

ACTES

DE LA JOURNÉE SUR

LA PRÉVENTION DU SUICIDE CHEZ LES JEUNES

LE MODÈLE DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE
UN REGARD SUR LES PRATIQUES QUÉBÉCOISES



UQAM, le 7 décembre 2000




Association québécoise
de suicidologie

Santé
et Services sociaux

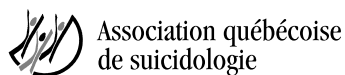
Québec





ACTES DE LA JOURNÉE SUR
LA
PRÉVENTION
DU SUICIDE CHEZ LES JEUNES
LE MODÈLE DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE
UN REGARD SUR LES PRATIQUES QUÉBÉCOISES

UQAM, le 7 décembre 2000



Édition produite par :

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

Pour obtenir un exemplaire de ce document, faites parvenir votre commande par télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1**

Le présent document est disponible à la section **documentation** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

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

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2001
Bibliothèque nationale du Canada, 2001
ISBN 2-550-38083-5

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

© Gouvernement du Québec

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier monsieur Gilles Baril, ministre délégué à la Santé, aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse, ainsi que madame Jennifer White, du Centre d'information et de ressources sur la prévention du suicide de la Colombie-Britannique, d'avoir bien voulu accepter de participer à notre journée de réflexion sur la prévention du suicide chez les jeunes.

Nous remercions également l'Association québécoise de suicidologie, le Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie, plus particulièrement messieurs Jean-Yves Boucher et Brian Mishara ainsi que les membres du groupe de travail MSSS-régies sur la prévention du suicide, de leur précieuse collaboration.

Cette journée de réflexion n'aurait pu se tenir sans l'aimable participation de nos conférencières et conférenciers. Il faut aussi souligner la prestation remarquable et remarquable du théâtre Parminou.

La présente publication est le fruit du travail de monsieur SiaSia Morel, étudiant, et de madame Danielle Chabot, secrétaire, à qui nous désirons témoigner notre reconnaissance.

Guy Mercier

Responsable du dossier de la prévention du suicide
Ministère de la Santé et des Services sociaux

AVANT-PROPOS

Les membres du groupe de travail MSSS-régies sur la prévention du suicide ont choisi de traiter de la question de la prévention du suicide chez les jeunes à la lumière de certaines des expériences réalisées en Colombie-Britannique, lesquelles visent à mobiliser la population autour des meilleures approches pour contrer les comportements suicidaires. Nous avons aussi voulu mettre en relief les principales pratiques québécoises en matière de prévention du suicide chez les jeunes.

Vous trouverez dans le présent document le texte intégral des différentes présentations ainsi que quelques-unes des questions et réponses qui leur sont associées. Nous avons voulu de cette façon traduire les préoccupations des participants et des participantes à la journée de réflexion.

Nous avons aussi choisi d'inclure quelques points de vue de monsieur Brian Mishara, animateur de la journée de réflexion et expert de la question plus générale de la prévention du suicide.

Un document préparé par madame Jennifer White et intitulé *La prévention du suicide chez les jeunes : Un cadre d'action pour la Colombie-Britannique* a été placé en annexe.

TABLE DES MATIÈRES

ALLOCUTION D'OUVERTURE PRONONCÉE PAR M. GILLES BARIL	1
LES INTERVENTIONS « AVANT LE FAIT » LES MEILLEURES PRATIQUES DE PRÉVENTION DU SUICIDE CHEZ LES JEUNES PAR JENNIFER WHITE	5
LES CONTRIBUTIONS POSSIBLES DE L'ÉCOLE À LA PRÉVENTION DU SUICIDE PAR YVAN D'AMOURS	25
ÉVALUATION NORMATIVE DU PROCESSUS ET ANALYSE DE L'INTERVENTION DE SENSIBILISATION À LA DÉPRESSION CHEZ LES ADOLESCENTS DES 4E ET 5E SECONDAIRE DU PLAN D'ACTION « SOLIDAIRES POUR LA VIE » DE LA FONDATION QUÉBÉCOISE DES MALADIES MENTALES (FQMM) PAR RICHARD BOYER	33
À PROPOS DE LA PRÉVENTION DU SUICIDE CHEZ LES JEUNES : POSITION CLINIQUE SUR LA PRÉVENTION DES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES À L'ENFANCE ET À L'ADOLESCENCE PAR PATRICIA GAREL	41
LES JEUNES EN CENTRES JEUNESSE AU QUÉBEC : UN GROUPE À RISQUE ÉLEVÉ DE SUICIDE AUPRÈS DUQUEL IL EST URGENT D'INTERVENIR PAR FRANÇOIS CHAGNON	45
LA PRÉVENTION DU SUICIDE CHEZ LES JEUNES, C'EST POSSIBLE PAR LUCIE CHARBONNEAU	51
QUESTIONS, COMMENTAIRES ET RÉFLEXIONS.....	57
ANNEXE : LA PRÉVENTION DU SUICIDE CHEZ LES JEUNES UN CADRE D'ACTION POUR LA COLOMBIE-BRITANNIQUE 1998	
Introduction	65
Élaboration d'une approche provinciale	66
Comprendre le suicide et les comportements suicidaires chez les jeunes.....	68
Synthèse des recherches sur le suicide chez les jeunes.....	71
Une approche exhaustive.....	73
Le rôle des influences sociales de plus large portée	75
Élaboration de stratégies efficaces.....	77
Résumé	81

ALLOCUTION D'OUVERTURE

prononcée par

M. Gilles Baril

M. Gilles Garil est ministre délégué à la Santé, aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse.

La question du suicide chez les jeunes nous préoccupe en tant qu'individus et en tant que peuple. C'est pourquoi j'ai tenu à être des vôtres ce matin, malgré le fait que cette période de l'année est particulièrement remplie, surtout en raison des travaux parlementaires intensifs à ce temps de la session. J'accorde, en effet, énormément d'importance à cette journée parce qu'elle s'inscrit dans le cadre des travaux de mise en œuvre de la Stratégie québécoise d'action face au suicide, qui nous a permis de faire des gestes extrêmement significatifs depuis son lancement, il y a moins de trois ans. Il faut donc saisir toutes les occasions pour débattre publiquement de la problématique à la fois complexe et déroutante du suicide. Pour moi, le peuple québécois fait face à deux grands problèmes à l'aube de ce nouveau siècle : la dénatalité et le suicide, particulièrement chez les jeunes de 15 à 24 ans.

Que vous veniez du monde de la santé, des services sociaux ou encore des milieux communautaire, scolaire ou policier, il est encourageant de voir qu'autant de gens se sont donné rendez-vous ici dans un esprit de partenariat. La mise en commun des préoccupations et des réflexions de chacun est une formule qui a fait ses preuves et qui a toujours l'avantage de nous aider à faire des pas en avant. Comme l'a si bien écrit madame Jennifer White, du Centre d'information et de ressources sur la prévention du suicide de Colombie-Britannique, c'est grâce au dialogue, à une réflexion approfondie et à une participation à grande échelle que l'on peut mettre à profit les forces considérables et l'engagement manifeste que l'on observe déjà au Québec en matière de prévention du suicide. L'accent est mis aujourd'hui sur les jeunes, quoique les comportements suicidaires ne soient pas exclusifs à ce groupe.

Comme vous le savez, l'enfance et la jeunesse constituent des étapes déterminantes du développement de l'être humain. Notre société permet à la majorité des jeunes de grandir dans un contexte favorable, de prendre leur place dans les différents milieux de vie et de trouver les réponses à leurs besoins. Malheureusement, une minorité de plus en plus importante éprouve une profonde détresse. Les difficultés de ces jeunes sont parfois si grandes qu'elles compromettent leur développement et entravent leur capacité de prendre leur place dans la société. Un grand nombre de jeunes se trouvent dans des situations où leur équilibre présent et futur, sur les plans physique et mental, s'en trouve compromis. Ceux-là seront toujours plus vulnérables et leurs chances de bonheur et de réussite, plus limitées. Un nombre croissant d'enfants et de jeunes sont victimes de négligence, d'abus physiques ou sexuels souvent infligés par des adultes censés les protéger, et ils souffrent d'absence ou d'insuffisance de soins, d'attention, d'affection et d'amour.

Les statistiques sont impuissantes à révéler la souffrance de ces jeunes et de leurs parents, mais elles nous éclairent sur certains facteurs de risque et les problèmes qui conduisent à une situation de détresse. Un grand nombre de jeunes sont aux prises avec un problème de surconsommation de drogue et d'alcool. La

toxicomanie chez les jeunes apparaît de plus en plus tôt. Certains sont déjà toxicomanes à l'âge de 13 ou 14 ans, ce qui est dramatique. Le phénomène de l'itinérance n'est pas nouveau, il est propre à toutes les grandes villes. Ce qui est nouveau, par contre, c'est que de plus en plus de jeunes se retrouvent à la rue. À Montréal, quatre personnes sur dix qui fréquentent des refuges pour itinérants ont moins de 30 ans. Il y a là matière à réflexion.

Évidemment, les comportements suicidaires et les décès par suicide constituent les manifestations les plus évidentes de la détresse sociale et de la souffrance individuelle. Ce n'est pas à vous que j'apprendrai que le suicide représente la cause de mortalité la plus importante chez les adolescents et les jeunes adultes. Depuis 1992, le suicide a détrôné les accidents de la route comme première cause de décès chez les jeunes de 15 à 29 ans. Une hausse des comportements suicidaires est observée dans l'ensemble des pays industrialisés. Cependant, partout ailleurs le taux de suicide augmente avec l'âge, alors qu'au Québec, cette hausse est particulièrement prononcée dans le cas des jeunes hommes de 15 à 29 ans. Les filles ne sont pas moins exposées à la détresse, elle sont plus nombreuses par exemple à tenter de se suicider. Mais les jeunes homme meurent du suicide beaucoup plus fréquemment que les jeunes femmes ; de fait, sept fois plus souvent.

En isolant les problèmes les uns des autres, ces statistiques envoient une image tronquée de la réalité. Concrètement, un bon nombre de jeunes vivent simultanément plusieurs de ces problèmes. De nombreux facteurs de risque s'entremêlent et agissent alors en synergie, augmentant du même coup la probabilité que ces jeunes connaissent des difficultés majeures. Nous devons multiplier les occasions de prise de parole et d'écoute. Il faut susciter un large débat semblable à celui qui se tiendra au cours de cette journée pour que l'ensemble de la population soit plus sensible à la situation des jeunes et davantage en mesure de décoder leurs signaux d'alarme. Bref, il faut continuer à soulager la détresse de nos enfants et de nos jeunes. Nous avons tous un but commun et fort simple : nous voulons susciter de plus en plus de paroles de jeunes et faire en sorte que ces paroles soient écoutées.

