommandations (Michel, Frey, Wyss et Valach, 2000). On a en effet constaté une couverture plus adéquate des décès par suicide dans les médias. Toutefois, il est encore trop tôt pour mesurer l'impact de ces recommandations sur les taux de suicide.

Par ailleurs, puisqu'un traitement médiatique inapproprié est susceptible d'entraîner une hausse des taux, on peut se demander si un traitement médiatique adéquat ne pourrait pas, à l'inverse, avoir un effet positif sur le phénomène. L'exemple du suicide collectif de plus de 900 personnes dans les années '70 en Guyane et, plus récemment, celui du chanteur Kurt Cobain (Stack, 1983; Jobes, Berman, O'Carroll, Eastgard et Knickmeyer, 1996) semblent appuyer une telle hypothèse. Dans ces deux cas, les médias avaient tracé un portrait peu flatteur des personnages en cause et mis l'accent sur les conséquences pénibles de ces événements sur les familles et les communautés. Les chercheurs avaient alors noté une diminution des taux. D'ailleurs, une étude réalisée récemment suggère que le fait d'avoir été exposé au comportement suicidaire d'un proche ou à la couverture médiatique d'un suicide n'entraîne pas automatiquement un effet de contagion (Mercy, Kresnow, O'Carroll, Lee, Powell, Potter, Swann, Frankowski et Bayer, 2001). Dans cette étude on a en effet estimé que le risque de faire une tentative de suicide quasi-létale était plus faible chez les personnes qui avaient eu une telle exposition que dans un groupe de sujets appariés.

Miser sur les médias pour sensibiliser la population au suicide, c'est ce qu'ont tenté de faire certains organismes comme l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS), qui depuis 1989, tient annuellement une *Semaine de prévention du suicide*. Un sondage réalisé auprès d'un échantillon représentatif de la population québécoise a montré que, malgré une visibilité très relative de la Semaine, les personnes qui y avaient été exposées avaient un meilleur niveau de connaissances sur le phénomène que celles qui n'y avaient pas été exposées (Daigle, Beausoleil, Brisoux, Raymond, Charbonneau et Desaulniers, 2002). Aucun effet n'a toutefois été observé en ce qui a trait aux attitudes de ces personnes face à la demande d'aide, ou en ce qui a trait aux appels téléphoniques faits aux centres de prévention du suicide, aux hospitalisations suite à des tentatives de suicide ou aux suicides complétés. Les chercheurs ont attribué ces résultats à la faible intensité des moyens mis en œuvre. Précédemment en Alberta, Dyck (1993) (cité dans Daigle *et al.*, 2002) avait réalisé la première évaluation d'une semaine de prévention du suicide. Il n'avait pas non plus noté de différences significatives dans la variation des appels à des lignes d'écoute et dans les admissions hospitalières à la suite de la campagne.

Enfin, une campagne de sensibilisation au suicide visant les parents et les adultes en contact avec les jeunes de même que la population en général a été évaluée dans l'État de Washington (Eggert, Karovsky et Pike, 1997; 1999 dans Bowen *et al.*, 2000). Les résultats ont montré de faibles gains en ce qui a trait aux connaissances et aux attitudes. Résultat intéressant, un pourcentage important des personnes interrogées (24 %) a dit avoir été en contact avec un jeune suicidaire au cours du mois précédent. On ne sait toutefois pas si la campagne a pu avoir un effet positif sur l'aide qui a été apportée à ces jeunes.

### 1.3.2.3 *Postvention*

Le décès d'un proche peut déclencher ou exacerber chez certains individus des difficultés psychologiques ou des troubles mentaux ou encore entraîner un deuil pathologique. Ces problèmes ne seraient toutefois pas plus marqués chez les personnes qui perdent un proche par suicide que chez celles qui perdent un proche à la suite d'autres causes (Clark, 2001). Une intervention de crise qui serait offerte aux personnes endeuillées dans les heures ou les jours qui suivent l'événement pourrait cependant permettre d'éviter un possible effet d'imitation, un phénomène que l'on connaît encore mal.

La définition de ce qu'est la postvention ne fait pas consensus. Diverses interventions sont comprises sous ce vocable mais l'activité à laquelle on fait le plus souvent référence est le *debriefing*. Il s'agit d'une intervention de groupe, habituellement réalisée au cours des jours qui suivent l'événement, et qui vise l'expression des émotions des personnes qui ont été exposées à l'événement en vue du rétablissement de leur fonctionnement. Les programmes de postvention peuvent aussi comporter des interventions de crise et des mesures de soutien, individuelles ou de groupe, aux endeuillés. Des critères d'identification des personnes à risque, des procédures et des protocoles de référence à des ressources appropriées sont aussi parfois définis dans ces programmes. Des travaux québécois sont actuellement en cours sous la direction de Monique Séguin pour définir ce que devrait comporter un programme de postvention.

Malgré la popularité croissante de ces programmes, seulement deux études évaluatives ont été réalisées. Dans le cadre d'un essai clinique non randomisé d'un programme hebdomadaire offert à des jeunes ayant perdu un proche par suicide, on a noté de meilleurs résultats des participants à des mesures de symptomatologie de dépression et d'anxiété comparativement au groupe contrôle (Pfeffer, Jiang, Kakuma, Hwang et Metsch, 2002). Par ailleurs, dans une étude rétrospective réalisée huit mois après une intervention de groupe offerte à des élèves qui avaient vécu le suicide d'un pair, on n'a pas détecté de différences entre ceux qui ont bénéficié de l'intervention et ceux du groupe contrôle à des mesures de troubles internalisés et externalisés, de conduites suicidaires et de consommation de drogues et d'alcool (Hazell et Lewin, 1993).

Une méta-analyse effectuée récemment par le groupe Cochrane à propos de l'efficacité des activités de *debriefing* pour prévenir un éventuel état de stress post-traumatique invite à la réflexion (Rose, Bisson et Essely, 2002). Après avoir révisé une dizaine d'essais randomisés d'interventions offertes suite à différents types d'événements traumatiques mais qui n'étaient pas des suicides, les auteurs concluent qu'il n'y a pas d'évidence que les activités de *debriefing* se sont montrées efficaces à prévenir le stress post-traumatique ou encore, la

dépression ou l'anxiété. Les études ayant réalisé le meilleur suivi suggèrent même un risque accru de présenter un syndrome de stress post-traumatique chez les participants aux activités de *debriefing*. Les auteurs estiment en conséquence qu'il n'y a pas lieu d'offrir ces services de manière systématique.

### **1.3.3 Identifier les personnes à risque**

#### *1.3.3.1 Sensibilisation en milieu scolaire*

Les programmes de sensibilisation au suicide ont surtout été expérimentés dans les écoles. Ils consistent principalement en une ou deux rencontres de groupe (parfois 12) de 90 minutes sous la forme de présentations didactiques, souvent accompagnées de documents vidéo, sur l'épidémiologie du suicide, les signes avant-coureurs d'une crise suicidaire et les ressources disponibles dans la communauté. Ces programmes peuvent aussi parfois comporter d'autres activités complémentaires, promotion des habiletés d'adaptation des jeunes, ateliers et conférences pour le personnel scolaire ou pour les parents.

Près d'une dizaine d'études, des études de cohortes pour la plupart, ont examiné l'efficacité de ces programmes (Abbey, Madsen et Polland, 1989; Ciffone, 1993; Kalafat et Elias, 1994; Kalafat et Gagliano, 1996; Klingman et Hochdorf, 1993; Orbach et Bar-Joseph, 1993; Overholser, Huston Hemstreet, Spirito et Vyse, 1989; Shaffer, Vieland, Rojas, Underwood et Busner, 1990; Shaffer, Garland, Vieland, Underwood et Busner, 1991; Spirito, Overholser, Ashworth, Morgan et Benedict-Drew, 1988; Vieland, Whittle, Garland, Hicks et Shaffer, 1991). De façon générale, les résultats sont plutôt décevants. On a surtout constaté une amélioration, habituellement modérée, du niveau des connaissances et du niveau des attitudes, que ce soit à l'égard de la recherche d'aide, de l'aide à apporter à un pair ou du dévoilement d'idées suicidaires (Abbey *et al.*, 1989; Kalafat et Elias 1994; Klingman et Hochdorf, 1993; Overholser *et al.*, 1988; Shaffer *et al.*, 1991). Certaines études ont aussi fait état de résultats positifs au niveau des habiletés à intervenir auprès d'une personne vulnérable. Il s'agit cependant d'habiletés évaluées à partir de questionnaires où une situation fictive est présentée au répondant, un résultat qui reflète davantage les connaissances et les attitudes que les habiletés comme telles (Abbey *et al.*, 1989; Kalafat et Elias, 1994; Kalafat et Gagliano, 1996; Spirito *et al.*, 1988). Enfin, deux études ont montré des effets positifs à des mesures du risque suicidaire et à des mesures des habiletés personnelles d'adaptation, évaluées aussi à partir de questionnaires où une situation fictive est présentée au répondant (Klingman et Hochdorf, 1993; Orbach et Bar-Joseph, 1993).

Des résultats préoccupants ont été relevés dans les études évaluatives de ces programmes dans certains groupes de jeunes. Ainsi, une étude a montré qu'après avoir été exposés à un programme, des pourcentages plus importants de jeunes qui avaient déjà fait une tentative de suicide avaient eu des opinions moins favorables à l'endroit du programme et avaient dit connaître quelqu'un qui avait été troublé par le programme, comparativement à des jeunes qui n'avaient pas fait de tentatives de suicide (Schaffer *et al.*, 1990). Ces jeunes ont également présenté des attitudes inadéquates dans des pourcentages plus importants que les autres, estimant que de parler du suicide pouvait inciter à passer à l'acte ou que la participation au programme ne faciliterait pas l'intervention auprès d'amis qui auraient besoin d'aide. D'autres effets indésirables ont aussi été constatés dans des groupes de garçons. Ainsi, on retrouve chez ces derniers, après la participation au programme, un score plus

élevé à une échelle de désespoir et davantage d'attitudes inadéquates et davantage de stratégies d'adaptation inappropriées, un résultat qui va à l'encontre de ce qui est observé chez les filles (Overholser *et al.*, 1989). Par ailleurs, des effets non-souhaités au niveau des attitudes ont aussi été notés. Des participants ont dit avoir changé d'idée et maintenant croire que le suicide était une solution à envisager (Schaffer *et al.*, 1991). Certains ont même affirmé qu'ils ne seraient pas enclins à conseiller à leurs amis de consulter un professionnel (Kalafat et Elias, 1994; Vieland, *et al.*, 1991). La publication de ces résultats, largement médiatisée au moment de leur parution, a alors soulevé une controverse aux États-Unis et au Canada (Busner et Shaffer, 1991; Tierney, 1991).

Les conclusions de neuf évaluations de programmes de sensibilisation réalisées au Québec rejoignent celles des études réalisées ailleurs dans le monde (Bélanger et Sylvain, 1991; DeLuca et Leblanc, 1988; Denoncourt, Forget, Jobin, Veilleux et Veilleux, 1994; Gadbois et Raymond, 1987; Labissonnière et Poulin, 1988; Morin, 1995; Raymond, 1989; Raymond, 1987 dans Breton *et al.*, 1998 et dans Breton *et al.*, 2002; Raymond, Routhier, Mishara et Charbonneau, 2003). Les améliorations se situent surtout au niveau des connaissances (De Luca et Leblanc, 1988; Labissonnière et Poulin, 1988; Morin, 1995; Raymond, 1989 dans Breton *et al.*, 1998 et dans Breton *et al.*, 2002; Raymond, Routhier, Mishara et Charbonneau, 2003). L'une de ces évaluations a porté sur un programme qui repose sur une stratégie d'animation du milieu scolaire à l'occasion d'une *Semaine du Mieux vivre* (Bélanger et Sylvain, 1991). Les résultats n'ont cependant pas montré d'effet de ce type d'intervention sur des mesures de dépression, d'estime de soi, d'isolement social et du goût de vivre chez les jeunes de l'école où le programme avait été implanté comparativement à ceux d'une école témoin. Une étude québécoise a aussi rapporté certains résultats préoccupants (Denoncourt *et al.*, 1994). Des sujets présentant des idéations suicidaires sérieuses se sont dit plus enclins à considérer que « si un élève pense au suicide, c'est pas de mon affaire » et avaient moins l'intention d'accompagner un ami qui pense au suicide dans ses démarches de recherche que les autres jeunes.

Une seule étude évaluative a porté sur un programme destiné à des élèves du niveau primaire, le programme *Plein le dos* (Mishara, 1998). Ce dernier consiste en deux rencontres de 45 minutes où les jeunes sont invités à exprimer leurs réactions et à proposer des solutions à une situation fictive où une personne confrontée à plusieurs problèmes avoue avoir pensé mettre fin à ses jours. Le programme comporte aussi la tenue d'une conférence à l'intention des parents de même que des activités à réaliser à domicile. Les résultats indiquent peu d'effets positifs du programme pour l'ensemble des élèves. Quelques changements positifs sont cependant notés pour la minorité des enfants qui dit avoir déjà pensé au suicide.

### 1.3.3.2 L'aide par les pairs

Les programmes d'aide par les pairs ont d'abord été développés afin d'apporter un soutien aux jeunes qui éprouvent des difficultés académiques. On a par la suite constaté que ces programmes pouvaient améliorer les habiletés relationnelles des jeunes et prévenir divers comportements à risque (Dryfoos, 1991). Ces programmes auraient plus d'impact que les programmes qui sont centrés sur des dimensions affectives, comme l'estime de soi (Vitaro et Carbonneau, 2000). Des effets indésirables ont cependant été observés dans le cas où les aidants étaient eux-mêmes déjà aux prises avec des difficultés importantes (Dishion, McCord et Poulin, 1999).