En plus de faire des gestes marquants dans les domaines de la toxicomanie et de l'itinérance, le gouvernement dont je fais partie, a investi trois millions et demi de dollars sur une base annuelle pour faciliter la mise en œuvre de la Stratégie québécoise d'action face au suicide. Comme les besoins sont énormes, je suis heureux de vous annoncer aujourd'hui l'octroi d'une somme supplémentaire récurrente de 800 000 \$ par année pour assurer le développement et la consolidation de la gamme essentielle de services telle qu'elle est définie dans cette stratégie québécoise. Nous procédons actuellement à l'examen des projets qui ont été soumis par les différents milieux et je serai en mesure d'annoncer très bientôt la répartition détaillée de cette nouvelle mise de fonds gouvernementale dans le domaine de la prévention du suicide. L'État à lui seul ne peut pas régler tous les maux de la société. L'État n'a pas de panacée sociale. Il n'a pas non plus la réponse, le remède ou l'antidote exclusif à la douleur des jeunes dans notre société ou à celle des autres être humains. Je tiens à vous assurer que nous sommes conscients des difficultés que vivent les jeunes et nous sommes sensibles à leur détresse. Nous faisons notre part, mais il est important que chacun fasse la sienne. Il faut que chaque personne qui a des rapports avec les enfants et les adolescents, que ce soit les professeurs, les intervenants auprès de la jeunesse, les médecins, les spécialistes, les non-spécialistes, les parents, les familles, il faut que toute la société soit à l'écoute des jeunes. Chaque fois que nous entendons un cri, il faut que nous soyons tous là pour répondre : « Présents ! »

Depuis que j'ai été assermenté comme ministre, je le dis sur chaque tribune : il faut dire non à la banalisation du suicide. Il faut établir un interdit moral sur la question du suicide dans notre société. Les jeunes ont besoin de modèles. Les jeunes ont besoin de valeurs fortes, puissantes, des valeurs constructives pour être en mesure de se développer. Il y a actuellement au Québec un déficit de modèles intergénérationnels et ça doit aussi nous amener à réfléchir. Le problème de défaillance de la langue a souvent été démontré et soulevé particulièrement par les études extrêmement intéressantes de notre

sociologue national, le chanoine Grandmaison, sur le conflit des générations. Il y a un problème : la société est en panne de sens, et cette absence de sens se répercute dans notre vie individuelle et collective. Des jeunes adoptent un peu trop souvent l'errance comme style de vie.

Le siècle dans lequel nous entrons actuellement ne doit pas être strictement économique et technologique. Le Québec est une société moderne, avancée, une puissante force économique, qui se classe au dix-septième rang à cet égard dans le monde mais, paradoxalement, nous avons des problèmes. Collectivement, il faut réfléchir, il faut se questionner et il faut aller au fond des choses. C'est insensé que, dans notre société, dans chacune de nos communautés, nous assistions à la naissance de ces problèmes. Chaque semaine, chaque mois, nous apprenons qu'un ami, un voisin ou quelqu'un que nous connaissons, que nous aimons, s'est enlevé la vie. Alors, cette situation nous interpelle comme société. Le siècle dans lequel nous entrons doit être d'abord et avant tout humain. La réflexion que vous faites aujourd'hui, c'est une réflexion qui nous amène tous ensemble à nous pencher sur le sort de notre condition humaine. À quoi bon conquérir la Lune pour se suicider par la suite ? À quoi bon devenir multimillionnaire si c'est pour voir son fils ou sa fille mourir d'une surdose. Alors, il y a une belle réflexion à faire et je pense que cette journée va être porteuse de solutions.

Le suicide n'est certes pas un problème facile. Des gens nous demandent souvent pourquoi ? pourquoi ? pourquoi ? Et je dois vous dire aussi que c'est un dossier qui n'interpelle pas strictement le ministre délégué à la Santé, il interpelle l'ensemble de mes collègues au Conseil des ministres. C'est, en effet, une question qui alimente nos discussions. Elle interpelle aussi personnellement le premier ministre, parce qu'il est préoccupé par ce problème, comme chef de la nation québécoise. Et c'est normal qu'il soit bouleversé, comme père de famille, sur cette question-là. Comme société, nous devons donc affirmer notre parti pris pour la vie. Nous ne pouvons accepter que certains de nos concitoyens et concitoyennes souffrent au point de s'enlever la vie. Nous nous devons de contrer la banalisation du suicide, de refuser cette tendance à la fatalité et, collectivement, nous devons tenter de prévenir les effets importants de la médiatisation des gestes suicidaires. Nous avons vu l'an dernier tout ce qui s'est passé autour de la mort de Gaétan Girouard. Il y a eu des effets et des retombées catastrophiques au Québec. Alors, je dois vous le dire, on a même voulu, à un certain moment, faire une émission spéciale dans une station de télévision pour commémorer l'anniversaire de la mort de l'individu. J'ai dû intervenir personnellement auprès des propriétaires de la chaîne télévisée pour leur montrer qu'une telle décision pouvait avoir des conséquences nocives pour le reste de la population. Il y a ici, au Québec, un journaliste qui nous interpelle dans ce sens-là, et je trouve sa réflexion intéressante, c'est Franco Nuevo. Je me demande si, à un moment donné, il ne faudrait pas faire un pas de plus avec les spécialistes du Québec sur cette question en invitant les journalistes à un forum pour leur montrer à quel point le fait de banaliser, de médiatiser à outrance le suicide peut avoir des effets catastrophiques sur la population. En ce sens, nous partageons tous, à titre de citoyens et citoyennes, une responsabilité directe ou indirecte pour réduire l'incidence de l'événement tragique que constitue le suicide au Québec.

En terminant, je tiens à exprimer ma reconnaissance à l'Association québécoise de suicidologie ainsi qu'au Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie pour s'être associés au ministère de la Santé et des Services sociaux afin d'organiser la présente journée. Je remercie également madame Jennifer White ainsi que les conférencières et les conférenciers québécois qui ont accepté de participer à cette journée de réflexion et je vous souhaite naturellement, à tous et à toutes, de passer ensemble une journée aussi fructueuse que mémorable.

Merci et bon forum.

Les interventions « avant le fait »
les meilleures pratiques de prévention
du suicide chez les jeunes

par

Jennifer White

Madame Jennifer White est directrice du Centre d'information et de ressources sur la prévention du suicide à l'Unité d'évaluation et de consultation communautaire en santé mentale du Département de psychiatrie de l'Université de la Colombie-Britannique.

C'est un plaisir de me retrouver ici, à Montréal. J'adore cette ville et son charme. Je suis très heureuse d'avoir été invitée au forum. De plus, j'apprécie énormément la présence de M. Baril. Je suis impressionnée par le fait qu'une personne de son rang se soit déplacée pour passer du temps avec nous et nous dire son point de vue sur la problématique du suicide chez les jeunes.

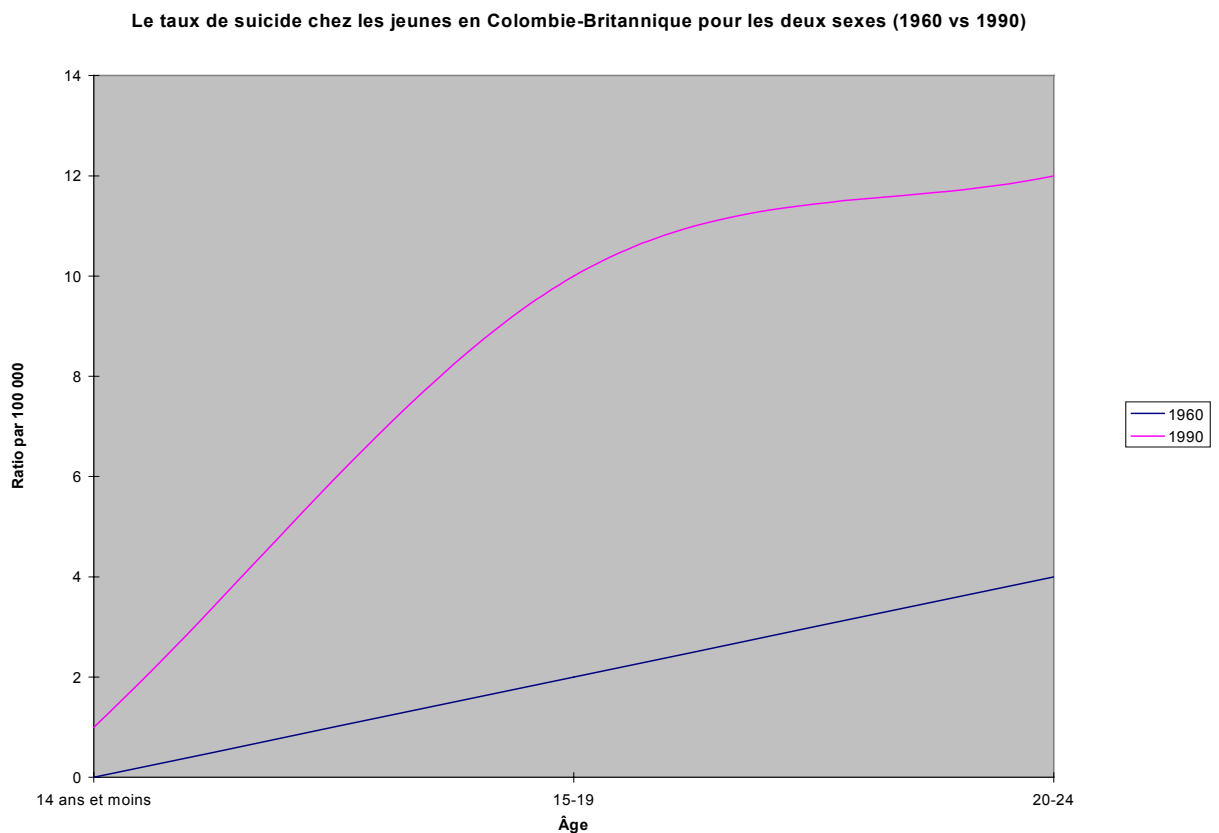
J'ai le privilège de porter à votre connaissance les actions que nous faisons en Colombie-Britannique en matière de prévention du suicide. Mais je crois que je vais apprendre beaucoup plus aujourd'hui à propos des programmes que vous avez mis sur pied ici, au Québec. De plus, j'aime beaucoup l'idée selon laquelle c'est une chance pour nous d'avoir une réflexion ensemble sur cette problématique complexe. J'apprécie aussi le fait que l'on prenne du temps pour faire des interventions, poser des questions et faire des commentaires. J'aimerais enfin remercier Guy Mercier et le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Je n'ai certainement pas toutes les réponses à la problématique du suicide mais, heureusement, je peux vous présenter une nouvelle perspective pour réfléchir à cette question. J'espère que ma présentation vous offrira un nouveau point de vue pour considérer le travail que vous effectuez de manière différente et vous permettra de juger si ce que vous devriez faire peut être pensé différemment et entrepris d'une façon originale.