Les programmes d'aide par les pairs visent à développer les habiletés relationnelles des jeunes et à consolider leurs réseaux de soutien. L'intervention préconisée est basée sur une approche d'écoute active, d'aide à la résolution de problèmes et de référence à des ressources appropriées. Les programmes peuvent être très différents les uns des autres. Ils mettent habituellement l'accent sur le fait que les jeunes aidants ne sont pas des thérapeutes, qu'ils ne doivent pas se substituer à l'aide professionnelle et qu'ils doivent au contraire demander l'assistance d'un adulte lorsqu'ils sont en contact avec un jeune suicidaire. Certains confient toutefois aux jeunes un rôle plus actif dans l'évaluation et l'intervention auprès de leurs pairs suicidaires, un rôle qui peut être assimilé à celui des sentinelles (Stuart, Waalen et Haelstromm, 2003). Les programmes varient également en fonction des procédures et des critères en matière de recrutement des aidants, de la formation et de l'encadrement qui leur sont offerts, etc.

Une seule étude a examiné l'impact de ces programmes sur les comportements suicidaires (Lewis et Lewis, 1996). Réalisée à partir d'un sondage effectué auprès des conseillers scolaires de l'État de Washington, l'étude s'est particulièrement intéressée aux modalités d'encadrement des aidants. Certains des résultats obtenus paraissent inquiétants. Ainsi, on a constaté un taux de suicide plus élevé dans les écoles où les aidants n'étaient pas supervisés par des conseillers formés en relation d'aide que dans les écoles où il n'y avait pas de programme du tout. Les taux étaient toutefois moins élevés dans les écoles où les aidants étaient encadrés par de tels conseillers. On a également observé davantage de suicides dans les écoles où on avait attribué aux aidants une mission de prévention du suicide et de *counselling* individuel que dans celles où on n'avait pas confié ces responsabilités aux jeunes. Les chercheurs n'excluent pas la possibilité que les programmes aient pu avoir un effet désinhibant sur les comportements suicidaires. Ils concluent en recommandant que les aidants soient soutenus par des professionnels en relation d'aide, qui seraient plus sensibles que les enseignants ou le personnel administratif de l'école, aux enjeux qui entourent les problèmes de santé mentale, comme la confidentialité, la création d'un lien de confiance et l'évaluation du risque.

Une étude réalisée en Colombie-Britannique et sans groupe contrôle, a examiné les effets de la formation donnée aux aidants et les résultats sont mitigés. Les connaissances et les attitudes de ces derniers se sont améliorées suite à la formation mais au suivi de trois mois, les améliorations constatées au niveau des attitudes n'ont pas été maintenues (Stuart *et al.*, 2003). Au Québec, deux expériences d'implantation de ces programmes ont fait l'objet d'évaluation (Deschesnes, 1992, 1994; Laurendeau, Tourigny et Gagnon, 1990; Tourigny,

Laurendeau, Gagnon et Beauregard, 1989). Il faut noter que ces programmes visaient à améliorer les habiletés relationnelles des jeunes et à faire connaître les ressources disponibles dans le milieu et non pas à prévenir le suicide comme tel. Ces études de cas ont révélé que l'engagement et le soutien ferme de la part des directions d'école, la présence d'une équipe d'adultes compétents et motivés, et l'adoption de procédures rigoureuses pour le recrutement, la sélection et le soutien des jeunes aidants représentaient des facteurs de réussite. Ces expériences auraient aussi entraîné des bénéfices pour les aidants, ces derniers étant plus susceptibles d'émettre une réponse empathique et d'éprouver un sentiment de compétence, de même que des bénéfices pour l'ensemble des jeunes de l'école au niveau des attitudes en général. On ne connaît toutefois pas l'effet de ces programmes sur les aidés eux-mêmes. La satisfaction des aidés est la seule dimension qui a été mesurée dans les études et de manière générale, les résultats indiquent qu'elle est bonne.

### 1.3.3.3 Formation des sentinelles

Les sentinelles peuvent être définies comme des personnes adultes qui, en raison de leur travail dans le milieu scolaire (professeurs, entraîneurs, etc.) ou dans la communauté (employés des services de loisirs, animateurs de maisons de jeunes, etc.), entretiennent des liens privilégiés avec les jeunes et sont donc susceptibles de les aider. Les écrits concernant les programmes de sentinelles sont peu nombreux (Frederico et Davis, 1996). Aussi, on sait peu de choses sur ce que ces programmes comportent comme activités, outre la formation dispensée à des personnes considérées comme des sentinelles et sur leurs effets potentiels. On présume qu'en donnant à certaines personnes une formation qui permet de reconnaître les signes de détresse chez les jeunes, il sera possible d'identifier et référer à des ressources appropriées un plus grand nombre de jeunes à risque. La plupart des programmes que les écrits assimilent à des programmes de sentinelles consistent en des ateliers de formation dont le contenu se rapproche de ceux de *LivingWorks* (Ramsay, Tanney, Tierney et Lang, 1994), un programme d'abord développé en Alberta et qui en a inspiré plusieurs autres à travers le monde, dont celui développé récemment au Québec par l'AQPS (2001). Ces ateliers durent habituellement de une à deux journées et l'on y présente des études de cas et des exposés sur les facteurs de risque du suicide et sur les méthodes qui permettent d'identifier les jeunes à risque. Les programmes de sentinelles peuvent aussi comporter des protocoles d'entente et des procédures de référence à des ressources appropriées ainsi que des activités de suivi, individuelles ou de groupe, du travail effectué par les sentinelles.

Il y a quelques années, une table ronde d'experts américains a estimé que ces programmes étaient susceptibles de réduire de 12 % les suicides chez les jeunes (Eddy, Wolpert et Rosenberg, 1987) mais aucune étude n'a réellement évalué leur impact, que ce soit sur les comportements suicidaires ou sur la capacité des sentinelles à réaliser la tâche qu'on attend d'elles dans ces programmes, qui consiste à d'identifier correctement les jeunes à risque.



## **Dans le milieu scolaire**

Quelques études ont cependant montré que des ateliers offerts à des personnes œuvrant en milieu scolaire avaient eu des effets positifs sur les connaissances et les attitudes de ces personnes (Barrett, 1985 dans O'Carroll *et al.*, 1992; Reisman et Scharfman, 1991 dans Garland et Zigler, 1993; Shaffer, Garland et Whittle, 1988 dans O'Carroll *et al.*, 1992) et sur la référence à des ressources appropriées (Barrett, 1985 dans O'Carroll *et al.*, 1992; Reisman et Scharfman, 1988 dans Garland et Zigler, 1993).

Une évaluation de la participation à un atelier de formation donné cette fois-ci dans le cadre d'un programme « global » (section qui sera abordée ultérieurement dans le texte), a montré que les participants suite à la formation, s'estimaient plus compétents à déceler les jeunes suicidaires et à intervenir auprès d'eux (King et Smith, 2000). Par ailleurs, l'implantation de ces programmes peut se buter parfois à des obstacles d'ordre idéologique. En France par exemple, moins du tiers seulement des enseignants interrogés dans le cadre d'une enquête ont dit croire que l'école était un endroit approprié pour prévenir le suicide (Bonnet, Chabrol et Raynaud *et al.*, 1994 dans Bowen *et al.*, 2000).

Au Québec, quatre évaluations d'atelier de formation qui avaient été dispensés à des intervenants de milieu scolaire dans le cadre de l'implantation de programmes de postvention ou de sensibilisation en milieu scolaire ont été réalisées (Gadbois et Raymond, 1987; Gravel et Simon, 1993; Raymond, 1989 dans Breton *et al.*, 1988 et dans Breton *et al.*, 2002). De manière générale, les résultats rejoignent les conclusions des études rapportées précédemment, essentiellement une augmentation des connaissances.

## **Dans la communauté**

Les conclusions des études portant sur des programmes de sentinelles implantés dans la communauté et qui s'adressent à des jeunes vont aussi dans le même sens. Des gains sont parfois constatés sur le plan des connaissances et des attitudes (Eggert, Korovsky et Pike, 1997 dans Bowen *et al.*, 2000; Mc Conahay, 1990 dans O'Carroll *et al.*, 1992; Tierney, 1994) mais aucun effet n'a été observé au niveau des habiletés d'intervention (Tierney, 1994). Les participants à ce type de programme se disent malgré tout davantage confiants en leurs habiletés et estiment identifier davantage de personnes à risque qu'auparavant (Andriessen *et al.*, 1999, Bowen *et al.*, 2002; McConahay, 1990 dans O'Carroll *et al.*, 1992). Enfin dans la région de Chaudière-Appalaches, un projet de formation de sentinelles visant à rejoindre une population d'hommes d'âge adulte a récemment fait l'objet d'une évaluation d'implantation. On y conclut à l'importance des mesures d'encadrement et de soutien des sentinelles (St-Hilaire, 2002).

### *1.3.3.4 Formation des médecins généralistes*

Bon nombre de jeunes qui décèdent par suicide consultent un médecin généraliste au cours du mois qui précède leur suicide, de 20 à 34 % selon les études (Hawton, Houston et Shepperd, 1999; Vassilas et Morgan, 1993). Toutefois, les jeunes ne parlent pas spontanément de leurs difficultés à leur médecin (Choquet et Menke, 1989 dans Bowen *et al.*, 2000) alors que ces derniers ne parviendraient à détecter les signes de détresse émotionnelle de leurs patients que dans la moitié des cas (Goldberg et Huxley, 1980).

Une expérience menée en Suède, sur l'île du Gotland, a été rendue célèbre en raison de ses effets sur le suicide (Rutz, 1997; Rutz, Wälinder, van Knorring, Rihmer et Pihlgren, 1997). On y a montré qu'un programme de formation continue visant à former les médecins généralistes à mieux identifier et traiter la dépression majeure avait entraîné une diminution des congés de maladie attribuables à la dépression, une diminution des hospitalisations, une augmentation de la prescription d'antidépresseurs et une diminution des taux de suicide. Les effets observés ont été plus marqués chez les femmes que chez les hommes. Ils se sont estompés avec le temps mais ont à nouveau diminué après la tenue de nouvelles activités de formation. L'expérience suédoise n'a pas été reprise comme telle. Toutefois, au cours des années '90, on a noté une diminution des taux de suicide dans plusieurs pays européens (Danemark, Finlande, Hongrie, Norvège, Suède). Certains chercheurs ont associé le phénomène à une augmentation de la prescription d'antidépresseurs (Isacsson, 2000; Rihmer, Belsö et Kalmar, 2001). Ces derniers ont d'ailleurs mis en évidence la présence d'un gradient entre les variables. Ils n'ont pas exclu le fait que le phénomène soit attribué à une meilleure prise en charge de ces patients par les médecins omnipraticiens de manière générale.

En Australie, deux projets visant à habilitier des médecins qui interviennent auprès des jeunes ont été évalués. Les résultats indiquent que, six semaines après avoir participé à une session de formation d'une durée de 4 heures et demie, les médecins ont eu de meilleurs résultats à une mesure de détection du risque suicidaire et de la dépression chez leurs jeunes patients que les médecins d'un groupe de comparaison (Pfaff *et al.*, 1998 dans Bowen *et al.*, 2002). Les participants n'ont toutefois pas réussi à améliorer leur capacité à établir un plan de traitement. Trois types de barrières à l'adoption des pratiques cliniques préconisées ont été identifiés : manque de temps, ressources insuffisantes et manque de confiance des médecins dans leurs habiletés cliniques. La deuxième expérience australienne rapportée comportait une formation d'une durée plus longue, soit deux jours. Une évaluation préliminaire a montré combien il était important de faire connaître aux médecins les ressources de la communauté et de favoriser les occasions de contact avec ces dernières (Martin, Beckinsale et Clark, 1999 dans Bowen *et al.*, 2002).

Au Québec, une évaluation de l'efficacité d'un programme implanté dans une région de la Montérégie et comprenant la visite d'une conseillère médicale, un atelier de formation médicale continue, des outils de bureau et l'action d'un intervenant psychosocial susceptible de venir en aide aux patients suicidaires, a eu des résultats mitigés. Les médecins participant au programme ont davantage détecté les patients qui présentaient des problèmes d'anxiété ou des problèmes reliés à la consommation d'alcool, comparativement aux médecins d'un groupe de comparaison. Ils n'ont cependant pas été en mesure de détecter davantage ceux qui présentaient des signes de dépression ou des idéations suicidaires. L'expérience a montré à nouveau l'importance de mettre à la disposition des médecins, des ressources susceptibles de soutenir leur intervention auprès de leurs patients (Julien, Préville, Groulx, Toussaint-Lachance, Deschênes, Denis et Saint-Laurent, 2002).

### 1.3.3.5 Les lignes d'écoute téléphonique

Les premières lignes d'écoute téléphonique ont été mises en place dans les années '50 à Londres par le mouvement des Samaritains et à Los Angeles par le Centre de prévention du suicide. Au Québec, le Centre de prévention du suicide de Québec a le premier mis en place un tel service (Morissette, 1982). Depuis un an, une ligne 1-866-APPELLE est disponible à l'échelle du Québec et elle relie différentes lignes régionales. Les services d'écoute téléphonique présentent plusieurs avantages : ils sont accessibles, gratuits et disponibles, et ils sont également anonymes, ce qui peut favoriser les confidences. Au Québec, les services d'écoute téléphonique ont d'abord compté sur l'action bénévole. Avec le temps, une majorité des centres en sont venus à surtout fonctionner avec une équipe d'intervenants permanents.

L'efficacité des lignes d'écoute demeure une question équivoque (Lester, 1997). Mishara et Daigle (2001) estiment qu'il y a peu d'évidences scientifiques à ce sujet. Deux types d'études ont examiné la question. Les premières, des études écologiques, ont cherché à voir s'il y avait une association entre la présence de lignes d'écoute téléphonique dans certaines régions et les taux de suicide. Une méta-analyse de ces études a été effectuée en 1997 et concluait à la présence d'un tel lien. Ce dernier était toutefois qualifié de faible et d'inconsistant (Lester, 1997). Sept études ont en effet montré une association négative entre ces variables, alors que six autres n'ont pas réussi à montrer une telle association. Une étude a même constaté une association positive entre les variables. C'est sur le groupe des femmes de race blanche âgées de moins de 25 ans (Lester, 1993; Miller, Coombs, Leeper et Barton, 1984), le groupe qui utilise le plus ces services (King, 1977; Litman *et al.*, 1965; Slem et Cotler, 1973 dans O'Carroll *et al.*, 1992) que le lien a davantage été observé. Au Canada, Leenaars et Lester (1995) ont aussi étudié la question en utilisant des données provenant de diverses provinces. Les différences observées dans leur étude ne sont pas significatives.

Le deuxième type d'études consiste à examiner le processus même de l'écoute téléphonique. L'une de ces études a été réalisée au Québec (Mishara et Daigle, 1992; Mishara et Daigle, 1997). Elle a montré que les usagers de deux services d'écoute présentaient un niveau de risque suicidaire modéré et que dès le premier contact, plusieurs personnes s'engageaient dans des actions concrètes de recherche d'aide. Par ailleurs, d'autres études ont montré que les interventions ne sont pas toujours appropriées et qu'elles sont parfois trop directives ou insuffisamment chaleureuses (Knowles, 1979; McCarthy et Berman, 1979 dans O'Carroll *et al.*, 1992). De manière générale, ces études ont montré que la qualité de la formation, de l'encadrement et du soutien offerts aux intervenants influencent grandement la qualité des entretiens, une variable qui a été mesurée par le niveau d'anxiété ou le niveau de dépression des utilisateurs à la fin de l'appel, ou encore, par le niveau de l'observance de la référence à un service de santé mentale.

Parmi ce type d'études, quelques-unes ont porté sur des lignes téléphoniques qui s'adressent à des jeunes mais qui ne sont pas exclusivement dédiées à la question du suicide. Les résultats indiquent une faible utilisation de ces lignes (Offer, Howard, Shonert et Ostrov, 1991). De plus, un faible pourcentage des appels qui y sont dirigés concernerait le suicide (Boehm et Campbell, 1995). Les difficultés familiales, un manque d'estime de soi, l'abus de drogues et d'alcool sont les principaux problèmes rapportés par les jeunes suicidaires ayant eu recours à ces services. Les lignes d'écoute sont surtout utilisées par les

jeunes filles et celles-ci les considèrent utiles (Boehm et Campbell, 1995; Lifeline Australia, 1999 dans Bowen *et al.*, 2002; Slem et Cotler, 1973 dans O'Carroll *et al.*, 1992). Par ailleurs, une étude australienne a constaté que les deux tiers des jeunes utilisateurs ont dit avoir suivi les recommandations qu'on leur avait faites (Lifeline Australia, 1999 dans Bowen *et al.*, 2002), un résultat qui contraste avec les conclusions des études ayant montré une faible observance des recommandations faites par les aidants (O'Carroll *et al.*, 1992). Enfin, la chronicité des problèmes rencontrés par les jeunes utilisateurs serait également un aspect à considérer puisque, une semaine après l'appel, 60 % des jeunes interrogés dans l'étude australienne reconnaissent toujours présenter des pensées suicidaires, un pourcentage qui s'est maintenu à 50 % après quatre mois.

### **1.3.4 Agir sur une combinaison de facteurs**

#### *1.3.4.1 Les programmes globaux*

Les programmes globaux développés dans les milieux scolaires visent à la fois la promotion de la santé mentale des élèves et la prévention des comportements suicidaires. Ils combinent une variété d'activités (promotion, prévention, intervention, postvention) et s'adressent à plusieurs publics-cibles. Trois de ces programmes ont fait l'objet d'évaluations.

Celui développé dans le comté de Dade en Floride comprend un important volet de promotion de la santé mentale axé sur l'apprentissage d'habiletés de communication, de résolution de problèmes et de gestion du stress (Zenere et Lazarus, 1997). Des curriculums à cet effet ont été préparés pour chaque niveau scolaire, de la maternelle à la fin du secondaire. Le thème du suicide est abordé de manière spécifique en 10<sup>e</sup> année. Le programme comprend en outre l'administration, à intervalles réguliers, d'un questionnaire à tous les élèves de l'école afin d'identifier ceux qui présentent des difficultés particulières. Un indice permet de mesurer les changements survenus dans la performance de l'élève au niveau académique ou au niveau de sa conduite, de ses absences ou de ses retards. Les conseillers scolaires procèdent à une évaluation clinique des jeunes pour lesquels l'indice dépasse un certain seuil. Le programme comporte aussi des procédures d'intervention et de référence adaptées à différents types de difficultés que rencontrent les élèves, y compris le cas du retour en classe d'un élève ayant fait une tentative de suicide, et des mesures de postvention. En début d'année, les autorités scolaires font parvenir aux parents de l'information sur les services mis en place et les invitent à signaler d'éventuelles inquiétudes à propos de leur enfant à l'un ou l'autre membre de l'équipe de crise de l'école. Enfin, des rencontres sont aussi prévues avec les organismes oeuvrant dans la communauté environnante et une équipe régionale vient apporter formation et soutien aux équipes mises en place dans chaque école.

Les auteurs rapportent avoir observé une diminution du nombre de suicides et du nombre de tentatives suite à l'implantation du programme. Il est à noter que la mesure des tentatives est basée sur les tentatives qui ont été rapportées à une ligne de crise. Selon Kalafat (2000), les taux de suicide, et non seulement les nombres, auraient diminué dans le comté de Dade suite à cette expérience, ce qui n'a pas été le cas au niveau national ou dans d'autres régions de l'État de la Floride. Certaines données présentées par Zenere et Lazarus (1997) paraissent toutefois préoccupantes. Ceux-ci rapportent en effet que le nombre de jeunes ayant présenté des idéations suicidaires a d'abord diminué au début du programme mais qu'il

a augmenté par la suite pour revenir au niveau observé initialement. Ils rapportent aussi, chez les élèves les plus jeunes exposés au programme, ceux du niveau élémentaire, une augmentation considérable des idéations suicidaires (116 %) et des tentatives (43 %), quatre ans après l'implantation du programme. Ces données ne sont cependant pas commentées par les auteurs.

Par ailleurs, une autre expérience réalisée dans l'État du New Jersey cette fois-ci, suggère aussi un effet possible de ce type de programme sur les taux de suicide des jeunes de 15 à 24 ans (Kalafat et Ryerson, 1999). Les auteurs rapportent en effet une diminution des taux dans la région où le programme a été implanté, à l'encontre de ce qui a été observé au niveau national ou dans les autres régions de l'État du New Jersey où le programme ne l'avait pas été. L'*Adolescent Suicide Awareness Program* comporte plusieurs composantes (marche à suivre pour l'implantation, politiques et procédures d'intervention et de références des jeunes à risque, liens avec des sentinelles de la communauté, programme de formation pour les enseignants, le personnel scolaire et les parents des élèves, curriculum à l'intention des élèves, etc.). Après dix ans d'implantation, plusieurs changements et adaptations ont été apportés au programme, des changements et des adaptations qui varient selon les écoles. Dans beaucoup d'écoles, il semble que seulement deux composantes du programme ont été retenues; le maintien de politiques et de procédures et les activités en classe basées sur les curriculums. Certaines activités prévues à l'origine ont pratiquement été abandonnées, comme la formation continue des enseignants et les activités à l'intention des parents des élèves. D'autres ont été révisées à la baisse, comme le temps consacré aux activités en classe. Plusieurs écoles ont adapté le programme pour qu'il puisse tenir compte des nouvelles morbidités auxquelles elles sont de plus en plus confrontées : violence dans les relations interpersonnelles, taxage, consommation de drogue, maladies transmises sexuellement, etc. Enfin, deux facteurs paraissent avoir été déterminants pour le maintien et la continuité de ces programmes dans les écoles, le soutien des autorités administratives et la présence d'une équipe de professionnels dynamiques et engagés.

Les autres études n'ont pas mesuré les effets de ces programmes sur les comportements suicidaires comme tels mais elles révèlent néanmoins des résultats intéressants. Le programme *Mindmatters*, expérimenté récemment en Australie (Wyn, Cahill, Holdsworth, Rowling et Carson, 2000) se caractérise par l'accent mis sur le développement d'un environnement susceptible de promouvoir les habiletés psychosociales et le bien-être des jeunes. Il comporte également des activités et des guides sur la conduite à tenir en cas de crise suicidaire, sur la manière d'aborder la question du suicide dans le cadre de curriculum scolaires et dans le cadre des programmes d'aide par les pairs et enfin, sur la manière d'identifier les jeunes à risque et de répondre à leurs besoins spécifiques. Les résultats ont montré que l'appui de la direction de l'école est une condition déterminante du succès de l'implantation du programme. On a aussi constaté que les besoins des écoles en matière de ressources en santé mentale étaient considérables et qu'il a été difficile d'impliquer les enseignants dans des activités visant à améliorer l'environnement scolaire et à tisser des liens avec la communauté et avec les parents, des tâches nouvelles ne faisant pas partie des responsabilités habituelles des enseignants. Enfin, un troisième programme, le *S.O.A.R. (Suicide Options Awareness and Relief)* comprenant des activités de prévention, d'intervention et de postvention a été implanté à Dallas, au Texas. Son évaluation a montré

une amélioration du niveau des connaissances et des attitudes des conseillers et des administrateurs scolaires (Angerstein, Linfield-Spindler et Payne, 1991).

#### 1.3.4.2 *La mise en réseau des partenaires*

Un grand nombre d'organismes, de professionnels et d'intervenants sont susceptibles d'être impliqués auprès des jeunes à risque de suicide et l'efficacité des programmes mis en place repose en bonne partie sur la capacité des partenaires de travailler de manière concertée. Quelques évaluations commencent à être publiées en regard de l'implantation de programmes que nous avons qualifiés de « mise en réseau ». On ne sait toutefois rien de leurs effets sur les comportements suicidaires comme tels.

En Australie, un projet de démonstration visant à développer des modèles de collaboration intersectorielle au niveau des communautés locales a montré que l'établissement de réseaux et le partage de l'information n'entraînaient pas automatiquement une réponse adéquate des milieux lors de situations de crise (Mc Leod, 1996 dans Bowen *et al.*, 2000). Des lacunes ont en effet été notées au sein des équipes locales en regard de l'expertise ou de l'engagement des membres par rapport au problème. La formation dispensée a été perçue comme l'un des éléments les plus satisfaisants de cette expérience. Par ailleurs, une seconde expérience australienne consistant à former, dans diverses localités, des équipes chargées d'établir des réseaux de références qui seraient impliqués dans le développement de protocoles et de procédures, la formation et le développement d'habiletés d'intervention, l'information, la discussion de cas, etc. (Donald *et al.*, 1997 dans Bowen *et al.*, 2000) n'aurait atteint que le quart de ses objectifs. Les auteurs estiment que le manque d'accès aux ressources de santé mentale a représenté un obstacle majeur à la mise en oeuvre du programme.

Au Québec, trois projets visant à expérimenter un modèle de concertation entre différents organismes sont présentement en cours d'évaluation. Des résultats préliminaires indiquent qu'un projet, implanté à Montréal et impliquant Centres jeunesse, CLSC, milieux scolaires et communautaires, a eu des effets bénéfiques au niveau des connaissances et de la concertation (Renaud et Chagnon, 2002). Quant aux deux autres projets, qui se déroulent en Estrie et à Laval, ils fournissent plusieurs pistes de réflexions à propos des facteurs qui inhibent ou qui facilitent la réussite de tels programmes (Labelle, Bedwani et Laverdure, 2002; Pronovost et Boisclair, 2002).

## 1.4 DISCUSSION

### 1.4.1 Effets sur les taux de suicide

La recension effectuée révèle des résultats encourageants quant à l'efficacité des différentes stratégies de prévention du suicide, plusieurs études suggérant en effet que cinq des onze stratégies examinées sont susceptibles d'entraîner une diminution des taux de suicide. Ces stratégies sont celles qui visent à contrôler l'accessibilité aux moyens, à sensibiliser les médias, à former les médecins généralistes et à mettre en place des lignes d'écoute téléphonique et des programmes globaux. La recension ne permet toutefois pas de conclure à la présence de données probantes en la matière. Ainsi, il n'est pas possible d'affirmer que l'on dispose de données solides à propos de l'efficacité des différentes stratégies de prévention du suicide qui ont été expérimentées et évaluées jusqu'à maintenant. Dans le domaine de la santé publique, et en particulier dans celui de la promotion de la santé et de la prévention, il n'existe pas de consensus sur les conditions nécessaires à l'établissement de liens de cause à effet (McQueen et Anderson, 2000; Potvin, 2002). Cependant, on considère généralement importantes les conditions suivantes : capacité des études de reproduire les résultats observés, constance et cohérence de ces derniers avec les connaissances générales qui prévalent, qualité de la preuve expérimentale, séquence temporelle entre les variables, force de leur association, présence d'une relation dose-réponse, etc. (Rothman et Greenland, 1998). Bien qu'il soit rarement possible de les rencontrer toutes (Hennekens et Buring, 1987; Rothman et Greenland, 1998), l'examen des deux premières pose particulièrement problème en ce qui concerne le suicide.

Une première difficulté se rapporte à la faible capacité des études de reproduire les résultats. Seulement un petit nombre d'études ont conclu à l'effet bénéfique de l'une ou l'autre des cinq stratégies sur les taux de suicide. Ainsi, l'efficacité de la stratégie de sensibilisation des médias n'a été relevée que dans une étude (Sonneck *et al.*, 1994), ce qui est également le cas de la stratégie de formation des médecins omnipraticiens (Rutz *et al.*, 1997). Quant à l'efficacité des programmes globaux, elle n'a été rapportée que dans deux études (Kalafat, 2000; Zenere et Lazarus, 1997). Pour les lignes d'écoute téléphonique et les mesures de contrôle de l'accessibilité aux moyens, les études sont plus nombreuses mais les résultats manquent de constance ou encore, sont minces. Seulement, six des quatorze études examinées par Lester (1997) ont trouvé une association entre la présence de ces lignes et les taux de suicide. Enfin, en ce qui concerne les mesures de contrôle de l'accessibilité aux moyens, les résultats ne convergent pas. Des effets marqués sur les taux ont parfois été relevés, comme en Grande-Bretagne lorsque le gaz domestique a été rendu moins toxique, mais dans le domaine du contrôle des armes à feu, une recension réalisée récemment vient de conclure que les évidences étaient insuffisantes en regard de l'efficacité de différentes mesures s'y rapportant (Hahn *et al.*, 2003).