Je vais d'abord vous parler de l'approche provinciale que nous avons adoptée en Colombie-Britannique et qui remonte à 1993. J'y travaille personnellement depuis 1995, je suis donc en mesure de vous parler des six dernières années du travail que nous avons accompli. Je tiens à préciser que la prévention du suicide chez les jeunes requiert des efforts concertés au niveau provincial aussi bien que l'appui du système de santé en général. Je ne parlerai cependant pas beaucoup du système de santé. J'ajoute tout de même que le travail que nous effectuons s'intègre dans le traitement des problèmes des troubles de l'humeur, la dépression ou d'autres sortes de troubles mentaux. Je ne m'étendrai pas là-dessus, mais cela ne veut pas dire que ce n'est important.

Je vais aussi parler des défis qui se présentent et des tensions qui surgissent relativement à l'implantation de notre programme dans la communauté. Je vais aussi vous exposer le côté plus pratique de notre stratégie. Je vous expliquerai les stratégies que les communautés de la Colombie-Britannique expérimentent et essaient d'implanter au niveau local. Je vais aussi parler des aspects de la stratégie qui ont représenté un défi ainsi que des aspects qui ont eu un succès modeste. Je terminerai en vous faisant part de mes impressions et en vous livrant une petite réflexion.

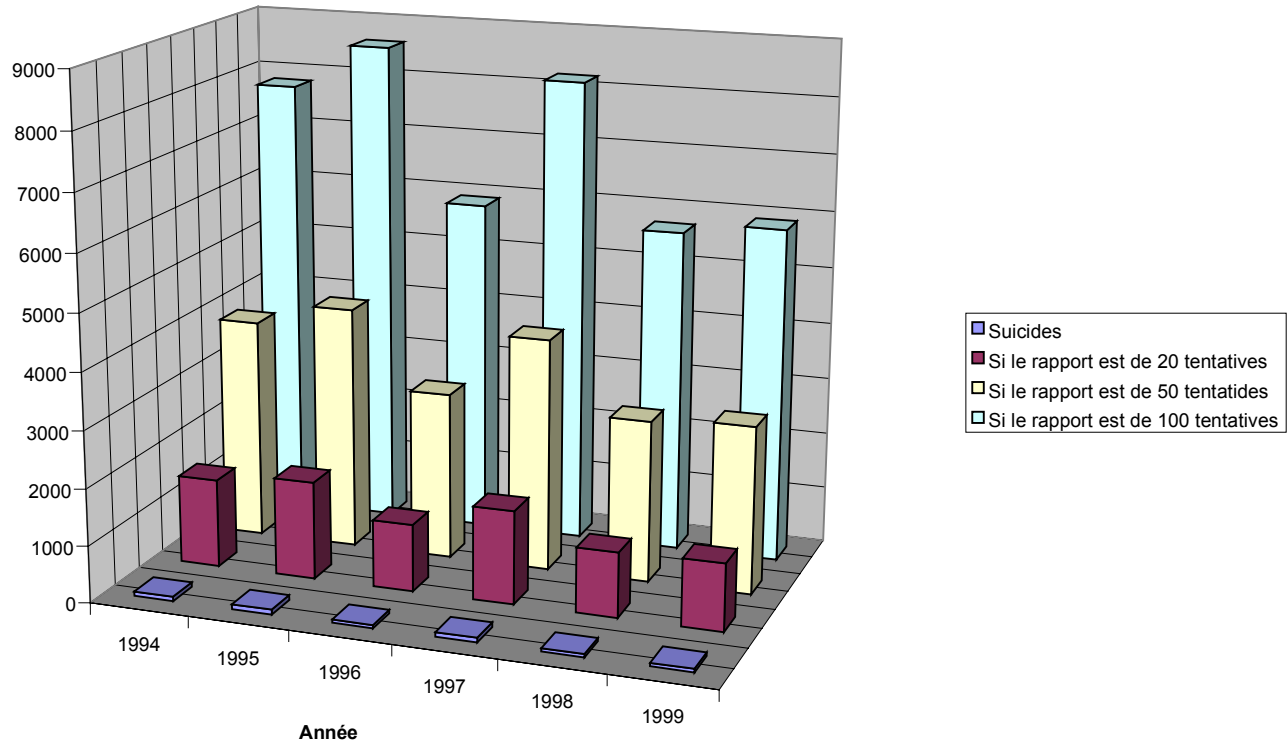
LE CONTEXTE



Le graphique reproduit ici vous est probablement familier si vous travaillez dans le domaine de la prévention du suicide chez les jeunes. Ce graphique représente le taux de suicide par 100 000 habitants en Colombie-Britannique en 1960 et en 1990. On peut remarquer une nette progression du suicide durant ces trente années. Je crois que c'est une situation extrêmement dramatique pour les jeunes Canadiens.

Quelques statistiques

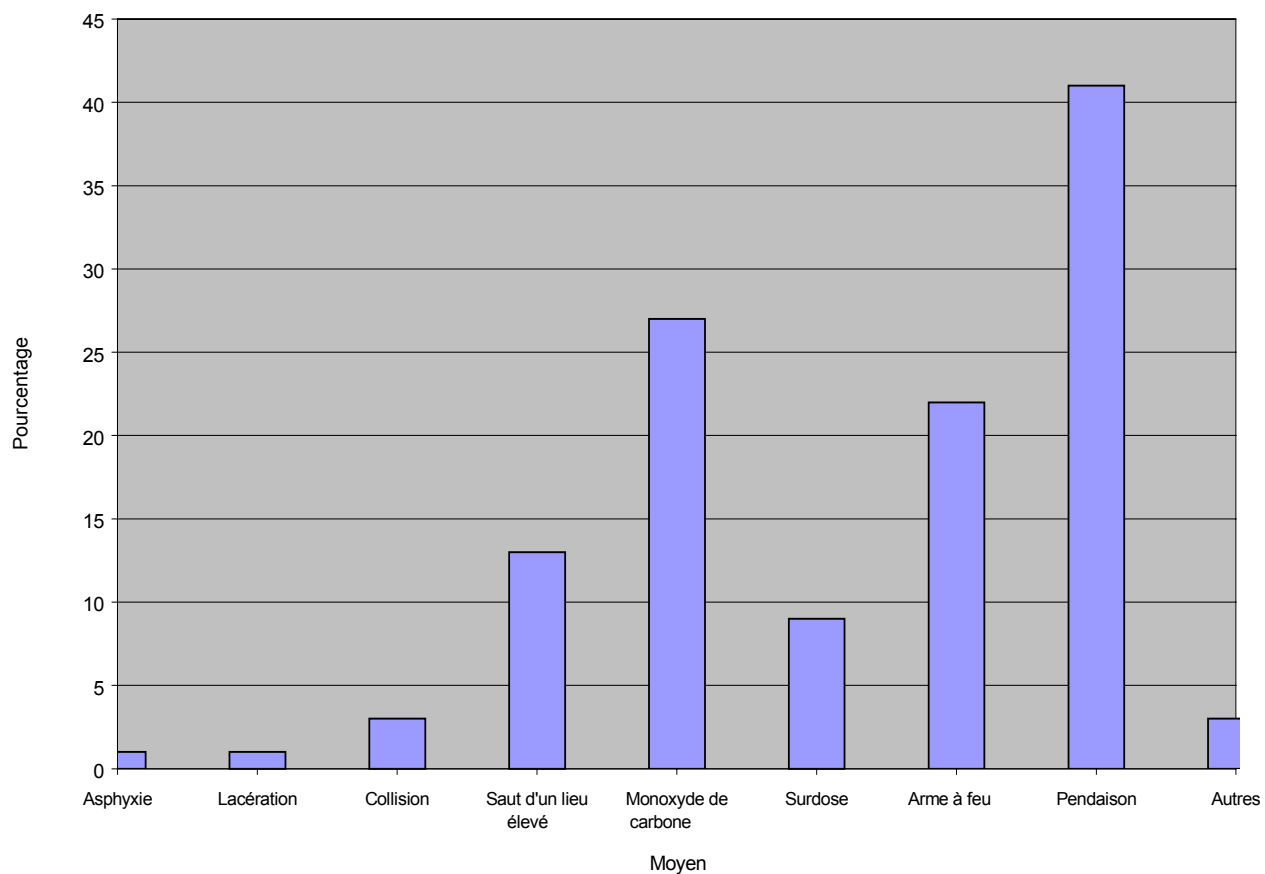
Projection du nombre de tentatives de suicide en Colombie-Britannique pour les jeunes de 24 ans et moins (1994 - 1999)



Quand nous parlons de l'importance du problème du suicide, nous ne pouvons certainement pas oublier le nombre de jeunes qui ont déjà tenté de se suicider. Une recherche récente a démontré que, pour un suicide, il y a eu cent tentatives. En Colombie-Britannique par exemple, il y a probablement eu 8 000 tentatives en 1997, car le nombre de suicides s'est élevé à 80. Je crois que, si nous voulons savoir quelle est l'importance réelle du problème du suicide, nous devons tenir compte des suicides manqués et des comportements suicidaires. Je ne sais pas comment cela se passe ici mais, chez nous, il y a beaucoup de personnes qui croient que le suicide est un phénomène isolé et qui n'arrive pas souvent. Donc, pour ces personnes, le suicide n'est pas un problème grave. Cette conviction contribue à diminuer l'importance réelle du problème et nuit aux tentatives sérieuses pour le régler. Nous devons attirer l'attention des gens sur ce fait.

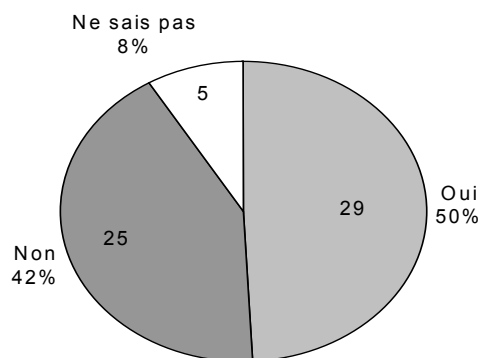
En Colombie-Britannique, nous avons une entente avec le Bureau du coroner, laquelle entente nous permet d'amasser des données sur les suicides en y intégrant différentes dimensions psychosociales.