La deuxième difficulté a trait à la qualité méthodologique des études. Les études ayant rapporté une diminution des taux et conclu à l'efficacité de l'une ou l'autre des stratégies, ont toutes eu recours à des devis écologiques, des devis qui sont considérés comme moins rigoureux. Dans les études écologiques, les mesures sont prises sur des populations ou sur des groupes d'individus et il est possible que les liens qui y sont parfois notés ne soient que des liens artificiels, des artefacts, qui ne reflètent aucunement ce qui se passe au niveau

individuel (Rothman, 1998). Ainsi, des résultats positifs pourraient être attribués à l'intervention alors qu'ils résulteraient en fait de l'action de d'autres facteurs. La validité des études écologiques est donc souvent remise en question. Ces études sont toutefois le seul type d'études qu'il est possible de réaliser pour évaluer des mesures implantées sur une large échelle. Pour être qualifiées de rigoureuses, elles doivent prendre en considération l'influence de possibles variables confondantes (Rothman et Greenland, 1998). Or, dans le domaine de la prévention du suicide, peu d'études écologiques l'ont fait ou encore peu l'ont fait de manière convaincante.

#### **1.4.2 Effets sur les facteurs de risque**

Malgré des taux qui oscillent autour de 20 pour 100 000 habitants, le suicide est un événement rare comparativement à d'autres problèmes comme les maladies de l'appareil circulatoire et les cancers qui touchent respectivement environ 260 et 220 personnes sur 100 000 annuellement (Pageau, Choinière, Ferland et Sauvageau, 2001). Faire la démonstration statistique qu'une stratégie est efficace est donc un exercice ardu. Cela suppose entre autres que l'intervention ait été en mesure de rejoindre un très grand nombre de personnes et cela, sur une longue période. C'est pourquoi l'examen des données probantes doit tenir compte non seulement des effets des interventions sur des résultats finaux, comme le suicide, mais aussi sur les idées suicidaires et les tentatives de suicide et sur des résultats intermédiaires (Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, 1994).

Dans le domaine de la prévention du suicide, les variables que l'on peut qualifier d'intermédiaires sont celles que les recherches ont identifiées comme des facteurs de risque. Chez les jeunes, ces variables sont le fait d'avoir fait une tentative de suicide antérieurement et la présence d'un ou de plusieurs troubles mentaux, principalement la dépression majeure, la dépendance aux substances psychoactives et le trouble des conduites (Brent, 1995; Breton et Boyer, 2000; Moscicki, 1998). D'autres variables à caractère familial, comme un climat de conflit entre parents et adolescents et une histoire d'abus physique ou sexuel, sont aussi considérés comme des facteurs de risque et représentent des variables intermédiaires qu'il faut prendre en considération (Brent, 1995; Breton et Boyer, 2000; Moscicki, 1998).

La recension révèle quelques résultats intéressants quant aux résultats sur les tentatives de suicide et sur les résultats intermédiaires. Ils sont toutefois peu nombreux. Ainsi, au niveau des tentatives de suicide, une étude seulement a rapporté avoir eu des effets bénéfiques. Il s'agit de l'évaluation du programme global implanté dans le comté de Dade en Floride (Zenere et Lazarus, 1997). Parallèlement à la diminution des suicides, les auteurs de cette étude ont aussi noté une diminution des tentatives pour l'ensemble des élèves exposés au programme. Ces résultats doivent cependant être considérés avec prudence car la mesure des tentatives est basée sur des données qui ont été colligées à partir d'appels logés à une ligne d'écoute téléphonique, une mesure bien imparfaite pour estimer la réelle prévalence des tentatives et qui pourrait fluctuer en fonction de plusieurs phénomènes. De plus, d'autres résultats viennent atténuer la portée de ce qui, à première vue, semble encourageant. Les auteurs rapportent en effet, quatre ans après l'implantation du programme, une augmentation des idéations suicidaires chez les élèves en général de même qu'une augmentation et des



tentatives de suicide et des idéations chez les plus jeunes, des résultats qu'ils ne commentent cependant pas.

D'autre part, au niveau des troubles mentaux, que ce soit la dépression majeure, l'abus de substances ou le trouble des conduites, considérés comme les principaux facteurs de risque du suicide, aucune des études examinées dans le cadre de cette recension n'a démontré avoir eu d'effets bénéfiques sur des mesures diagnostiques de ces troubles. Des effets ont cependant été observés sur des mesures de symptomatologie. Ainsi, une évaluation d'un programme de soutien aux endeuillés a montré de meilleurs résultats des participants à une mesure de symptomatologie de la dépression et à une mesure de symptomatologie d'anxiété comparativement à un groupe de comparaison (Pfeffer *et al.*, 2002) et une évaluation d'un programme de promotion des habiletés d'adaptation chez les enfants du niveau primaire, de meilleurs résultats à une mesure de problèmes externalisés et à une mesure d'hyperactivité (Mishara et Ystgaard, 2001). Cependant, ces évaluations comportent aussi des faiblesses méthodologiques, soit un taux d'attrition élevé et un nombre insuffisant de sujets du groupe contrôle pour la première étude, et pour la deuxième, des résultats obtenus à partir d'une mesure établie à partir du jugement porté par les enseignants chargés de dispenser le programme. Par ailleurs, au niveau des facteurs familiaux, aucune des études évaluatives recensées n'a rapporté de résultats, une constatation qui ne surprend pas étant donné l'absence d'actions en ce sens dans les différentes stratégies étudiées.

### **1.4.3 Effets sur d'autres variables**

La recension a par contre révélé des effets positifs des interventions à d'autres niveaux, sur des variables qui ont été associées au suicide mais ne sont pas considérées comme faisant partie des principaux facteurs de risque. Ces variables sont relatives à l'état émotionnel, aux connaissances, aux attitudes, aux habiletés personnelles d'adaptation ou aux habiletés d'intervention auprès d'une personne vulnérable. Ainsi, pour ce qui est des variables relatives à l'état émotionnel, on a observé de meilleurs scores des participants à une mesure du risque suicidaire dans le cas d'un programme de promotion des habiletés d'adaptation (LaFromboise et Howard-Pitney, 1995), de même que dans le cas de deux programmes de sensibilisation à l'école (Klingman et Hochdorf, 1993; Orbach et Bar-Joseph, 1993). En outre, une évaluation d'un programme de promotion des habiletés d'adaptation a montré de meilleurs résultats des participants à une mesure de désespoir (LaFromboise et Howard-Pitney, 1995) et une évaluation d'un programme de promotion des habiletés d'adaptation, de meilleurs résultats à une mesure de sentiment de contrôle personnel (Eggert *et al.*, 1995). Enfin, pour ce qui est des connaissances et des attitudes, des gains ont été constatés chez les participants à des programmes de sensibilisation à l'école (Abbey *et al.*, 1989; Ciffone, 1993; De Luca et Leblanc, 1988 dans Breton *et al.*, 1998 et dans Breton *et al.*, 2002; Kalafat et Elias, 1994; Kalafat et Gagliano, 1996; Klingman et Hochdorf, 1993; Labissonnière et Poulin, 1988 dans Breton *et al.*, 1998 et dans Breton *et al.*, 2002; Morin, 1995 dans Breton *et al.*, 1998 et dans Breton *et al.*, 2002; Overholser *et al.*, 1988; Raymond, 1989 dans Breton *et al.*, 1998 et dans Breton *et al.*, 2002; Raymond, Routhier et Mishara, 2002; Shaffer *et al.*, 1991; Spirito *et al.*, 1988). Des gains ont aussi été relevés dans ces programmes au niveau des habiletés d'intervention auprès d'une personne vulnérable, habiletés mesurées à partir de questionnaires où des situations fictives étaient présentées aux répondants (Abbey *et al.*, 1989; Kalafat et Elias 1994; Kalafat et Gagliano, 1996; Spirito *et al.*, 1988). En outre, deux

évaluations de programmes de sensibilisation qui avaient mis l'accent sur l'apprentissage d'habiletés personnelles d'adaptation ont également rapporté des gains au niveau de ces habiletés, habiletés qui ont aussi été mesurées à partir de questionnaires (Klingman et Hochdorf, 1993; Orbach et Bar-Joseph, 1993). Une seule évaluation a montré des effets positifs d'un programme sur une mesure d'observation comportementale de ces habiletés par des juges qui étaient aveugles quant à l'appartenance au groupe expérimental ou contrôle. Il s'agissait d'un programme de promotion des habiletés d'adaptation (LaFromboise et Howard-Pitney, 1995).

#### **1.4.4 Effets préoccupants**

Des résultats préoccupants ont été mis en évidence dans cette recension. Ainsi, on a rapporté une augmentation des idéations suicidaires chez l'ensemble des élèves et une augmentation des tentatives et des idéations spécifiquement chez les élèves du niveau primaire suite à l'implantation du programme global du comté de Dade. On a aussi noté dans le cas de programmes d'aide par les pairs, davantage de suicides dans les écoles où les aidants n'avaient pas été encadrés par des conseillers, que dans les écoles où il n'y avait pas de programme du tout, et davantage de suicides dans les écoles où une mission de prévention du suicide et de *counselling* individuel avait été confiée aux jeunes, que dans les écoles où on n'avait pas confié une telle mission aux jeunes (Lewis et Lewis, 1996). Ces résultats doivent cependant être interprétés avec prudence en raison des limites de l'étude qui a été réalisée par sondage et en conséquence, sujette à des biais de mémoire ou à des biais d'auto-sélection des répondants. Les inquiétudes qui y sont soulevées font cependant écho à celles qui avaient découlé de la diffusion de résultats relatifs à des programmes de sensibilisation en milieu scolaire (Denoncourt *et al.*, 1994; Kalafat et Elias, 1994; Overholser *et al.*, 1989; Schaffer *et al.*, 1990; Schaffer *et al.*, 1991; Vieland *et al.*, 1991). De manière générale, ces résultats avaient montré que certains groupes de jeunes, et en particulier des jeunes qui avaient déjà fait des tentatives de suicide (Schaffer *et al.*, 1990) ou des groupes de garçons (Overholser *et al.*, 1989), avaient présenté des attitudes inadéquates et des opinions défavorables au programme. Il faut cependant souligner que ces résultats ont été observés dans des études qui présentent aussi des limites au niveau méthodologique. Ces limites se rapportent principalement au nombre de jeunes à partir duquel les observations ont été faites et à la validité des mesures auxquelles elles ont eu recours.

#### **1.4.5 En résumé**

Ainsi, les résultats de la recension sont ténus. Un nombre limité d'études réalisées à partir de devis écologiques, suggèrent un effet possible de cinq des onze stratégies préventives sur les taux de suicide mais aucune étude n'est parvenue à prouver l'efficacité de l'une ou l'autre de ces onze stratégies au niveau des tentatives de suicide, au niveau des troubles mentaux ou des facteurs familiaux, des variables qui sont considérées comme les principaux facteurs de risque du suicide. Les principaux effets rapportés dans les études se situent au niveau des connaissances et des attitudes mais certains effets ont aussi été relevés à des mesures de symptomatologie. Enfin, des résultats préoccupants ont été rapportés à propos de programmes qui avaient été implantés en milieu scolaire et qui avaient misé sur une approche de sensibilisation en milieu, d'aide par les pairs ou sur une approche globale.

#### 1.4.6 Hypothèses explicatives quant aux résultats limités

##### 1. Les programmes présentent des déficiences.

La recension a montré que les programmes présentaient des déficiences. Ces dernières toucheraient autant les modèles théoriques du problème que les modèles théoriques de l'intervention (Breton *et al.*, 2002; Mazza, 1997). La manière de définir le problème et la manière de concevoir l'intervention sont donc en cause. Dans une revue portant sur quinze programmes de prévention du suicide qui s'adressaient aux jeunes et qui avaient été implantés au Canada, et principalement au Québec, Breton *et al.*, (2002) ont montré que dans la plupart des cas la description des programmes était soit inexistante, soit fort incomplète et qu'en aucun cas, les bases théoriques n'avaient été explicitées. Ainsi, les programmes sont-ils presque toujours silencieux à l'endroit des liens causaux présumés entre le problème (suicide, tentatives ou idéations), les facteurs de risque sur lesquels on souhaite intervenir, les interventions qui sont proposées et les effets qu'elles sont susceptibles d'entraîner. La formulation des objectifs tant généraux que spécifiques est aussi souvent escamotée. Malgré ces déficiences, il est toutefois possible d'identifier, a posteriori, des éléments implicites des modèles théoriques qui sont sous-jacents à ces programmes.

Ainsi, en ce qui regarde le modèle théorique du problème, plusieurs programmes présentent en effet le suicide comme une réponse à une succession de difficultés de toutes sortes, une réponse évidemment présentée comme indésirable. Or, une telle définition occulte le fait que les jeunes ne sont pas tous également à risque et que ceux qui éprouvent des problèmes de santé mentale le sont plus que les autres. Le recours à cette définition peut s'expliquer par une méconnaissance des facteurs de risque ou par un manque de confiance dans les études épidémiologiques, parfois considérées comme biaisées par un paradigme bio-médical. Mais dans bien des cas, l'adoption d'un tel modèle théorique repose essentiellement sur des considérations stratégiques. Considérant qu'il est difficile de contrer les préjugés qui sévissent à l'endroit des personnes qui présentent des problèmes de santé mentale, on préfère éviter d'associer suicide et problèmes de santé mentale. On souhaite ainsi préserver les personnes qui pourraient présenter des idéations ou des comportements suicidaires.

Par ailleurs, en ce qui regarde le modèle théorique de l'intervention, il semble que plusieurs programmes, comme c'est le cas des programmes de sensibilisation en milieu scolaire, reposent sur l'hypothèse implicite qu'une amélioration du niveau des connaissances et du niveau des attitudes des jeunes est susceptible d'entraîner à son tour une amélioration des comportements, un modèle qui s'est pourtant révélé souvent faillible dans le domaine de l'éducation à la santé (Kirby, 1985; McCormick, Folcik et Izzo; 1985). En effet, au cours des dernières décennies, les études ont révélé, à répétition, l'échec de ce modèle théorique lorsqu'il a été appliqué dans le but de prévenir le tabagisme, la toxicomanie, les grossesses à l'adolescence ou la violence dans les relations interpersonnelles. Dans le domaine du suicide, le modèle serait d'autant inadéquat qu'il semble que les jeunes présenteraient déjà un niveau relativement adéquat des connaissances et des attitudes que les programmes visent à développer (Garland, Schaffer et Whittle, 1989). En outre, les programmes de prévention du suicide omettent habituellement de prendre en considération le fait qu'il n'existe pas, du moins dans l'état actuel des connaissances, de facteurs spécifiques au suicide, comme ils omettent de prendre en considération le fait que les facteurs de risque qui

y ont été associés sont également communs à plusieurs problèmes psychosociaux et que le développement de ces facteurs évolue sur de nombreuses années. Ainsi, il est plausible de croire que le recours à des modèles inadéquats pour définir le problème conduit au choix de modèles d'intervention tout aussi inadéquats et en conséquence, à l'implantation de programmes inefficaces.

## *2. L'accent a été mis sur une prévention tardive.*

La grande majorité des actions mises en place et évaluées au cours des dernières décennies visait à identifier les jeunes à risque, ceux qui présentent un cumul de facteurs ou ceux qui sont déjà aux prises avec des idéations ou des comportements suicidaires. Ces stratégies s'inscrivent bien tardivement dans une logique de prévention et leur efficacité dépend de la capacité de réussir un parcours comportant un certain nombre d'étapes préalables et qui consistent à : 1) établir des critères sensibles et spécifiques pour définir la population des jeunes à risque; 2) mettre en place un réseau de services adaptés à leurs besoins; 3) faire connaître ce réseau et le rendre accessible; 4) établir des interventions et des traitements qui reposent sur des standards de qualité et 5) s'assurer que des précautions ont été prises au niveau éthique pour ne pas faire porter aux intervenants des responsabilités qui ne sont pas de leur ressort ou encore pour ne pas inquiéter ou étiqueter des jeunes qui seraient identifiés à risque. Le parcours peut paraître coûteux et risqué d'autant plus qu'à la lecture des rapports des études évaluatives il n'est pas évident qu'une attention suffisante ait été accordée à la préparation de chacune de ces étapes. Enfin, en comparaison de ces stratégies, il semble que beaucoup moins d'efforts ont été consentis afin d'agir de manière plus précoce, avant que n'apparaissent les conditions propices au développement des idéations et des comportements suicidaires. C'est là une deuxième raison pouvant expliquer la minceur des résultats observés.

## *3. Les programmes ont de la difficulté à rejoindre les jeunes à risque et à tenir compte de leurs besoins ou de leurs particularités.*

La recension a permis de constater que la majorité des actions préventives qui ont été implantées et évaluées l'ont été dans le milieu scolaire, un milieu où ne se retrouvent pas les jeunes qui présentent le plus de risque<sup>9</sup>. De plus, l'implantation de ces programmes semble avoir été faite sans tenir compte des besoins de ceux qui sont déjà vulnérables, ceux qui manifestent des symptômes de dépression, des problèmes liés à la consommation de drogues ou d'alcool ou des troubles de conduite, ou encore sans tenir compte des particularités de leurs réseaux d'aide potentiels. Or, les réseaux des jeunes suicidaires ne fonctionneraient pas de la même manière que ceux des jeunes non-suicidaires et ils seraient aussi moins étendus (Hazell et King, 1996). Également, peu de programmes cherchent à impliquer les familles des jeunes et les communautés dans lesquels ils évoluent. Ainsi, l'incapacité des programmes à rejoindre les jeunes à risque et leur incapacité à tenir compte de leurs besoins ou de leurs particularités constituent d'autres éléments pouvant rendre compte de la faiblesse des résultats.

<sup>9</sup> Au Québec, de 1995 à 1999, le tiers des jeunes de moins de 18 ans qui se sont suicidés avaient reçu des services des Centres jeunesse (Renaud et Chagnon, 2003), un estimé conservateur quand on sait que les lois sur l'archivage des dossiers ne permettent aux Centres jeunesse de les conserver que pour une période de cinq ans. En outre, 30 % des jeunes admis au Centres jeunesse entre octobre 1997 et juin 1998 avaient déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie (Pronovost et Leclerc, 1998). La clientèle des Centres jeunesse est donc particulièrement à risque.

## 1.5 CONCLUSION

1. *La recension des écrits ne permet pas de conclure à l'existence de données probantes en ce qui a trait à l'efficacité des onze différentes stratégies de prévention qui ont été examinées.*

Les connaissances à propos de l'efficacité des interventions préventives se sont passablement développées au cours des 20 dernières années. Toutefois, malgré le grand nombre d'études à avoir été réalisées, on ne peut conclure qu'il existe des données probantes en matière de prévention du suicide chez les jeunes. En effet, il n'a pas été possible de démontrer, de manière soutenue et rigoureuse, que l'une ou l'autre des onze stratégies recensées était parvenue à avoir un impact significatif au niveau des suicides, des tentatives de suicide, des idéations suicidaires ou au niveau des principaux facteurs de risque qui y sont associés.

2. *Toutefois, sur la base de cette recension, aucune des onze stratégies analysées ne devrait être écartée, à l'exception des activités de sensibilisation qui s'adressent à des groupes de jeunes.*

L'absence de données probantes ne devrait cependant pas conduire à écarter les initiatives qui ont été prises jusqu'à maintenant ou servir de prétexte à l'inaction. Cette position serait d'ailleurs inacceptable d'un point de vue éthique étant donné l'ampleur et l'évolution qu'a connues le phénomène du suicide au Québec depuis les dernières années. L'absence de données probantes devrait au contraire être comprise comme une invitation pressante à poursuivre et même à accroître les efforts consacrés à la recherche, au développement et à l'expérimentation d'actions qui seraient véritablement efficaces. La recension a d'ailleurs montré que plusieurs stratégies sont susceptibles de l'être. Aussi, sur la base de la recension, aucune stratégie ne devrait être écartée d'emblée. Les activités de sensibilisation au suicide qui s'adressent à des groupes de jeunes représentent toutefois une exception. En raison d'abord des résultats préoccupants qui ont été mis en évidence dans certaines études, en raison également des modèles inadéquats qui les sous-tendent, il ne serait pas justifié de maintenir ou d'encourager leur mise en œuvre.

3. *La recension fournit des éléments d'appui au Programme national de santé publique 2003-2012*

Le *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP) adopté récemment par le MSSS afin d'assurer une plus grande cohérence des actions de santé publique, comprend plusieurs cibles d'actions. Certaines sont associées de manière spécifique à la prévention du suicide et d'autres ne s'y rapportent pas directement mais pourraient y contribuer (MSSS, 2002). Au nombre de quatre, les cibles qui se rapportent spécifiquement au suicide consistent à :

- › Promouvoir et soutenir les pratiques cliniques préventives;
- › Organiser des activités de sensibilisation aux risques que représentent les médicaments et les armes à feu gardées à la maison, ainsi qu'aux mesures pour en limiter l'accès;
- › Établir des réseaux de sentinelles;

- › Agir de concert avec les partenaires du réseau et ceux des autres secteurs, afin de faire diminuer la tolérance par rapport au suicide et la banalisation de ce problème.

Dans le cas des trois premières cibles d'action, la recension effectuée fournit des éléments d'appui puisqu'elle a en effet montré que les conclusions de plusieurs études suggéraient une efficacité potentielle de ces actions. Mais dans le cas de la cible d'action visant la concertation entre les partenaires, son apport est moins évident. La recension n'a pas permis d'identifier d'études qui, comme telles, ont cherché à évaluer l'efficacité de ce type d'action. Les études évaluatives de stratégies de concertation entre partenaires (elles ont été qualifiées de stratégies de mise en réseau de partenaires dans la recension) consistaient essentiellement en des analyses d'implantation. Toutefois, la recension a présenté des évaluations de stratégies qui avaient pour but de modifier les attitudes par rapport au suicide, celles du grand public ou celles de groupes plus restreints, mais dans ce cas il s'agissait de stratégies qui consistaient à réaliser des campagnes médiatiques ou à implanter des programmes de sensibilisation en milieu scolaire. Leurs résultats n'étaient pas concluants.

Par ailleurs, des cibles d'action qui sont comprises dans le *PNSP* et qui ne sont habituellement pas considérées comme susceptibles de prévenir le suicide pourraient cependant y contribuer parce qu'elles visent à favoriser le développement global des enfants ou à prévenir les problèmes d'abus physiques et psychologique, les agressions sexuelles et la négligence et à réduire les troubles des conduites, les problèmes de consommation de drogues et d'alcool, des conditions qui rendent les individus et les communautés vulnérables au suicide.

## 2 RECOMMANDATIONS

La recension effectuée a permis de faire état des connaissances en matière de prévention du suicide chez les jeunes. C'est sur cette base que les recommandations suivantes sont formulées. Comme il a été souligné dans l'introduction, elles portent essentiellement sur des mesures préventives. Ceci ne minimise en rien d'une part l'importance des mesures de traitement et de suivi et d'autre part la nécessaire complémentarité entre prévention et traitement.

### Compte tenu que :

- › La majorité des études évaluatives recensées comportent d'importantes limites méthodologiques qui empêchent de conclure à l'efficacité des différentes stratégies préventives évaluées.
- › La mise en place de devis de recherche qui permettraient de parvenir à une telle conclusion pose de nombreuses difficultés (suivi de nombreux sujets sur une longue période d'observation, difficulté de contrôler, en milieu ouvert, de multiples facteurs confondants).
- › Le suicide est un phénomène complexe et multi-déterminé et qu'en conséquence seule la mise en œuvre d'une variété d'actions préventives pourrait produire un effet synergique susceptible d'en modifier la prévalence.
- › Des effets positifs peuvent être escomptés de la mise en place de la plupart des stratégies préventives recensées.
- › Certaines études éveillent des soupçons quant aux effets négatifs possibles de quelques stratégies.
- › L'attente de résultats de recherche probants pour agir en prévention du suicide serait inacceptable d'un point de vue éthique étant donné de l'ampleur et l'évolution qu'a connues le phénomène ces dernières années.

### Il est recommandé de :

#### 1. Mettre en oeuvre les mesures visant le développement des habiletés d'adaptation des jeunes

La recension suggère certains effets positifs des programmes de promotion des habiletés d'adaptation qui ont été implantés dans un but de prévenir le suicide. Ces résultats n'ont cependant été mis en évidence que dans deux études. Plusieurs études ont par ailleurs montré que des programmes de ce type qui avaient été implantés dans le but de prévenir divers problèmes ou comportements à risque, tels les comportements d'agressivité, la dépression, l'anxiété, la dépendance aux drogues et à l'alcool, et même à long terme, la délinquance des jeunes, s'étaient révélés efficaces. Étant donné que ces conditions sont associées au suicide, les programmes de promotion des habiletés d'adaptation pourraient s'avérer profitables et leur implantation doit être encouragée. De même les cibles d'action qui visent le soutien des familles et des communautés dans lesquels les jeunes évoluent doivent aussi être encouragées puisqu'elles sont aussi susceptibles de favoriser le développement

de facteurs de protection. Le *PNSP* (MSSS, 2002) comporte plusieurs cibles d'action en ce sens :

- › *Naître égaux – Grandir en santé*;
- › *Le Programme de soutien aux jeunes parents*;
- › Un soutien éducatif précoce en milieu de garde pour les enfants d'âge préscolaire provenant de milieux défavorisés;
- › Les programmes visant le développement des habiletés sociales des enfants (*Programme expérimental de Montréal – Fluppy*) dans les milieux scolaires défavorisés;
- › Les interventions globales et concertées avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires communautaires pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents et pour prévenir différents problèmes d'adaptation sociale;
- › L'organisation de campagnes de communication sociétales, portant sur la promotion des habiletés personnelles et sociales des enfants et des adolescents et sur la prévention des problèmes psychosociaux qui les affectent;
- › La promotion de l'application de lois et de règlements visant à restreindre l'accessibilité à l'alcool pour les jeunes de moins de 18 ans.

## **2. Promouvoir la mise en œuvre des mesures visant à réduire l'accessibilité aux moyens**

La recension indique qu'en réduisant l'accessibilité à certains moyens, il est possible de réduire non seulement les taux de suicide reliés à ces moyens mais également les taux globaux de suicide. Cette démonstration a été faite dans plusieurs études qui ont examiné les effets de diverses mesures de contrôle relatives à des moyens létaux et fréquemment utilisés. L'implantation de ce type de mesures apparaît donc tout à fait justifiée. Le *PNSP* comporte une cible d'action en ce sens :

- › L'organisation d'activités de sensibilisation aux risques que représentent les médicaments et les armes à feu gardées à la maison ainsi qu'aux mesures pour en limiter l'accès.

## **3. Sensibiliser les médias d'information sur l'impact du traitement journalistique des suicides**

Une seule étude a été réalisée sur la question. Ses conclusions suggèrent que l'adoption par des médias de recommandations qui leur avaient été faites sur la manière de rapporter les suicides a entraîné une diminution non seulement de certains types de suicides mais aussi des suicides en général. Cette stratégie s'avère prometteuse et doit être encouragée.