Moyen utilisé par suicide en Colombie-Britannique pour les jeunes de 24 ans et moins

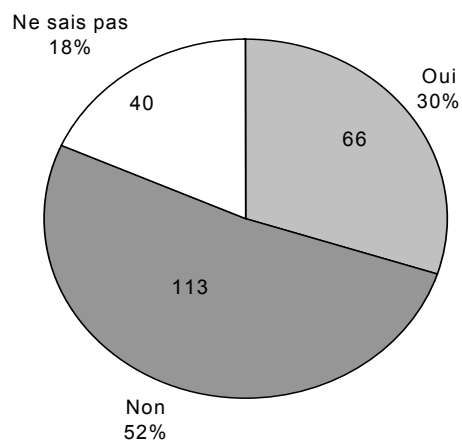


Je ne sais pas quels sont les moyens utilisés au Québec mais, en Colombie-Britannique, c'est certainement la pendaison qui est la méthode la plus employée. Les suicides à l'aide d'une arme à feu viennent en deuxième place.

Femmes de 24 ans et moins ayant reçu de l'aide pour des problèmes de santé mentale dans l'année précédant leur décès



Hommes de 24 ans et moins ayant reçu de l'aide pour des problèmes de santé mentale dans l'année précédant leur décès



Une question que nous nous posons souvent à la suite de suicides était : Combien de ces personnes ont consulté une personne-ressource dans l'année précédant leur décès ? Cette aide pouvait provenir des hôpitaux, des centres de services communautaires ou bien d'un centre de désintoxication dans le cadre d'une cure. Ce que nous avons observé est que seulement 30 % des hommes avaient demandé de l'aide pour un problème de santé mentale. Pour les femmes, ce taux s'élève à 50 %. Ces résultats attirent notre attention sur la différence qui existe entre les hommes et les femmes particulièrement en ce qui concerne la recherche d'aide. Je crois aussi qu'ils soulignent le fait que nous ne pouvons attendre que les personnes qui ont besoin d'aide en fassent la demande dans nos services de traitement, car elles sont nombreuses à ne vouloir consulter aucun organisme. Cette situation témoigne du besoin d'une approche communautaire plus fraternelle ; pour cela, il faut augmenter le nombre de gens qui sont capables de détecter et d'aider les jeunes qui souffrent ou qui sont dans la détresse.

Une initiative gouvernementale

Notre programme a été mis en place par le gouvernement provincial de la Colombie-Britannique, plus précisément par le ministère de l'Enfance et de la Famille. Il est actuellement sous la responsabilité du Département de psychiatrie de l'Université de la Colombie-Britannique. Ce programme est géré en tenant compte du fait que des actions efficaces en ce qui a trait à la problématique du suicide requièrent une participation active au niveau local et une grande autonomie, car c'est la communauté qui va décider ce qu'elle fait.

Une histoire marquée de tensions

Pour moi, l'histoire de la prévention du suicide est une histoire de tensions que chacun d'entre nous expérimentera sans doute dans son domaine de travail. En effet, le gouvernement, à cause d'impératifs politiques, décide ce que nous devons faire pour régler le problème et ces décisions doivent être respectées.

Du côté des universités, les chercheurs ont intérêt à appuyer leur action sur des preuves et, pour eux, aucune action ne devrait être entreprise si elle ne découle pas des résultats de la recherche.

Par ailleurs, les écrits sur la santé mentale préconisent de traiter ce problème social dans la communauté où il prend place et l'expérience du personnel qui travaille en santé publique confirme le bien-fondé de ces recommandations. C'est dans cette optique que nous travaillons. Il n'est pas étonnant de trouver quelquefois ce travail difficile et il n'est pas étonnant non plus que nous ne soyons pas tous solidaires, car il y a de multiples façons de percevoir le suicide et autant de manières d'agir pour traiter ce problème. Nous essayons tous d'agir de différentes façons pour enrayer ce fléau ; parfois nos intérêts nous unissent et nous font croire que notre stratégie est la meilleure, alors qu'à d'autres moments, l'incompréhension née d'un point de vue différent du problème prévaut.

LE CENTRE DE RESSOURCES ET D'INFORMATION SUR LA PRÉVENTION DU SUICIDE

Le soutien régional et la consultation

Il est utile, en Colombie-Britannique, de pouvoir compter sur une ressource centralisée. Le Centre de ressources et d'information sur la prévention du suicide essaie de coordonner une vision et une direction vers lesquelles nous pouvons tendre. Une autre fonction du Centre est de faire en sorte que les personnes travaillant dans la communauté aient de bonnes ressources, une bonne information et des données fiables pour appuyer leurs décisions. Tous nos efforts visent à soutenir l'implantation d'une approche globale de prévention du suicide chez les jeunes. Nous le faisons de nombreuses façons, par exemple en produisant du matériel et des documents de même qu'en amenant les gens à se concerter, comme vous le faites aujourd'hui. Nous avons aussi publié un manuel des « meilleures pratiques ». Une bonne partie de l'information que je vous transmets aujourd'hui provient de ce manuel. Nos stratégies sont très prometteuses. De fait, lorsque nous y parlons d'action précoce ou bien de promotion de la santé mentale, nos stratégies sont faites pour aider les communautés, c'est-à-dire pour des actions au niveau local.

La compilation des données et le transfert des connaissances

Un autre point fort de notre centre a trait à nos bonnes relations avec le Bureau du coroner de la Colombie-Britannique. Nous avons ainsi la possibilité d'amasser des données et de les faire connaître aux planificateurs régionaux. La possibilité de transmettre l'information de façon à la rendre accessible a été très utile. Nous menons aussi d'autres actions sur le plan éducatif. Nous avons récemment préparé un document portant sur les paramètres des pratiques.

La coordination et la planification sur le plan provincial

Finalement, l'idée d'avoir une vision provinciale est de permettre à toutes les personnes travaillant à la prévention du suicide de bien coordonner leur travail. Nous avons réussi, par différents moyens, à amener les gens à travailler ensemble. La meilleure façon d'intéresser les gens à la prévention du suicide est de tenir une réunion comme celle-ci où les personnes qui travaillent dans différents secteurs connexes à la prévention et qui ont des expériences différentes peuvent en faire part et apporter leur contribution. Je crois que le meilleur est à venir.

Nous avons fait beaucoup d'efforts pour favoriser la concertation provinciale. Nous avons organisé des événements de 1997 à 1999. Une fois de plus, je crois que l'idée de commencer à élaborer des stratégies et à faire en sorte que les gens travaillent ensemble dans une direction commune, tout en mettant en commun leurs connaissances et leur expérience, est une voie prometteuse. Le travail que vous effectuez au Québec se situe dans cette perspective.

D'autres efforts du Centre

J'ai réuni quelques exemples pour vous donner une idée du travail accompli jusqu'à présent. Nous avons organisé de nombreux ateliers d'entraînement pratique avancé. Nous avons effectué des sondages pour déterminer quels étaient les meilleurs projets de sentinelles en milieu scolaire. J'ai déjà parlé de la banque provinciale de données. Nous avons publié des bulletins d'information. Plusieurs croient que les bulletins ne sont pas très utiles ou tout simplement que les gens ne les lisent pas. Nous avons été ravis d'apprendre qu'il y a beaucoup de personnes qui ont bien reçu les bulletins que nous avons publiés. Le contenu de ces bulletins présente un certain nombre de perspectives. Par exemple, les survivants d'une tentative de suicide ou les proches d'une personne suicidée écrivent volontiers à propos de leur expérience respective. Nous avons aussi une unité de recherche. Nous avons également beaucoup d'histoires vécues et je crois

que, plus nous prendrons en compte le vécu des gens dans leur communauté, plus ces expériences bénéficieront à l'ensemble de la communauté. Nous avons été dernièrement les hôtes de la conférence de l'Association canadienne pour la prévention du suicide qui s'est tenue à Vancouver en octobre dernier. Certains d'entre vous y étiez peut-être.

LA PERCEPTION DU PROBLÈME

Pour moi, la perception du problème est un point important qui mérite que nous prenions le temps de nous y attarder parce que, même si nous ne partageons pas le même point de vue, nous essayons tous de comprendre la nature du suicide. Beaucoup de points de vue ont été considérés et le problème a été traité selon différentes approches. Il y a, entre autres, l'approche biomédicale, à partir de laquelle on voit le suicide comme un problème de santé mentale. Quand on considère le suicide sur le plan individuel, on le perçoit comme le problème d'une personne qui a des troubles de l'humeur graves combinés à l'abus de drogues et d'alcool. L'orientation du traitement va immédiatement répondre aux besoins particuliers de cet individu.

Une autre façon d'envisager le problème, dont nous entendons parler de plus en plus, est de considérer le suicide comme un problème qui prend naissance dans des contextes culturel, historique, social et politique donnés. À ce propos, il y a un travail extraordinaire qui est en train de se faire en Colombie-Britannique. Je ne sais pas s'il y a des personnes parmi vous qui ont lu les travaux de Chandler et de Lalonde, mais ceux-ci ont publié une recherche intitulée *Cultural Continuity as a Hedge against Suicide in Canada's First Nations*. Cette recherche attire notre attention sur le fait qu'en Colombie-Britannique, il y a des différences culturelles entre les 200 bandes aborigènes. Les auteurs ont noté que, dans certaines de ces bandes, il n'y avait pas de suicide ou très peu, alors qu'on trouve un très haut taux de suicides dans d'autres bandes. Ils ont découvert qu'il y avait une corrélation très forte entre les bandes qui ont fait de nombreuses démarches pour avoir leur propre gouvernement, pour décider de leur éducation, de leurs services de santé et de leurs services sociaux, pour créer leur service de police et conserver certaines de leurs traditions, et un très bas taux de décès par suicide. Il apparaît évident, selon les résultats de cette recherche, que le suicide n'est pas seulement un problème de santé mentale.

Il ne suffit pas de reconnaître le problème du suicide comme le problème d'un individu, il faut aussi le placer dans son contexte pour le comprendre. Il faut éviter d'isoler certains éléments explicatifs du problème du suicide et limiter de ce fait les actions possibles.

Le modèle écologique

Les composantes principales de la problématique suicidaire sont son caractère individuel combiné à son existence dans un contexte socioculturel déterminé. Nous ne pouvons comprendre le suicide sans considérer ces deux approches. Nous avons essayé d'expliquer cette complexité en utilisant un modèle écologique. Pour beaucoup d'entre vous, cette façon de considérer le comportement des êtres humains est familière. Dans notre cas, nous parlons de jeunes individus progressant au sein de leur famille, avec leurs pairs, dans leur école, leur communauté, un contexte socioculturel et, à plus grande échelle, un environnement. C'est très difficile, dans ce genre de réseau de démontrer que les différents éléments constituants interagissent les uns avec les autres. Il est important de reconnaître que, si les divers éléments constituants n'ont pas de rapports directs entre eux, cela ne veut pas dire qu'ils ne sont pas interactifs ni qu'ils ne subissent pas les influences des uns et des autres.