## **4. Faire preuve de prudence dans la mise en œuvre des activités de postvention**

Les activités comprises comme des activités de postvention peuvent prendre différentes formes; sessions de *debriefing*, interventions de crise ou interventions de soutien aux endeuillés, individuelles ou de groupe. Un seul type d'activités, les interventions de soutien à un groupe d'endeuillés, a fait l'objet d'une évaluation et cette dernière a conclu à un effet bénéfique de l'intervention. Par ailleurs, en ce qui concerne les sessions de *debriefing*, certains essais cliniques, et en particulier ceux qui avaient réalisé les suivis les plus longs, ont montré une détérioration des personnes qui avaient participé à ces sessions. Il semble



que pour certaines personnes le *debriefing* nuit au processus de guérison et peut provoquer le syndrome qu'il est censé prévenir. Une recommandation de ne pas offrir systématiquement ce type d'intervention à des personnes qui auraient été victimes d'événements traumatiques a été formulée récemment par le groupe Cochrane. Les événements traumatiques en cause dans les études qui ont servi de point d'appui à cette recommandation n'étaient pas des suicides. La recommandation apparaît toutefois tout aussi pertinente dans le cas de suicides, d'autant plus même, étant donné l'effet d'imitation toujours à craindre. Il faut donc faire preuve de prudence dans le choix des groupes et des personnes auxquelles seront offertes des sessions de *debriefing*. De la même manière, il faudra aussi être prudent dans la mise en place d'interventions de soutien aux endeuillés. Le processus de deuil ne s'opère pas de la même façon pour toutes les personnes et pour certaines, la participation à ces activités pourrait aussi s'avérer contre-productive. Une attention particulière devra être apportée à l'identification des critères qui permettront d'identifier les jeunes à risque des certains services pourraient être proposés.

##### **5. Ne mettre en oeuvre aucune activité de sensibilisation à la réalité du suicide qui s'adresse à des groupes de jeunes, en raison des résultats préoccupants qui ont été observés chez des jeunes vulnérables**

La recension a montré des effets négatifs (augmentation du sentiment de désespoir, stratégies d'adaptation inadéquates, attitudes inappropriées face au suicide ou face à l'aide à apporter à un pair, opinions défavorables face au programme) des programmes de sensibilisation chez certains groupes de jeunes, et en particulier chez des jeunes qui avaient déjà fait une tentative de suicide ou chez des groupes de garçons. Plusieurs experts ont exprimé la crainte que ces programmes n'entraînent une banalisation du problème et même, un effet d'imitation. S'il est recommandé aux parents ou aux intervenants et professionnels de ne pas hésiter à aborder la question du suicide avec un jeune qui pourrait présenter des signes de détresse, il en va tout autrement quand on s'adresse à des groupes de jeunes puisqu'il est à peu près impossible de connaître l'état émotionnel dans lequel se retrouve chacun des participants au moment de l'activité et en conséquence d'apprécier l'impact que peut avoir une discussion sur un thème aussi délicat que celui-là. Cependant, ce ne sont pas toutes les activités qui sont comprises dans les programmes de sensibilisation qui sont en cause mais uniquement les activités de sensibilisation qui s'adressent à des groupes de jeunes. Les autres activités qui sont aussi parfois associées à ces programmes, formation des enseignants et du personnel des écoles, sensibilisation des parents, ententes formelles avec des ressources de la communauté, développement des habiletés d'adaptation, apparaissent tout à fait justifiées et doivent même être encouragées. Ainsi, il est recommandé de ne pas proposer aux jeunes de participer à des activités qui comporteraient des échanges en groupe sur la question du suicide, que ce soit à partir de projection de vidéos, d'animation théâtrale ou de pièces de théâtre. La recommandation implique également d'abandonner la tenue d'événements culturels en lien avec ce thème, de même que la réalisation de travaux scolaires sur ce même thème dans le cadre des cours de français, d'arts plastiques, etc. Elle vaut autant pour les jeunes de niveau primaire, que pour ceux du niveau secondaire ou collégial.

Cette recommandation n'exclut toutefois pas du tout la possibilité, voire même la nécessité, que le sujet du suicide soit discuté en classe, soit parce qu'un jeune aborderait le sujet par

lui-même, soit parce que le sujet est d'actualité à cause du décès par suicide d'une personnalité publique ou d'une personne significative dans la vie des jeunes.

Dans ce contexte, les enseignants devraient être encouragés à aborder la question avec les jeunes. Des guides pédagogiques devraient leur être proposés pour qu'ils puissent le faire de manière appropriée et pour qu'ils puissent être en mesure de détecter ceux qui se seraient montrés vulnérables suite à ces discussions et de les référer à des ressources adaptées à leurs besoins.

## **6. Faire preuve de prudence dans la mise en oeuvre des programmes d'aide par les pairs**

Les programmes d'aide par les pairs peuvent prendre des formes variées. Certains sont très structurés et préparent les jeunes à être en mesure d'agir auprès d'un pair suicidaire. D'autres consistent à offrir aux jeunes des sessions de formation axées sur le développement de diverses habiletés relationnelles. On ignore si ces programmes ont eu des effets positifs sur l'aide qui a été apportée aux jeunes suicidaires mais on sait que, de manière générale, ce type de programme est susceptible d'améliorer les habiletés relationnelles des jeunes et de prévenir certains comportements à risque. Des effets non souhaités ont cependant été observés dans le cas où les aidants étaient eux-mêmes aux prises avec des difficultés importantes. Des inquiétudes ont été soulevées à l'endroit de ces programmes. Des taux de suicide plus élevés ont en effet été rapportés dans des écoles qui avaient mis en place de tels programmes et où on avait confié aux jeunes une mission de prévention du suicide et de *counselling* de leurs pairs et dans les écoles où les aidants n'étaient pas soutenus par des spécialistes formés en relation d'aide, comparativement aux écoles où il n'y avait pas de programmes du tout. Les taux étaient toutefois moins élevés dans les écoles où on n'avait pas confié une telle mission aux jeunes et dans les écoles où les pairs étaient bien encadrés, comparativement aux écoles où il n'y avait pas de programmes du tout. On a émis l'hypothèse que ces programmes avaient pu avoir un effet désinhibant sur les comportements suicidaires. Pour ces raisons, la prudence est de mise dans la mise en oeuvre de ces programmes et une attention particulière devrait être accordée aux procédures de recrutement, d'encadrement et de soutien des aidants, de même qu'au contenu de la formation qui leur serait offerte.

## **7. Encourager le développement de réseaux de sentinelles dans les milieux de vie des jeunes**

Les sentinelles sont des personnes qui, en raison de leur travail dans le milieu scolaire (enseignants, personnel de soutien) ou dans la communauté (entraîneurs, animateurs de maisons de jeunes) entretiennent des liens privilégiés avec les jeunes et sont susceptibles de recevoir leurs confidences et de les aider. Des experts ont estimé que les programmes de sentinelles étaient susceptibles de réduire le suicide chez les jeunes mais aucune étude n'a réellement évalué leur efficacité à modifier les comportements des jeunes suicidaires ou la capacité des sentinelles d'identifier et de référer les jeunes à risque. Ce type de programmes représente une cible d'action du *PNSP* :

- › Établissement de réseaux de sentinelles

Plusieurs interrogations sont présentement soulevées en regard de la mise en œuvre de cette cible d'action. Ainsi on se demande quelles personnes devraient être sollicitées pour devenir des sentinelles (enseignants, parents ou autres), quels rôles et missions devraient leur être confiés (comparativement à ceux des intervenants à qui les sentinelles sont susceptibles de référer les jeunes), quels critères devraient présider ou non à leur recrutement, quelle formation (durée et contenu, centrée exclusivement sur la question du suicide ou plus large, commune ou spécifique à chaque type de sentinelles) et soutien (ponctuel ou continu) devraient leur être offerts. De plus, un certain nombre d'étapes apparaissent être des conditions préalables à l'implantation de ces programmes. Elles consistent à déterminer les critères qui permettent d'identifier et de référer les jeunes à risque, à mettre en place et faire connaître un réseau de services accessibles et acceptables et adaptés aux besoins des jeunes, à s'assurer que les interventions et les traitements offerts reposent sur des standards de qualité et enfin, à s'assurer aussi que des précautions sont prises pour ne pas faire porter aux sentinelles des responsabilités qui ne sont pas de leur ressort ou encore pour ne pas inquiéter inutilement ou stigmatiser les jeunes qui seraient identifiés à risque. Malheureusement, il n'existe pas de guides apportant des réponses ou des éléments de réflexion quant à ces aspects et sur lesquels il est possible de s'appuyer pour la mise en œuvre de cette cible d'action. Cette lacune doit être comblée.

#### **8. Soutenir la formation continue des médecins généralistes en matière de prévention du suicide**

Une seule étude réalisée au Gotland, en Suède, a montré qu'un programme de formation continue des médecins généralistes, axé sur le traitement de la dépression, avait entraîné une diminution des taux de suicide. L'étude n'a pas été reproduite depuis mais la stratégie a été retenue dans plusieurs plans nationaux de lutte au suicide. Elle s'avère toujours pertinente car les études démontrent que des pourcentages importants des gens qui se sont suicidés ont consulté un médecin généraliste au cours des semaines précédant leur décès et elles indiquent aussi que ces derniers ne parviennent à détecter les signes de détresse émotionnelle de leurs patients que dans la moitié des cas. Cette stratégie est reprise dans le *PNSP* :

- › Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives - formation des médecins axées sur la prévention du suicide

#### **9. Maintenir les lignes d'écoute téléphonique**

Il y a peu d'évidences scientifiques quant à l'efficacité des lignes d'écoute téléphonique à prévenir les suicides ou les comportements suicidaires. On reconnaît toutefois que ces services apportent soutien et réconfort aux personnes qui en ont fait usage, autant celles qui éprouvent de la détresse émotionnelle que celles qui ont des proches suicidaires. C'est pourquoi il apparaît justifié de maintenir ce type de services.

## **10. Soutenir la mise en œuvre de programmes à multiples composantes, destinés à promouvoir la santé mentale des jeunes, à condition qu'ils ne comportent pas d'activités de sensibilisation qui s'adressent à des groupes de jeunes**

Les programmes à composantes multiples développés dans les milieux scolaires visent à la fois la promotion de la santé mentale des élèves et la prévention des comportements suicidaires. Ils combinent une variété d'activités (curriculum axé sur la promotion de la santé mentale, formation du personnel scolaire, activités de sensibilisation au suicide, protocoles d'intervention et de références, mesures de postvention, etc.) et s'adressent à plusieurs publics-cibles (jeunes, personnel scolaire, parents). L'efficacité des programmes globaux a été étudiée dans deux études. Les résultats sont équivoques. On a rapporté des résultats positifs de ces programmes, une diminution des taux de suicide pour l'ensemble des élèves, mais on a également rapporté des résultats préoccupants qui n'ont pas été commentés par les auteurs de ces études, une augmentation des idéations pour l'ensemble des élèves de même qu'une augmentation des idéations et des tentatives chez les élèves du niveau élémentaire. Les programmes globaux comportent des activités de sensibilisation des jeunes au suicide, et ce sont ces activités qu'il est recommandé de ne pas réaliser. Quant aux autres composantes de ces programmes, elles pourraient s'avérer profitables à la prévention du suicide et leur implantation devrait être encouragée.

## **11. Soutenir les initiatives de mise en réseau des partenaires engagés en prévention du suicide**

Il n'y a pas d'évidences que des programmes qui visent à mettre en réseau différents partenaires impliqués dans la prévention du suicide soient susceptibles de prévenir les comportements suicidaires comme tels ou de modifier favorablement les comportements de recherche d'aide ou de demande d'aide, car aucune étude n'a tenté d'évaluer ces aspects. On sait toutefois que le succès des programmes repose toujours en partie sur la capacité de créer un climat de collaboration entre les différents partenaires. Cette condition s'applique autant dans le domaine de la prévention du suicide. Ces initiatives doivent donc être encouragées.

Une cible d'action du *PNSP* semble se rapporter à cet objectif :

- › « la concertation avec les partenaires du réseau et ceux d'autres secteurs afin de faire diminuer la tolérance par rapport au suicide et la banalisation de ce problème »

Cette cible porte à confusion. On comprend mal les objectifs qui y sont poursuivis, la population qui y est visée de même que la nature des actions est proposer. S'agit-il de mettre en place une stratégie de communication ou un groupe de travail un autre type d'action? En outre, la définition de ce qu'on entend par tolérance ou par banalisation n'est pas claire. Enfin, on se demande en quoi la concertation dont il est question est différente de celle qui est nécessaire à la mise en œuvre des actions du *PNSP* relatives aux pratiques cliniques préventives et aux réseaux de sentinelles et on se demande également si une même action peut permettre de contrer à la fois les deux problèmes, la tolérance et la banalisation. Il est donc recommandé de réexaminer cette cible d'action.

**De plus, compte tenu que :**

La recension a constaté des déficiences au niveau des modèles théoriques des programmes et un manque de robustesse des études évaluatives :

**Il est aussi recommandé :**

- 12. D'accroître les efforts de recherche afin de développer des programmes qui soient fondés sur des bases solides au niveau théorique et de réaliser des évaluations rigoureuses de ces programmes.**

## RÉFÉRENCES

- Abbey, K. J., Madsen, C. H. & Polland, R. (1989). Short-term suicide awareness curriculum. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19(2), 216-227.
- Angerstein, G., Linfield-Spindler, S. & Payne, L. (1991). Evaluation of an urban school adolescent suicide program. *School Psychology International*, 12, 25-48.
- Association québécoise pour la prévention du suicide. Programme accrédité de formation. *Intervenir en situation de crise suicidaire*. Montréal.
- Bélanger, J. & Sylvain, G. (1991). *Évaluation de l'impact de la Semaine du Mieux vivre*. Sherbrooke : Fondation J.E.V.I.
- Blanchet, L., Laurendeau, M. C., Paul, D. & Saucier, J. F. (1993). *La prévention et la promotion en santé mentale : préparer l'avenir*. Comité de la santé mentale du Québec, Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Boehm, K. E. & Campbell, N. B. (1995). Suicide: A review of calls to an adolescent peer listening phone service. *Child Psychiatry and Human Development*, 26(1), 61-66.
- Bowen, P., Choquet, M., Ladame, F., Kjellberg, G. & Perret-Catipovic, M. (2000). *Youth suicide prevention programs: Review of literature published in English or French between 1990 and 1999*. Genève : Département de psychiatrie, hôpitaux universitaires de Genève.
- Brent, D. (1995). Facteurs de risque associés au suicide à l'adolescence. *Revue des recherches. P.R.I.S.M.E.*, 5(4), 360-374.
- Breton J. J. & Boyer R. (2000). La prévention du suicide. In F. Vitaro et C. Gagnon (Eds.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents* (p. 271-304). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Breton J. J., Boyer, R., Bilodeau, H., Raymond, S., Joubert, N. & Nantel, M. A. (1998). *Bilan des recherches évaluatives sur les programmes d'intervention et de prévention du suicide chez les jeunes au Canada*. Contexte théorique et résultats. Montréal, Québec, Canada.
- Breton J. J., Boyer, R., Bilodeau, H., Raymond, S., Joubert, N. & Nantel, M. A. (2002). Is evaluative research on youth suicide programs theory-driven? The Canadian experience. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(2), 176-190.
- Burns J. M. & Patton G. C. (2000). Preventive interventions for youth suicide: A risk factor-based approach. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(3), 388-407.
- Busner, C. & Shaffer, D. (1991). School programs do not reach the high risk students. *SIEC Current Awareness Bulletin*, 4(4) 1-2.
- Caron, J. (2000). *Le suicide par arme à feu en Abitibi-Témiscamingue avant et après l'application de la réglementation de la loi C17 sur l'entreposage sécuritaire des armes à feu*. Communication présentée au Congrès international de la francophonie en prévention du suicide, Québec.
- Carrington, P. J. & Moyer, S. C. (1994). Gun control and suicide in Ontario. *American Journal of Psychiatry*, 151(4), 606-608.

- Ciffone, J. (1993). Suicide prevention: A classroom presentation to adolescents, *Social Work*, 38(2), 197-203.
- Clark, D.C. & Fawcett, J. A. (1992). *An empirically, based model of suicide. Suicide and clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Clark, S. (2001). Bereavement after suicide – how far have we come and where do we go from here? *Crisis*, 22(3), 102-108.
- Clarke, R.V.G, & Lester, D. (1989). *Suicide: Closing the exits*. New York: Springer.
- Daigle, M., Beausoleil, L., Brisoux, J., Raymond, S., Charbonneau, L. & Desaulniers, J. (2002). *Semaine de prévention du suicide et clientèle hommes*. Rapport d'évaluation présenté au MSSS.
- D'Amours, Y. (1995). *Le point sur la délinquance et le suicide chez les jeunes*. Conseil permanent de la jeunesse, Québec, Gouvernement du Québec.
- Denoncourt, S., Forget, M., Jobin, L., Veilleux, M. F. & Veilleux, S. (1994). *Évaluation d'un programme de prévention du suicide dans un milieu scolaire*. Beauceville : Direction de santé publique de la Régie régionale de la Santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches.
- Deschesnes, M. (1992). *Évaluation du processus et de l'impact d'un programme de pairs aidants à la Cité étudiante de la Haute-Gatineau (région de l'Outaouais) après trois années de fonctionnement*. Hull : DSC de l'Outaouais.
- Deschesnes, M. (1994). L'évaluation d'un réseau d'entraide par les pairs dans une école secondaire après trois années de fonctionnement. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 13(2), 111-126.
- Dishion, T. J., McCord, J. & Poulin, F. (1999). When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *American Psychologist*, 54(9), 755-764.
- Dryfoos, J. G. (1991) Adolescents at risk: A summation of work in the field. Programs and policies. *Journal of Adolescent Health*, 12(8), 630-637.
- Eddy, D. M., Wolpert, R. L. & Rosenberg, M. L. (1987). Estimating the effectiveness of intervention to prevent youth suicide. *Medical Care*, 25(12 suppl.), 57-65.
- Eggert, L. L., Thompson, E. A., Herting, J. R., & Nicholas, L. J. (1995). Reducing suicide potential among high-risk youth: Tests of a school-based prevention program. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25(2), 276-296.
- Eggert, L. L., Thompson, E. A., Randell, B. P. & Pike, K. C. (2002). Preliminary effects of brief school-based prevention approaches for reducing youth suicide – risk behaviors, depression and drug involvement. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 15(2), 48-64.
- Etzersdorfer, E., Sonneck, G. & Nagel-Kuess, S. (1992). Newspaper reports and suicide. *New England Journal of Medicine*, 327(7), 502-503.

- Frederico, M. & Davis, C. (1996). *Gatekeepers training and youth suicide prevention*. Report for Youth suicide prevention initiative – Education training consultancy. Canberra: School of Social Work, Australian Catholic University.
- Gadbois, J. & Raymond, S. (1986). Évaluation du programme de prévention du suicide en milieu scolaire : une approche communautaire.
- Gardiner, H. & Brenda, G. (2002). *Suicide prevention services*. Literature review final report. Calgary: Alberta Mental Health Board, Research and evaluation unit.
- Garland, A. F., Schaffer, D., & B. Whittle (1989). A national survey of school-based, adolescent suicide prevention programs. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 932-934.
- Garland, A. F. & Zigler, E. (1993). Adolescent suicide prevention. Current research and social policy implications. *American Psychologist*, 48(2), 169-182.
- Goldberg, D. & Huxley, P. (1980). *Mental illness in the community: The pathway to psychiatry care*. New York: Tavistock Publications.
- Gould, M. S. & Kramer, R. A. (2001). Youth suicide prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31 (supplement), 6-31.
- Groupe canadien sur l'examen médical périodique (1994). *Guide canadien de médecine clinique préventive*. Ottawa : Ministre des Approvisionnements et Services Canada.
- Groupe de travail sur les suicides au pont Jacques-Cartier. *Le pont Jacques-Cartier, un pont sécuritaire pour tous*. Rapport soumis au Coroner Paul Dionne, Montréal, 2002.
- Guo, B. & Harstall, C. (2002). *Efficacy of suicide prevention program for children and young*. Edmonton: Alberta Heritage Foundation for medical research.
- Gunnell, D., Hawton, K., Murray, V., Garnier, R., Bismuth, C., Fagg, J. & Simkin, S. (1997). Use of paracetamol for suicide and non-fatal poisoning in the UK and France: Are restriction on availability justified? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51(2), 175-179.
- Hahn, R. A., Bilukha, O. O., Crosby, A., Thompson Fullilove, M., Liberman, A., Moscicki, E. K., Snyder, S., Tuma, F. & Briss, P. (2003). First reports evaluating the effectiveness of strategies for preventing violence: Firearms Laws. *MMWR*, 52(RR-14), 11-20.
- Hawton, K., Houston, K. & Shepperd, R. (1999). Suicide in young people. Study of 174 cases, aged under 25 years, based on coroners and medical records. *British Journal of Psychiatry*, 175, 271-276.
- Hazell, P. & Lewin, T. (1993). An evaluation of postvention following adolescent suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23(2), 101-109.
- Hennekens, C. H. & Buring, J. E. (1987). *Epidemiology in medicine*. In S.L. Mayrent (Ed.). Boston: Little, Brown and Co.
- Institute of Medicine. Goldsmith, S.K., Pellmar, T.C., Kleinman, A.M. & Burney W.E. (Eds.) (2002). *Reducing suicide, a national imperative*. Washington: National Academies Press.



- Isacsson, G. (2000). Suicide prevention – a medical break through? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(2), 113-117.
- Jobes, D. A., Berman, A. L., O'Carroll, P. W., Eastgard, S. & Knickmeyer, S. (1996). The Kurt Cobain suicide crisis: Perspectives from research public health and the news media. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(3), 260-271.
- Julien, M., Préville, M., Groulx, J., Toussaint-Lachance, M., Deschênes, L., Denis, J.L. & Saint-Laurent, D. (2002). *Implantation d'un programme de prévention du suicide s'adressant à des médecins généralistes*. Communication présentée au 2e Congrès international francophone en prévention du suicide. Liège, Belgique.
- Kalafat, J. (2000). Issues in the evaluation of youth suicide prevention initiatives. In T. Joiner & M.D. Rudd, (Eds.). *Suicide science: Expanding the boundaries*. (p. 241-249). Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Kalafat, J. & Elias, M. C. (1994). An evaluation of a school-based suicide awareness intervention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24(3), 224-233.
- Kalafat, J. & Gagliano, C. (1996). The use of simulations to assess the impact of an adolescent suicide response curriculum. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(4), 359-364.
- Kalafat, J. & Ryerson, D. M. (1999). The implementation and institutionalization of a school-based youth suicide prevention program. *Journal of Primary Prevention*, 19(3), 157-175.
- King, K. A., & Smith, J. (2000). Project SOAR: A training program to increase school counselors' knowledge and confidence regarding suicide prevention and intervention. *Journal of School Health*, 70(10), 402-407.
- Kirby, D. (1985). Sexuality education: A more realistic view of its effects. *Journal of School Health*, 55, 421-424.
- Klingman, A. & Hochdorf, Z. (1993). Coping with distress and self harm: The impact of a primary prevention program among adolescent. *Journal of Adolescence*, 16(2), 121-140.
- LaFromboise, T. D. & Howard-Pitney, B. (1995). The Zuni life skills development curriculum: Description and evaluation of a suicide prevention program. *Journal of Conseling Psychology*, 42(4), 479-486.
- Labelle, R., Bedwani, C. & Laverdure, J. (2002). *Partenariat intersectoriel en prévention du suicide*. Communication présentée au Symposium sur les enjeux et contraintes de la pratique réseau auprès des jeunes suicidaires québécois. 2e Congrès international de la francophonie en prévention du suicide. Liège, Belgique.
- Laurendeau, M. C., Tourigny, M. & Gagnon, G. (1990). Implantation et évaluation d'un programme d'aide par les pairs à l'école secondaire : bilan d'une première année d'évaluation. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 9(1), 107-121.
- Leenaars, A. & Lester, D. (1995). Impact of suicide prevention centers on suicide in Canada. *Crisis*, 16(1), 39.
- Leenaars, A. & Wenckstern, S. (1999). Suicide prevention in schools: The art, the issues, and the pitfalls. *Crisis*, 20(3), 132-142.

- Lester, D. (1992). States initiatives in addressing youth suicide: evidence for their effectiveness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27(2), 75-77.
- Lester, D. (1993). The effectiveness of suicide prevention centers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23(3), 263-267.
- Lester, D. (1997). The effectiveness of suicide prevention centers: A review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27(3), 304-310.
- Lewis, M. W. & Lewis, A. C. (1996). Peer helping programs: Helper role, supervisor training, and suicidal behavior. *Journal of Counselling and Development*, 74, 307-313.
- Marcotte, D. (2000). La prévention de la dépression chez les enfants et les adolescents. In F. Vitaro et C. Gagnon (Eds.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents*. (p. 221-270). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Mazza, J. J. (1997) School-based suicide prevention programs: Are they effective? *School Psychology Review*, 26(3), 382-396.
- McCormick, N., Folcik, J. & Izzo, A. (1985). Sex-education needs and interests of high-school students in a rural New York county. *Adolescence*, 20(79), 581-592.
- McQueen, D. V. & Anderson, L. M. (2000). Données probantes et évaluation des programmes en promotion de la santé. *Ruptures*, 7(1), 79-98.
- Mercy, J. A., Kresnow, M. J., O'Carroll, P. W., Lee, R. K., Powell, K. E., Potter, L. B., Swann, A. C., Frankowski, A. & Bayer, T. L. (2001). Is suicide contagious? A study of the relation between exposure to the suicidal behaviour of others and nearly lethal suicide attempts. *American Journal of Epidemiology*, 154(2), 120-127
- Michel, K., Frey, C., Wyss, K. & Valach, L. (2000). An exercise in improving suicide reporting in print media. *Crisis*, 21(2), 71-79.
- Miller, H. L. Coombs, D. W., Leeper, J. D. & Barton, S. N. (1984). An analysis of the effects of suicide prevention facilities in the United States. *American Journal of Public Health*, 74(4), 340-343.
- Miller, M. & Hemenway, D. (1999). The relationship between firearms and suicide: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 4(1), 59-75.
- Ministère de la Justice (mars 2000). *Statistiques sur les armes à feu*. Division de la recherche et de la statistique, Ottawa.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998). *Stratégie québécoise d'action face au suicide: S'entraider pour la vie*. Québec : Les publications du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*. Québec : Les publications du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2002). Transparents présentés à la Journée du ministère de la Santé et des Services sociaux. *Le bilan de quatre années de l'implantation de la stratégie d'action face au suicide*, Québec : Les publications du Québec.