UN RÉSUMÉ DE LA RECHERCHE SUR LES FACTEURS DE RISQUE ET LES FACTEURS DE PROTECTION

Nous croyons que, pour bien comprendre le problème du suicide, il faut le considérer comme un comportement qui s'inscrit dans un contexte déterminé. Nous savons qu'il y a des facteurs de risque dans tous les éléments constituant le modèle écologique. Je ne veux pas me répéter parce que je sais que vous êtes un auditoire pour qui ces facteurs sont probablement très familiers, mais je vais vous donner seulement quelques exemples de facteurs de risques importants dans le modèle écologique.

Les facteurs de prédisposition : une porte ouverte à la vulnérabilité

Les facteurs de prédisposition sont les facteurs de risque généralement associés à une plus grande vulnérabilité. Nous savons tous que ceux-ci incluent le fait d'avoir déjà effectué une tentative de suicide ou d'avoir une existence dominée par une dépression grave ou des troubles mentaux. Nous savons aussi que, dans les familles qui ont déjà eu des cas de suicide ou de comportement suicidaire, ces antécédents familiaux peuvent prédisposer les jeunes à percevoir le suicide comme une option en temps de crise. Nous savons également que les jeunes qui sont socialement isolés et qui n'ont pas accès à des services d'aide peuvent être vulnérables. Les jeunes qui ont toutes sortes de problèmes ou de déceptions et qui vivent une longue période d'événements malheureux peuvent aussi être vulnérables ainsi que les communautés qui ont été marginalisées. Cette énumération montre que les facteurs de prédisposition au suicide n'existent pas seulement sur le plan individuel, mais qu'ils se retrouvent dans tous les éléments du modèle dont nous avons parlé. Ces facteurs ne sont pas particuliers au suicide, mais ils peuvent prédisposer les jeunes à d'autres problèmes sociaux, ce qui vient encore démontrer la nature interactive du modèle écologique. Les facteurs de prédisposition peuvent pousser un jeune à abuser de l'alcool ou de la drogue, à devenir violent ou, encore, à rater son année scolaire. Ces faits confirment l'importance de joindre nos forces aux efforts de ceux qui font déjà du travail de prévention dans la communauté.

Les facteurs de contribution : l'exacerbation des risques existants

Par ailleurs, nous savons qu'une partie des facteurs de prédisposition peuvent exacerber les risques de suicide. Ceux-ci incluent par exemple le fait d'avoir un style de vie qui favorise une perception grise de la réalité et le fait d'abandonner très rapidement devant un problème. Les jeunes personnes qui n'ont pas vraiment d'aptitude à faire face à une situation problématique et celles qui souffrent de dépression ou qui sont affligées d'autres facteurs de contribution, tels que l'abus d'alcool et de drogues, font partie de la population à risque. Toute la question entourant l'orientation sexuelle peut aussi être considérée comme un facteur de contribution. Il est important d'être clair à ce sujet : ce n'est pas le fait d'être gai ou lesbienne ou transsexuel qui doit être considéré comme un facteur de risque, mais c'est plutôt le fait de dévoiler son état et de devoir affronter un environnement homophobe qui, dans beaucoup de cas, crée le risque. Il faut être conscient de cela. Les enfants et les adolescents qui sont impulsifs et qui peuvent agir très rapidement, sans penser aux conséquences de leurs actes, les jeunes qui sont très perfectionnistes et qui, de ce fait, visent toujours à réussir de manière optimale ainsi que les jeunes qui viennent d'un milieu familial violent font aussi partie de la population à risque.

J'ai distingué les facteurs de prédisposition et les facteurs de contribution pour me permettre de souligner que tous ces facteurs peuvent coexister et interagir les uns avec les autres. Il n'y a pas seulement un facteur qui peut pousser un jeune au suicide. Les différents facteurs mentionnés plus haut tendent à interagir les uns avec les autres et ils produisent de la sorte un effet d'exacerbation.

D'autres facteurs de contribution peuvent faire augmenter le risque de se suicider ou rendre les événements plus difficiles qu'ils ne le sont déjà. Nous avons vu plus tôt un graphique qui montrait que les jeunes hommes ne consultaient que très rarement des personnes-ressources lorsqu'il s'agissait de dévoiler un problème de santé mentale dans l'année qui précédait leur suicide. Nous pouvons faire beaucoup pour changer ce genre d'attitude. Le fait pour des jeunes de fréquenter d'autres jeunes qui ont une faible capacité d'adaptation peut contribuer à augmenter les risques. Il y a aussi l'incapacité de beaucoup de jeunes adultes à venir en aide à une personne en difficulté qui rend plus complexes des situations déjà difficiles.

Nous connaissons tous le rôle d'« oiseau de malheur » des médias. Malheureusement, nous avons assisté tout dernièrement à une série de suicides à Vancouver. Deux jeunes, en particulier, qui ont sauté du haut d'un pont ont fait la page couverture d'un journal local. On a publié non seulement les photos des deux jeunes, mais aussi la photo du pont d'où ils ont sauté ainsi que la description de la manière et du moment choisis. De plus, le journal a reproduit les notes laissées par les deux jeunes gens accompagnées d'un titre très simpliste. Nous pensons, à propos du rôle des médias, qu'il ne devrait pas y avoir de reportage sensationnaliste à propos d'un suicide sur une page couverture. Les médias ont à mieux assumer leur responsabilité civique. Ils ne devraient pas décrire les méthodes employées ni répéter la nouvelle trop fréquemment. De plus, je crois fermement que d'autres jeunes qui se font harceler et taxer à l'école peuvent s'identifier à ces jeunes suicidés. C'est très malsain et potentiellement dangereux de parler du suicide d'une manière aussi sensationnaliste. Nous avons beaucoup de travail à faire avec les médias. Il faut les encourager à être plus responsables. Bien sûr, il y a de bons reportages mais, la plupart du temps, je ne vois que de mauvais reportages.

Les facteurs de déclenchement : la goutte qui fait déborder le vase

L'autre sorte de facteurs dont nous devons tenir compte sont les facteurs de déclenchements. Ce sont les éléments qui vont déclencher l'événement suicidaire. Voici quelques exemples de facteurs de déclenchement qui vous sont sûrement déjà familiers : le sentiment d'avoir eu un gros échec, l'humiliation, la perte ou le décès de quelqu'un de proche et, encore une fois le fait pour les jeunes étudiants d'être harcelés ou d'être rejetés à l'école. Nous trouvons aussi comme facteur de déclenchement les problèmes de discipline à l'école ou avec la loi. Tous ces éléments peuvent servir à déclencher le comportement suicidaire. Malheureusement, cette information est trop incomplète pour que nous puissions comprendre le suicide dans son ensemble. Nous avons à comprendre la manière dont interagissent tous les facteurs pour arriver à éclaircir la problématique du suicide.

Les facteurs de protection : la réduction du risque

Il ne faut pas essayer de comprendre le suicide en regardant seulement les facteurs de risque. Je crois que, pour faire un meilleur travail, nous devons considérer les facteurs de prévention. Nous allons améliorer nos résultats en matière de prévention du suicide si nous portons attention à ce qui constitue le ressort psychologique des jeunes. Le ressort psychologique peut être considéré comme la faculté de faire face à des risques, à des problèmes ou à l'adversité. Notre programme offre des possibilités de développer le ressort psychologique, par exemple en permettant aux enfants d'acquérir des aptitudes particulières pour la résolution de problèmes et en leur apprenant à être tenaces face à l'adversité. Nous pouvons les aider à maîtriser les pensées négatives qui les préoccupent. En leur apprenant à acquérir certains comportements, nous pouvons les aider à reconsidérer certains événements. De plus, nous pouvons aider les parents, les familles et les acteurs du milieu scolaire à comprendre qu'ils peuvent faire beaucoup pour l'acquisition ou le développement du ressort psychologique chez les enfants et les adolescents, en suscitant des occasions de vivre des relations interpersonnelles satisfaisantes. Ces éléments peuvent réellement constituer un frein aux facteurs de risque.

Le modèle écologique nous permet de saisir à la fois les interactions des différents facteurs et la complexité du problème du suicide. Heureusement, ce modèle attire notre attention sur les aspects sur lesquels il est pertinent d'intervenir. La raison pour laquelle je m'étendrai sur ce sujet est qu'il existe beaucoup d'outils qui peuvent nous aider à réfléchir. Je crois que plusieurs d'entre nous, et plus particulièrement les personnes qui travaillent sur la ligne de front et qui passent leur temps à faire des interventions, n'ont pas très souvent l'occasion de prendre du recul. Heureusement, c'est une chance pour nous, aujourd'hui, de penser collectivement à ce que nous connaissons de ce problème et de commencer à dire que c'est tel type de travail ou d'action qui va faire une différence. Nous pouvons déterminer les aspects sur lesquels il convient de concentrer nos énergies.

Si nous voulons vraiment faire la promotion des facteurs de protection auprès des jeunes pris individuellement, dans la sphère familiale, à l'école et dans la communauté, nous entrons dans le domaine de la promotion de la santé mentale. Voilà pourquoi nous faisons une sorte de programme universel destiné à promouvoir le développement d'aptitudes et le bien-être personnel.

C'est à la phase de l'intervention précoce que nous reconnaissons qu'il y a des facteurs de prédisposition et des facteurs de contribution. Par exemple, nous savons qu'un enfant qui provient d'une famille brisée ou qui a subi la perte d'un proche est à risque, c'est-à-dire qu'il peut connaître un grand nombre de problèmes. Il est alors opportun d'agir à cette phase.

Lorsqu'un enfant en est rendu à l'étape des facteurs de déclenchement, nous sommes à la phase d'intervention. C'est à ce moment que nous essayons de répondre à ses besoins criants afin de diminuer les risques imminents d'autodestruction. Quand nous travaillons à long terme avec les enfants dans le milieu médical, nous sommes à la phase de traitement. Il a été très utile pour nous de distinguer ces différentes phases et les différentes raisons qui motivent notre travail. Nous avons quelquefois tendance à considérer toutes ces phases comme des actions de prévention.

Ce que j'espère avoir accompli en vous parlant de ce que nous faisons est de vous inciter à penser à vos propres efforts pour diminuer les facteurs de risque et augmenter les facteurs de protection. De même, il est important de réfléchir à la manière dont tous ces éléments interagissent les uns avec les autres et à l'influence de chaque sphère du modèle écologique sur les autres. Je crois fermement qu'il n'y a aucune stratégie particulière qui va régler le problème. Nous pensons, en Colombie-Britannique, que la communauté a besoin d'utiliser de multiples stratégies pour qu'à long terme il y ait une amélioration de la situation. Il existe de nombreuses façons d'y parvenir. Il est certain qu'une seule et unique stratégie ne réussira pas à changer la situation.

Savez-vous combien de fois nous avons affirmé que la prévention du suicide doit être une responsabilité communautaire ? Et nous sommes tous d'accord avec cette affirmation. Nous croyons que ce n'est réellement pas un domaine réservé aux spécialistes ou aux professionnels de la santé mentale. Nous le disons, mais très souvent nous n'incluons pas l'activité communautaire dans nos efforts pour essayer de réduire le nombre de suicides ou nous ne développons pas le partenariat nécessaire pour y arriver. Si nous pensons sincèrement que le suicide est une responsabilité communautaire, nous devons nous demander qui participe aux discussions sur cette question dans notre communauté. Avons-nous fait une place aux citoyens ? Je pense aussi aux survivants. D'ailleurs, les parents qui ont perdu un enfant et qui ont fait de la prévention du suicide leur propre cause ont accompli un travail magnifique en Colombie-Britannique. Je crois qu'il y a une place importante pour ces gens dans la prévention du suicide. Ils ont apporté une perspective totalement différente à notre travail. Ce sont des voix que nous avons besoin d'entendre et il faut les écouter. Nous devons aussi créer un espace pour les citoyens et tous ceux qui se préoccupent de cette question dans la société. J'ai peur quelquefois que la prévention du suicide ne devienne une question réservée aux spécialistes qui tiennent des beaux discours alors qu'en même temps, nous affirmons qu'il

faut travailler collectivement dans les communautés. Nous avons le défi de trouver différentes façons d'associer tous les gens concernés par la problématique du suicide.

J'aimerais amener ici une note positive. Nous disons que c'est un problème complexe, qu'il requiert de multiples stratégies et que nous n'avons pas encore toutes les connaissances voulues pour le régler. Quelques fatalistes affirment même que rien ne peut être fait. Nous avons à acquérir de la confiance et de l'assurance, car nous connaissons déjà beaucoup d'éléments qui sont associés au problème du suicide. Les recherches qui ont été effectuées ont été grandement utiles pour nous guider dans la bonne direction. Nous connaissons la contribution positive des facteurs de protection, nous savons que nous devons y prêter attention au lieu de nous centrer seulement sur les facteurs de risque. Des études ont été publiées récemment sur des expériences qui ont apporté des preuves de la validité de certaines pratiques et qui nous éclairent sur les meilleures d'entre elles. Je crois fermement que les gens vont être d'accord avec l'idée que l'approche globale est la voie à suivre.

LE « PAYSAGE BORDÉLIQUE » DU DÉVELOPPEMENT ET DE L'IMPLANTATION DES MEILLEURES PRATIQUES EN PRÉVENTION DU SUICIDE CHEZ LES JEUNES

Je veux maintenant aborder l'action des différents acteurs dans la communauté en ce qui concerne les idées présentées dans le manuel sur les meilleures pratiques. Je vais essayer d'apporter des précisions sur les stratégies utilisées et de vous en montrer les effets bénéfiques. Je vous donnerai enfin des exemples qui vous montreront comment ces stratégies sont mises en œuvre.

Laissez-moi d'abord parler de ce j'appelle le « paysage bordélique » du développement et de l'implantation des meilleures pratiques pour la prévention du suicide chez les jeunes. De fait, cette expression englobe des gens qui travaillent en science, en politique, en recherche, ceux qui décident de politiques particulières et ceux qui travaillent sur la ligne de front. Chacun de nous doit travailler avec, en arrière-plan, ce qui est réellement un fouillis. Vous devez sûrement savoir de quoi je parle quand je dis *fouillis*.

L'état des connaissances en suicidologie

Nous devons considérer le fait que les connaissances dans notre domaine ne sont pas parfaites. Nous n'avons pas toutes les réponses et nous n'avons pas non plus de preuves irréfutables qui nous permettent d'affirmer avec certitude que ce que nous faisons va nous amener à réduire le nombre de suicides dans la population. Ce qui explique en partie cette méconnaissance, c'est qu'il est difficile d'évaluer les stratégies utilisées dans notre domaine, car ce que nous tentons de comprendre est à la fois « un non-événement » et un phénomène réellement complexe. Les preuves que nous avons accumulées sont quelquefois contradictoires et souvent incomplètes. Il est donc difficile de prétendre savoir précisément ce qui doit être fait. Comme je l'ai mentionné auparavant, le problème se complique du fait qu'il est présent dans diverses sphères du modèle écologique. Donc, il n'y a pas seulement qu'un moment où il faut agir, il ne faut pas l'oublier. Selon de nombreux points de vue, les voies ne sont pas linéaires ; il n'y a pas une ligne droite que nous pouvons interrompre et dire : « Voilà, on a prévenu un suicide. »

Je suis profondément convaincue qu'il y a un manque de clarté en ce qui a trait aux concepts. Nous parlons de suicide, de tentative de suicide, de parasuicide, d'idéation suicidaire. Nous utilisons ces termes de façon vraiment différente selon la situation. Nous parlons également de faible risque, de risque moyen et de risque élevé de façon tout aussi différente. À l'école, le personnel et les jeunes entendent parler de détection des risques, mais il faut savoir que les centres d'aide dans la communauté n'ont pas la même notion de risque très élevé, ce qui crée un problème au jeune qui va de l'école au centre d'aide

communautaire. Comme je l'ai déjà dit, le suicide est un événement peu fréquent, ce qui rend plus difficile l'évaluation et la détermination de ce qui fonctionne le mieux.

Les tensions actuelles

Un autre problème lié à notre travail et que nous connaissons tous, réside dans les tensions dues à la distinction des causes du suicide qui, pour certains, est associé à un trouble mental et, pour d'autres, est une réponse à un environnement social stressant et dur. Ce sont des tensions nées de deux perspectives différentes du phénomène, l'une individuelle, l'autre sociale. D'autres tensions existent entre ceux qui travaillent à la prévention et ceux qui travaillent au traitement, entre ceux qui font des prédictions et ceux qui préconisent la compréhension, et entre théoriciens et praticiens. Toutes ces tensions sont des réalités dont nous devons tenir compte pour faire avancer les choses et nous devons croire qu'elles peuvent être parfaitement résolues. Nous nous retrouvons toujours au milieu de ces constats en essayant de trouver ce qui manque pour éliminer les tensions. Je veux attirer votre attention sur le fait que ces tensions ne seront pas diminuées ou éliminées sans quelques réserves et, dans certains cas, sans contestation. Un forum comme celui qui se tient présentement nous donne une occasion de réfléchir à ces enjeux, de poser des questions dérangementes et de nous étonner de découvrir peut-être la meilleure voie à suivre.

LES MEILLEURES PRATIQUES

Nous devons être conscients du fait que le suicide et les comportements suicidaires ne sont pas un simple problème technique auquel nous pouvons appliquer une solution une fois pour toutes. Il nous arrive quelquefois de croire, en nous fondant sur des décisions basées sur les preuves et sur les meilleures pratiques, que nous avons la solution et que nous n'avons qu'à l'appliquer pour résoudre le problème. Je pense au domaine de la médecine où l'aide relève davantage de l'enquête scientifique que du jugement fondé sur l'observation. Cette façon de procéder est un peu plus précise et a l'avantage d'être un peu plus claire en plus de permettre la vérification de ce qui marche bien dans tel ou tel genre d'environnement.

Quand nous parlons d'agir dans la communauté, à l'école, dans la famille et dans la population en général, les choses deviennent un peu plus compliquées et il est difficile de savoir ce qui marche réellement, même si nous disons que les meilleures pratiques, les meilleurs programmes et les meilleures activités que nous mettons en œuvre s'appuient sur les preuves les plus concluantes de ce qui marche. Nous devons faire attention à la notion de preuve, qui peut soulever encore des questions, et nous devons faire attention aussi à ce que nous voulons dire. Notre champ de travail évolue constamment et nous nous devons de tenir compte de ce que la documentation nous dit actuellement sur les meilleures chances de succès quant aux changements souhaités et quant à la façon d'accorder nos opinions et ces idées dans la conjoncture actuelle.

Des stratégies de prévention du risque avant l'acte

Les différentes stratégies que nous proposons dans notre manuel des meilleures pratiques sont vraiment dans l'esprit d'intervenir avant l'acte. Ce sont des actions que nous pouvons faire longtemps avant qu'une personne soit qualifiée de suicidaire. Au moment où nous reconnaissons que quelqu'un est suicidaire, ou si une personne a déjà fait une tentative de suicide ou révèle qu'elle a déjà envisagé de se suicider, nous sommes dans le domaine de l'évaluation et du traitement, il s'agit alors d'une personne aux prises avec des problèmes associés au suicide. Lorsque je dis qu'il faut agir avant l'acte, je parle d'intervention plus précoce, de ces actions et de ces stratégies qu'on dit efficaces avant la détection de l'idéation suicidaire.

Les groupes cibles

Normalement, les efforts de prévention se font auprès de populations ou de groupes et ne visent pas un individu en particulier. Il est important de faire attention à la distinction que j'apporte. Le niveau de risque par rapport au suicide est une sorte de continuum. Nous intervenons auprès de groupes de personnes ou de populations chez qui les risques de suicide n'ont pas encore été décelés ou chez qui des signes précurseurs indiquent un risque potentiel mais pour qui le suicide ne constitue pas encore un problème.

La promotion de la santé mentale

Quand il est question de prévention, une idée ressort, c'est la promotion de la santé mentale. En Colombie-Britannique, s'est déroulé un vaste processus de concertation provinciale. En 1997, nous avons rassemblé des gens - un peu comme vous aujourd'hui - travailleurs sur le terrain, décideurs régionaux, personnes du milieu scolaire, fonctionnaires et politiciens, et nous avons dressé un modèle préliminaire d'intervention pour faire la promotion de la santé mentale sur tout le territoire. Des commentaires favorables à cette démarche nous ont encouragés à poursuivre dans notre voie. L'engagement a été pris d'établir une stratégie concertée pour arriver à mettre les idées en pratique. Dans le manuel des meilleures pratiques, il y a beaucoup de graphiques, d'exemples présentés de façon à ce que les écoles ou les communautés puissent les utiliser. À plusieurs reprises durant cette réunion, les participants ont demandé que les moyens proposés soient concrets afin qu'ils soient capables de les utiliser au cours d'activités de promotion de la santé mentale.