- Mishara, B. (1998). *Résultats préliminaires d'une évaluation du programme de prévention primaire auprès des jeunes, « Plein le dos »*. Document ronéotypé : Université du Québec à Montréal.
- Mishara, B. & Daigle, M. (1992). L'efficacité des interventions téléphoniques dans les centres de prévention du suicide. *Santé mentale au Canada*, 26-32.
- Mishara, B. & Daigle, M. (1997). Effects of different telephone intervention styles with suicidal callers at two suicide prevention centers: An empirical investigation. *American Journal of Community Psychology*, 25(60), 861-885.
- Mishara, B. & Ystgaard, M. (2001). *Evaluation of the revised « Reaching Young Europe Programme in Denmark and Lithuania »*. Document ronéotypé : Université du Québec à Montréal.
- Morin, C. (1994). *Étude d'impact de la semaine du goût de vivre*. 1994.
- Morisette, P. (1982). Le Centre de recherche et de prévention du suicide de Québec : historique, philosophie, fonctionnement et évaluation d'un programme en santé mentale communautaire. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 1(1) 39-52.
- Moscicki, E. (1998). Epidemiology of suicide. In D.G. Jacobs (Ed.) *Guide to suicide assessment and intervention*. (p. 40 - 51). Boston: The Harvard Medical School.
- Mrazek P. J. & Haggerty R. J. (1994). *Reducing risk for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.
- O'Carroll, P. W., Mercy, J. A., Hersey, J. C., Boudreau, C. & Odell-Butler, M. (1992). *Youth Suicide Prevention programs: A resource guide*. US Department of Health and Human Services, Center for Disease Control, Atlanta.
- Offer, D., Howard, K. I., Shonert, K. A. & Ostrov, E. (1991). To whom do adolescents turn for help? Differences between disturbed and non disturbed adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(4), 623-630.
- Orbach, I. & Bar-Joseph, H. (1993). The impact of a suicide prevention program for adolescents on suicidal tendencies, hopelessness, ego identity and coping. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23(2), 120-129.
- Overholser, J.C., Huston Hemstreet, A., Spirito, A. & Vyse, S. (1989). Suicide awareness programs in the schools: Effects of gender and personal experiences. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28(6), 925-930.
- Pageau, M., Choinière, R., Ferland, M. & Sauvageau, Y. (2001). *Le portrait de santé, le Québec et ses régions*. Institut national de santé publique du Québec. Sainte-Foy.
- Pfeffer, C. R., Jiang, H., Kakuma, T., Hwang, J. & Metsch, M. (2002). Group intervention for children bereaved by the suicide of a relative. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(5), 505-513.
- Ploeg, J., Ciliska, D., Brunton, G., MacDonnell, J., & O'Brien, M. A. (1999). *The effectiveness of school-based curriculum suicide prevention programs for adolescents*. Effective public health practice project, Dundas, Ontario.

- Ploeg J., Ciliska, D., Dobbins, M., Hayward, S., Thomas, H. & Underwood, J. (1996). A systematic overview of adolescent suicide prevention programs. *Canadian Journal of Public Health*, 87(5), 319-324.
- Potvin, L. (2002). *L'utilisation des données d'évaluation et la transformation des pratiques en santé publique*. Communication présentée aux 6<sup>e</sup> Journées annuelles de santé publique, Québec.
- Pronovost, J. & Boisclair, J. (2002). *Concerto-vie*. Communication présentée au 2<sup>e</sup> Congrès international de la francophonie en prévention du suicide. Liège, Belgique.
- Pronovost, J. & Leclerc, D. en collaboration avec l'Association des Centres jeunesse du Québec (1998). *Le dépistage des adolescent(e)s suicidaires en Centres jeunesse : Rapport final, faits saillants*. Trois-Rivières. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Ramsay, R. E., Tanney, B. L., Tierney, R. J. & Lang, W. A. (1994). *Suicide intervention skills workshop. Trainer's handbook*. Living Works Education Inc. Department of mental health.
- Randell, B. P., Eggert, L. L. & Pike, K. C. (2001). Immediate post-intervention effects of two brief youth suicide prevention interventions. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(1), 41-61.
- Raymond, S., Routhier, D., Mishara, B. & Charbonneau, L. (2003). Nouveau programme de prévention du suicide chez les jeunes : résultats d'une évaluation. *Revue québécoise de psychologie*, 24(1), 255-271.
- Renaud, J. & Chagnon, F. (2002). *Projet d'intervention concertée sur le suicide des jeunes en difficulté*. Communication présentée au 2<sup>e</sup> Congrès international de la francophonie en prévention du suicide, Liège, Belgique.
- Renaud, J. & Chagnon, F. (2003). *État des suicides chez les jeunes qui ont reçu des services des Centres jeunesse au Québec*. Volet 1 : prévalence des suicides et caractéristiques associées.
- Rihmer, Z., Belsö, N. & Kalmar, S. (2001). Antidepressants and suicide prevention in Hungary. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(3), 238-239.
- Rose, S., Bisson, J. & Wessely, S. (2002). *Psychological debriefing for preventing posttraumatic stress disorder (PTSD)*. The Cochrane Database of Systematic Reviews (issue 2).
- Rothman, K.J. & Greenland, S. (1998). *Modern epidemiology*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rutz W., Wälinder, J. Von Knorring, L., Rihmer, Z. & Pihlgren, H. (1997). Prevention of depression and suicide by education-impact on male suicidality. An update of Gotland study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 1(1), 39-46.
- Saint-Laurent D. & Tennina S. (2000). *Résultats de l'enquête portant sur les personnes décédées par suicide au Québec entre le 1er septembre et le 31 décembre 1996*. Ministère de la Santé et des Services sociaux et le Bureau du coroner. Québec : Gouvernement du Québec.
- Shaffer, D., Vieland, V., Rojas, M., Underwood, M. & Busner, C. (1990). Adolescent suicide Attempters. Response to suicide prevention programs. *JAMA*, 264(24) 3151-3155.

- Schaffer, D., Garland, A., Gould, M., Fisher, P. & Trautman, P. (1988). Preventing teenage suicide: A critical review. *The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(6) 675-687.
- Shaffer, D., Garland, A., Vieland, V., Underwood, M. & Busner, C. (1991). The impact of curriculum based suicide prevention programs for teenagers. *The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(4), 588-596.
- Silverman, M. M. & Felner, R. D. (1995) Suicide prevention programs: Issues of design, implementation and developmental appropriateness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25(1), 92-104.
- Sonneck, G., Etzersdorfer, E. & Nagel-Kuess, S. (1994). Imitative suicide on the Viennese subway. *Social Sciences Medicine*, 38(2), 453-457.
- Spirito, A., Overholser, J., Ashworth, S., Morgan, J. & Benedict-Drew, C. (1988). Evaluation of a suicide awareness curriculum for high school student. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(6), 705-711.
- Stack, S.C. (1983). The effect of the Jonestown suicides on American suicide rates. *Journal of Social Psychology*, 119, 145-146.
- Stuart, C., Waalen, J. D. & Haelstromm, E. (2003). Many helping hearts: An evaluation of peer gatekeeper training in suicide risk assessment. *Death Studies*, 27(4), 321-333.
- St-Hilaire, E. (2002). *Évaluation de l'implantation du programme de formation de sentinelles. Beauceville* : Direction de la santé publique, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux Chaudière-Appalaches.
- Thompson, E. A., Eggert, L. L., Randell, B. P., & Pike, K. C. (2001). Evaluation of indicated suicide risk prevention approaches for potential high school dropouts. *American Journal of Public Health*, 91(5), 742-752.
- Tierney, R. (1991) Cutting school suicide prevention programs. Editorial Response. *SIEC Current Awareness Bulletin*, 4(4), 2.
- Tourigny, M., Laurendeau, M. C., Gagnon, G. & Beauregard, F. (1989). *Évaluation d'un programme de pairs aidants implanté auprès de deux populations étudiantes en concertation avec les ressources du milieu*. Montréal : DSC Hôpital Général de Montréal.
- Tousignant, M., Mishara, B. L., St-Laurent, D., Trépanier, S. & Fortin, V. (2001). *The suicide of a popular TV journalist in Québec: Anatomy of the consequences*. Communication présentée à la 34th Annual Conference of the American Association of Suicidology, Atlanta, Georgia.
- Tremblay, R. E., Pagani-Kurtz, L., Masse, L. C., Vitaro, F. & Phil, R. O. (1995). A bimodal preventive intervention for descriptive kindergarten boys: Its impact through mid-adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(4), 560-568.
- Turgeon, L. & Brousseau, L. (2000). Prévention des problèmes d'anxiété chez les jeunes. In F. Vitaro et C. Gagnon (Éds.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents* (p. 189-200). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.

- Turvill, J. L., Burroughs, A. K. & Moor, P. (2000). Change in occurrence of paracetamol overdose in UK after introduction of blister packs. *Lancet*, 10(355), 2048-2049.
- Vassilas, C. A. & Morgan, H. G. (1993). General practitioners contact with victims of suicide. *British Medical Journal*, 307(6899), 300-301.
- Vetting, D. M. & Gould, M.S. (1999). Suicide contagion. In R.W. Maris, M.M. Silverman & S. S. Canetto. (Eds.). *Review of Suicidology 1999* (p. 96-137). New York: Guilford.
- Vieland, V., Whittle, B., Garland, A. Hicks, R. & Shaffer, D. (1991). The impact of curriculum-based suicide prevention programs for teenagers: An 18 month follow up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(5), 811-815.
- Vitaro, F. & Carbonneau, R. (2000). La prévention de la consommation abusive ou précoce de substances psychotropes chez les jeunes. In F. Vitaro et C. Gagnon (Eds.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents* (p. 335-378). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Vitaro, F., & Caron, J. (2000). Conclusion. La prévention face à la comorbidité des problèmes d'adaptation et à la présence de déterminants multiples. In F. Vitaro et C. Gagnon (Eds.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents* (p. 557-586). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- White, J. & Jodoin, N. (1998). «*Before the facts*» interventions: A manual of best practices in youth suicide prevention. BC Ministry for children and families.
- Wyn, J., Cahill, H., Holdsworth, R., Rowling, L. & Carson, S. (2000). « Mindmatters », a whole school approach promoting mental health and well being. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(4), 597-601.
- Zenere, F.V. & Lazarus, P.J. (1997). The decline of youth suicidal behavior in an urban multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention program. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27(4), 387-402.

## **ANNEXE 1**

## ANNEXE 1

## BÉNÉFICES DES DIFFÉRENTES STRATÉGIES PRÉVENTIVES

STRATÉGIES	FACTEUR(S) VISÉ(S)	LIEN ENTRE FACTEUR(S) ET COMPORTEMENTS SUICIDAIRES	EFFICACITÉ	
			DONNÉES ÉVALUATIVES	RÉSULTATS
<b>1. PROMOUVOIR DES FACTEURS DE PROTECTION</b>				
1. PROMOTION DES HABILITÉS D'ADAPTATION	Habilités d'adaptation	Peu d'études sur le déficit de ces habiletés chez les jeunes suicidaires.	Peu d'études évaluatives	Une certaine réduction des facteurs de risque et augmentation des facteurs de protection.
<b>2. DIMINUER LES FACTEURS DE RISQUE</b>				
2.1. CONTRÔLE DE L'ACCESSIBILITÉ AUX MOYENS	Accessibilité des moyens	Plusieurs études indiquent que l'accessibilité à un moyen augmente le risque de suicide.	Plusieurs études transversales et longitudinales	Une majorité d'études concluent à un effet (diminution) des mesures sur les taux.
2.2. SENSIBILISATION DES MÉDIAS	Couverture médiatique adéquate	Plusieurs études suggèrent l'existence d'un phénomène d'imitation.	Une étude évaluative	Diminution des taux de suicide.
2.3. POSTVENTION	Détresse émotionnelle, risque d'imitation	Plusieurs études suggèrent l'existence d'un phénomène d'imitation ou de séquelles suite à l'exposition à un deuil (mort naturelle, accidentelle ou suicide).	Peu d'études évaluatives	Diminution des symptômes d'anxiété et de dépression dans une étude; Une revue Cochrane sur des interventions de <i>debriefing</i> réalisées suite à des événements traumatiques qui n'étaient pas des suicides recommande de ne pas offrir le <i>debriefing</i> de manière systématique.
<b>3. IDENTIFIER LES PERSONNES À RISQUE</b>				
3.1. SENSIBILISATION EN MILIEU SCOLAIRE	Connaissances, attitudes et comportements (aide demandée, offerte)	Quelques recherches indiquent des attitudes inadéquates des jeunes suicidaires quant à la recherche d'aide.	Plusieurs études évaluatives	Surtout des gains au niveau des connaissances, des attitudes; Résultats préoccupants chez des groupes de jeunes : opinions défavorables au programme : attitudes inadéquates face à l'aide à demander ou à offrir, etc.
3.2. AIDE PAR LES PAIRS	Aide et référence à des ressources appropriées	Quelques recherches indiquent des attitudes inadéquates des jeunes suicidaires quant à la recherche d'aide.	Une étude évaluative	Résultats différentiels sur les taux, gains au niveau des connaissances, attitudes et comportements d'aide des aidants.



STRATÉGIES	FACTEUR(S) VISÉ(S)	LIEN ENTRE FACTEUR(S) ET COMPORTEMENTS SUICIDAIRES	EFFICACITÉ	
			DONNÉES ÉVALUATIVES	RÉSULTATS
<b>3. IDENTIFIER LES PERSONNES À RISQUE (SUITE)</b>				
3.3. FORMATION DE SENTINELLES	Aide et référence à des ressources appropriées	Peu de recherches sur les liens entre les sentinelles et les jeunes suicidaires.	Peu d'études évaluatives	Surtout des gains au niveau des connaissances et des attitudes.
3.4. FORMATION DE PROFESSIONNELS	Habilités cliniques, repérage et traitement des personnes qui présentent des troubles mentaux, des idéations et comportements suicidaires	Plusieurs recherches indiquent que les personnes qui se sont suicidées consultent un médecin généraliste au cours des semaines précédentes.	Une étude évaluative	Diminution des taux.
3.5. LIGNES D'ÉCOUTE TÉLÉPHONIQUES	Détresse émotionnelle, état de crise	Les études par autopsies psychologiques indiquent que le suicide est souvent associé au déclenchement d'un événement stressant.	Plusieurs études écologiques sur des lignes d'écoute qui s'adressent à la population en général	Résultats équivoques; Des effets spécifiques sur les taux selon l'âge (jeunes adultes) et le sexe (femmes) parfois observés.
<b>4. AGIR SUR UNE COMBINAISON DE FACTEURS</b>				
4.1. PROGRAMMES GLOBAUX	Multiplés, habiletés d'adaptation, repérage des personnes vulnérables, habiletés d'intervention, etc.	Dépend des actions comprises dans ces programmes.	Peu d'études évaluatives	Résultats équivoques; Diminution globale des suicides, mais augmentation des comportements et idéations dans les groupes les plus jeunes; Amélioration des connaissances et des attitudes.
4.2. MISE EN RÉSEAU DES PARTENAIRES	Multiplés	Peu de recherches sur le lien entre la mise en réseau des partenaires et le phénomène.	Pas d'études évaluatives	Pas de résultats.