Quand nous parlons d'actions pour la promotion de la santé mentale à une population donnée ou à des groupes, nous faisons la promotion des facteurs de protection. Les actions précoces sont une autre façon d'intervenir. Il y a une quinzaine de stratégies différentes répertoriées dans la documentation sur le sujet. Certaines d'entre elles sont scientifiquement prouvées et ont été mises au point dans un cadre expérimental très rigoureux. Mais, très souvent, il n'est pas possible d'atteindre ce niveau de preuve dans notre champ de travail. Les personnes travaillant dans ce domaine et les experts communiquent peu entre eux ou font souvent des extrapolations à partir de ce que les campagnes de prévention portant sur d'autres thèmes, l'abus d'alcool et de drogues par exemple, peuvent leur apprendre sur ce qui est réellement efficace dans les écoles et dans les communautés.

Nous avons regroupé les meilleures pratiques en trois catégories différentes. J'en ai retenu quatre qui concernent directement la famille ; quatre qui s'adressent principalement à l'école et six qui visent la communauté. Ces pratiques s'intègrent dans les contextes dans lesquels nous travaillons ; nous pouvons rencontrer individuellement le jeune et sa famille ou, encore, nous allons dans les écoles et dans les communautés. L'idée maîtresse est que nous voulons aborder le problème selon différents points de vue.

Les stratégies que je vous présente sont, je crois, promises à un grand succès. La promotion de la santé mentale en parle ; les interventions précoces en parlent. Je vous les présente en espérant vous encourager à faire ce que vous faisiez déjà et renforcer vos convictions d'être sur la bonne voie. J'apporterai de nouveaux éléments pour préciser ce qu'il est le plus avantageux d'utiliser. Je suis consciente du fait que ce sont des approches qui ont peut-être déjà été conçues ou utilisées ici. Je voudrais cependant insister sur le fait que nous devrions mettre en œuvre toutes ces stratégies de façon graduelle, parce que les communautés ne sont pas toujours prêtes à s'investir dans ce travail. C'est plutôt de façon séquentielle que les interventions se font. C'est de cette façon que j'aimerais que vous considériez les interventions simultanées que nous menons actuellement.

Les jeunes et la famille

L'acquisition de compétences générales

Nous savons pertinemment que nous devons aider les jeunes à acquérir ou à accroître leurs aptitudes à résoudre des problèmes et à persévérer dans la résolution de ces problèmes, à acquérir les compétences nécessaires pour prendre de bonnes décisions ainsi qu'à apprendre à gérer leurs émotions à l'occasion d'une perte. Des interventions à cet effet sont actuellement en cours dans le cadre d'un projet pilote que nous avons conçu pour les jeunes de sixième année. Ces derniers reçoivent des leçons d'acquisition de compétences par des élèves plus âgés. Par exemple, les élèves de douzième année se rendent dans les classes des élèves de sixième et travaillent avec eux pour les aider à développer des aptitudes pertinentes pour la vie à l'école et la vie en général. C'est très amusant et enrichissant pour eux tous.

Sûrement beaucoup d'entre vous collaborent à des activités de sensibilisation au suicide. Parler du suicide en classe est une entreprise très controversée et qui est décriée par certains qui la considèrent comme potentiellement dangereuse.

La chose qui m'a le plus touchée à ce propos est le travail accompli par John Callefat. Selon lui, ce genre d'intervention devrait cibler les jeunes dans leur rôle d'acteur potentiel. Quand nous parlons à ces jeunes, que ce soit dans des classes ou dans des groupes restreints, nous devrions toujours avoir à l'esprit notre groupe cible, c'est-à-dire les amis dont les jeunes s'inquiètent, les ressources vers lesquelles les diriger. L'information est moins directe que dans une réunion de sensibilisation au suicide regroupant des personnes qui se sentent dépressives ou suicidaires. Ces jeunes gens ont besoin de quelque chose de totalement différent. Nous pouvons, par exemple, combiner diverses activités visant l'acquisition d'aptitudes générales et de compétences, la promotion de la santé mentale, l'information sur les personnes-ressources qui peuvent aider un ami dont on s'inquiète et l'information sur les autres types de ressources dans la communauté.

Le soutien familial

Il y a des actions que nous pouvons entreprendre auprès des familles qui sont aux prises avec des adolescents turbulents à la maison ou qui causent des conflits. Ces stratégies donnent une occasion aux parents de se rassembler et de bénéficier du soutien que chacun peut apporter ou encore d'acquérir, eux aussi, certaines aptitudes. De bons programmes ont été mis en place en Colombie-Britannique. Quand nous rassemblons les parents, c'est l'occasion pour eux d'échanger leurs idées, leurs expériences relatives à ce genre de questions et d'apprendre les uns des autres.

Les groupes de soutien pour les jeunes

Les activités des groupes de soutien ne sont pas conçues pour les personnes suicidaires mais pour celles que nous croyons vulnérables, par exemple des jeunes qui viennent juste de subir une perte ou qui s'identifient à leurs parents qui viennent de divorcer ou bien des jeunes qui ont récemment rompu avec une amie de cœur ou un ami. Nous organisons ces groupes de soutien de façon à ce que les personnes puissent s'aider les unes les autres.

Le dépistage

Il y a des études qui soutiennent que le dépistage a de la valeur. Certaines écoles trouvent que c'est difficile de s'y engager à cause des frais afférents. Mais il nous faut aussi considérer que le suicide et les crises suicidaires ne sont pas des événements statiques. Quelqu'un peut ne pas être suicidaire mais, qu'il se produise quelque chose de dramatique et l'état de cette personne peut changer.

L'école

Les sentinelles

La première stratégie est celle des sentinelles. Tout le monde aura compris qu'il ne s'agit pas nécessairement de personnes aptes à donner des conseils sur la prévention ou à fournir un soutien médical. Cependant, en raison de leur présence auprès des jeunes et de leur relation avec ces derniers, elles peuvent remplir le rôle de sentinelle. Tous les employés de l'école - concierge, secrétaire, enseignants et agents de sécurité - peuvent se servir de ce qu'ils ont appris sur le suicide et les principaux facteurs de risque qui y sont associés et ainsi faire ce qui s'impose en cas de crise. Au cours de la réunion dont il a été question plus haut, une femme est venue me voir à la pause et m'a donné un bon exemple à ce sujet. Un jour, un jeune garçon qui avait des pensées suicidaires est venu la voir en dépit du fait qu'elle n'était pas une personne qui remplissait un rôle officiel d'intervenante sociale. Elle a reçu le jeune et l'a aidé. Le garçon a semblé rassuré par ses échanges avec elle. Nous devrions rappeler aux enseignants l'importance d'être disposés à l'écoute, parce que certains d'entre eux disent que ce n'est pas leur travail, qu'ils ne veulent rien savoir à ce sujet ou que ce n'est pas un domaine où ils se sentent à l'aise. Mais, nous le savons tous, il y a beaucoup de jeunes qui vont les consulter en dépit du fait que cela ne fait pas partie de la description officielle de leur tâche.

Les programmes de pairs aidants

La stratégie des pairs aidants contribue à un climat scolaire qui réduit le sentiment d'isolation. Dans nos projets, il y a beaucoup d'exemples de bons programmes de pairs aidants qui ne sont pas particuliers à un programme de prévention du suicide. Beaucoup de ces stratégies n'ont pas le terme *prévention du suicide* dans leur titre. Plus les campagnes de prévention du suicide prendront différentes formes pour promouvoir le bien-être des jeunes, mieux ce sera.

Les programmes de pairs aidants sont des exemples de programmes qui peuvent s'appliquer à différents problèmes. Il y a eu des réalisations très intéressantes dans certains milieux où les jeunes ont nommé des personnes qu'ils iraient naturellement consulter s'ils avaient un problème majeur. Ce qu'il y a de bien, c'est qu'ils n'ont pas nommé que des amis mais aussi un monsieur Tremblay ou une madame Girard. Dans beaucoup de cas, le conseiller de l'école en la matière n'était pas sur la liste ; c'est souvent le nom d'autres personnes qui apparaissait sur cette liste. Cet exemple montre qu'il faut essayer de savoir qui sont déjà des aidants naturels dans l'école. Nous pouvons ensuite rencontrer ces personnes, leur dire que les jeunes les ont choisies comme personnes-ressources et leur demander par la même occasion si elles veulent participer à des activités de prévention du suicide. Il y a beaucoup d'éléments novateurs qui ressortent de cette perspective. Il est important aussi que les conseillers sachent qu'ils ne sont pas nécessairement les personnes que les enfants seraient portés à aller voir pour chercher de l'aide.

La politique scolaire

Il s'agit ici de la politique scolaire relative au suicide, c'est-à-dire des principales actions à entreprendre en cas de tentative de suicide ou de suicide. Ces directives servent à préciser qui prendra la charge de communiquer avec les parents d'un jeune suicidé et comment l'information sera transmise aux élèves et comment les demandes d'information des médias seront traitées. Ces directives doivent être écrites et doivent clarifier qui fait quoi avant qu'une crise ne survienne. C'est très important pour l'école de disposer d'une équipe dans laquelle les rôles et les responsabilités de chacun sont clairement définis. Très souvent, les écoles ont une politique, mais personne ne sait de quoi il s'agit. Le personnel des écoles doit être au courant de la politique et en parler de temps en temps pour se tenir au courant de la question de façon plus générale.

Le climat dans l'école

La dernière stratégie concerne le climat scolaire. Il faut travailler à réduire le sentiment d'isolement et d'aliénation que certains peuvent ressentir. Il y a plusieurs façons de réaliser un tel projet. Nous donnons beaucoup d'exemples dans le manuel. Le plus important est de faire prendre conscience au personnel et aux jeunes du bien-fondé du respect commun, pour qu'ensemble ils décident quelle école ils veulent et pour qu'ils créent un milieu propice à sa réalisation.

La communauté

Les sentinelles

Les sentinelles dans la communauté ne sont pas très différentes des sentinelles à l'école. Ce sont des adultes qui travaillent avec des jeunes et qui peuvent se trouver dans des situations où ils ont à agir. Je pense à des gens comme les bénévoles, les policiers, bref, toutes les personnes susceptibles d'intervenir dans une situation donnée.

Sur le plan communautaire, il y a six stratégies qui semblent prometteuses.

Les mesures de précaution

Je crois que nous connaissons les mesures de précaution qui devraient contribuer à réduire le nombre de suicides, particulièrement en ce qui concerne le remisage sécuritaire des armes à feu et le rangement des médicaments. Nous pouvons faire beaucoup pour réduire l'accès à ces moyens létaux.

L'éducation des médias

Je vous ai donné plus tôt des exemples de quelques reportages peu appropriés par rapport à notre objectif de prévention du suicide. Il y a des études, je crois, qui indiquent que ces reportages pourraient influencer certains jeunes, particulièrement ceux qui sont déjà très vulnérables ou qui s'identifient à ces victimes à la suite d'un traitement médiatique très sensationnaliste dans les journaux ou à la télévision. Il y a toutefois quelques exemples de bons reportages. Dans ces cas, j'essaie d'encourager une telle attitude en prenant le temps d'écrire aux journalistes auteurs de ces reportages pour leur dire que j'ai réellement apprécié qu'ils aient adopté une attitude responsable relativement à ce genre d'événement. Récemment, à la conférence de l'Association canadienne pour la prévention du suicide, nous avons reconnu le travail de deux journalistes, un du *National Post* et l'autre d'un journal local. Ils ont prêté attention à nos préoccupations relatives aux reportages sensationnalistes et ils ont produit un bon reportage. Ils ont mentionné des ressources et ils ont proposé quelques solutions de rechange au suicide en donnant de l'information sur ce qu'il est bon de faire.

La participation des jeunes

En ce qui concerne la participation des jeunes, il ne s'agit pas seulement de réunir quelques jeunes dans un endroit communautaire et de se dire : « Ça y est, nous avons la participation des jeunes. » Il faut trouver des façons pour que les jeunes puissent vraiment faire leur part et travailler activement. Comme je l'ai déjà mentionné, ils participent à certains de nos projets en enseignant à des plus jeunes comment acquérir et développer des aptitudes générales. Ils ont fait beaucoup en produisant une brochure. Je crois qu'ils ont intérêt à jouer un rôle d'importance.

Les ententes de services

Les ententes de services ont trait aux arrangements que nous devons prendre avec les divers centres de services tels que les hôpitaux et les services de santé mentale. J'entends encore trop souvent des gens dire : « Ah oui ! Ah oui ! Nous avons une entente de services. » L'avantage d'une entente de services est de faciliter la communication directe et les rapports entre personnes, ce qui nous aide à croître et à prêter attention aux besoins des autres. Fondamentalement, une entente est établie pour réduire les perturbations autour d'une personne qui reçoit des services dans le réseau d'éducation ou de la santé. L'entente de services sert à faciliter la communication entre l'école, les services communautaires, les hôpitaux et la famille. L'école a un rôle majeur à jouer pour faciliter la vie aux personnes à risque. Par exemple, si un jeune a fait une tentative de suicide et qu'il a été absent pendant longtemps, l'école doit lui apporter son soutien d'une manière respectueuse et attentionnée.

Le développement communautaire

Finalement, au lieu de chercher à déterminer quelle est la meilleure stratégie, il faudrait probablement envisager d'établir un principe qui sous-tende toutes les actions dont il a été question. Le vrai principe du développement communautaire réside dans la participation des gens qui, en définitive, décident des priorités dans leur communauté. Il ne faut pas que ce soit des gens de l'extérieur de la communauté qui décident quoi faire et comment le faire. Ce sont les membres de la communauté qui doivent prendre les décisions, ceux qui veulent agir pour les jeunes et qui s'en préoccupent au point de se réunir et de participer à des discussions. C'est aux gens de la communauté qu'il revient de prendre des initiatives pour réduire les risques de suicide dans la communauté en général.

UN MOYEN SÛR EN PRÉVENTION DU SUICIDE : LA CONCERTATION DES EFFORTS FAITS DANS DIFFÉRENTS MILIEUX DANS UN CONTEXTE COMMUNAUTAIRE PARTICULIER

Je l'ai probablement mentionné assez souvent, mais j'insiste : nous avons trop tendance à vouloir appliquer simultanément la quinzaine de stratégies que j'ai présentées. Nous ne devons pas nous attendre à obtenir des résultats éclatants à court terme, car ce genre de mesures exige un certain temps pour être mises en place et il faut aussi du temps pour coordonner les efforts de tout le monde. Mais je crois que si nous avons une tribune qui nous permet d'expliquer notre façon de travailler, nous allons justifier plus facilement nos interventions. Les gens vont être plus ouverts à nos actions et les appuieront, car elles sont fondées sur un solide raisonnement. Cela nous a été très utile en Colombie-Britannique.

LES CARACTÉRISTIQUES DES PROGRAMMES EFFICACES DE PRÉVENTION

Je vous énumérerai quelques-unes des caractéristiques des programmes de prévention qui ont été couronnés de succès ; certaines ont déjà été mentionnées. Nous devons nous concentrer sur les facteurs de risque et de protection. Nous avons à travailler avec les jeunes et leur environnement. Nous ne devons pas penser que les risques sont associés seulement à la personnalité du jeune, nous devons aussi considérer son mode de vie et sa participation à l'école. Nous devons mettre l'accent sur l'acquisition et le développement d'aptitudes positives et nous devons concevoir le plus souvent possible des programmes à paliers multiples et avec de nombreux partenaires.

L'école est l'élément clé en matière de prévention du suicide chez les jeunes. Je ne crois pas que nous puissions entreprendre une campagne de prévention efficace sans la participation de l'école à titre de partenaire principal. Je veux insister sur le fait que les jeunes passent le plus clair de leur temps à l'école. Ceux qui travaillent à l'école ont déjà des relations avec les jeunes et, de ce fait, ils ont la possibilité de participer à bon nombre de programmes de pairs aidants.

Associer les pairs et les parents est toujours une bonne idée. Il faut intervenir le plus tôt possible. Il faut aussi intervenir fréquemment et sur une longue période. En matière de prévention du suicide, l'engagement est à long terme.

Il faut s'assurer que le personnel bénéficie d'une formation continue. Il faut aussi évaluer nos interventions le plus souvent possible. Si nous avons un cadre d'action, cela nous guide. Il faudrait être capables de prévoir clairement les résultats attendus d'un programme de pairs aidants et d'un programme de sentinelles sur le plan communautaire.

L'ensemble de ces caractéristiques devrait nous donner une idée de ce que nous recherchons comme indicateurs de succès.

APPLIQUER LES MEILLEURES STRATÉGIES : LES LEÇONS APPRISSES DES PROJETS PILOTES DANS LES DIFFÉRENTES COMMUNAUTÉS EN COLOMBIE-BRITANNIQUE

Nous avons retenu sept milieux pour implanter quelques-unes de nos stratégies en Colombie-Britannique.

Les principes directeurs

Nos projets ont été planifiés avec des autochtones dans des endroits plus reculés, dans différents milieux urbains et dans des communautés de taille moyenne. Conformément à l'esprit de notre manuel, nous voulions travailler suivant une approche globale. Nous voulions que les jeunes participent, que l'école soit un partenaire clé et qu'il y ait une volonté de participer à une évaluation. Une condition préalable était une grande autonomie communautaire. Nous avons un cadre d'action pour nous guider, mais ce cadre était suffisamment flexible pour permettre aux communautés de l'ajuster selon leurs propres besoins. Cette flexibilité était très importante et elle a permis aux diverses communautés d'apporter des idées innovatrices à nos projets.

Par exemple, dans une des régions très éloignées dont 80 % de la population est autochtone, on avait adopté, comme d'autres communautés, la stratégie des sentinelles et on travaillait à intégrer les jeunes dans la communauté. Toutefois, parce qu'il y avait eu un grand nombre de suicides l'année précédente, les membres de la communauté ont décidé ensemble d'afficher publiquement leur nom et leur numéro de téléphone, par exemple, Jennifer 874-6310, avec une invitation à toute personne en détresse de les appeler en tout temps – ce genre d'initiative n'était mentionné dans aucune stratégie. Ils ont découvert que cet engagement public de se soutenir mutuellement a fait changer l'attitude de la population qui a pris conscience qu'elle vivait dans une communauté sécuritaire et qui se souciait du bien-être de chacun.

C'est un exemple d'engagement positif très intéressant. Un tel type de projet ne fonctionnerait probablement pas dans un grand centre urbain, plus particulièrement avec les gens qui ont été habitués de se faire dire que c'était une intrusion dans la vie privée que de donner son numéro de téléphone à la maison. Dans le contexte particulier de l'exemple ci-dessus, c'était le point qui ressortait le plus souvent chez les personnes interviewées. Elles disaient que, de cette manière, elles faisaient quelque chose pour la communauté et c'était en quelque sorte une action de pairs aidants. Cette initiative a bien fonctionné, car

ce n'était pas une cellule de crise. Les personnes-ressources étaient connues et les gens en détresse pouvaient s'identifier à elles. Les appels ont été nombreux. C'est un excellent exemple pour montrer comment une communauté peut se prendre en main, décider pour les siens et intervenir pour réduire le niveau d'anxiété. Il y a eu beaucoup de tragédies l'année précédente mais, maintenant, dans cette communauté, les gens se sentent plus en sécurité parce que les membres se concertent, se réunissent et apprennent à se connaître d'une manière différente.

MAINTENIR L'ÉQUILIBRE

Voici quelques éléments qui sont des causes de tensions auxquelles il faut trouver une solution équitable. Nous voulons à la fois améliorer nos connaissances et les transmettre à d'autres communautés alors que ces dernières ne sentent plus le besoin d'agir. D'autres fois, le calendrier des personnes qui font les évaluations ne coïncident pas avec le calendrier d'implantation des programmes par les intervenants sociaux. Les connaissances et les actions ont pourtant besoin d'être évaluées et vérifiées constamment. Il y a aussi l'intérêt provincial et les intérêts de la communauté dont il faut tenir compte. Et sur le plan provincial, nous devons nous assurer que l'information qui nous est transmise puisse être diffusée dans la communauté. Quelquefois, les membres d'une communauté n'en ont pas tenu compte dans leur planification de base. Nous avons très souvent à négocier sous ce rapport. Il y a aussi des tensions entre les agences qui administrent les fonds d'un projet et les comités qui conseillent les participants au projet.

Il y a aussi d'autres tensions qui sont dues aux décisions basées sur l'information obtenue dans des documents et qui diffère de ce que la communauté veut entreprendre comme actions prioritaires. Nous devons toujours tenir compte du point de vue des intervenants sociaux tout en les sensibilisant aux résultats de la recherche. De la même façon, il faut trouver l'équilibre entre la théorie et la sagesse acquise par différentes pratiques. Nous devons tenir compte à la fois de la sagesse de ces intervenants et des idées des citoyens quant aux besoins de leur communauté.

CONCLUSION

Nous avons besoin d'une discussion beaucoup plus approfondie pour mieux connaître l'aspect de la prévention du suicide. Je ne parle pas seulement de techniques et de procédures, mais aussi de notre engagement moral envers les jeunes et de la façon d'impliquer la communauté pour que plus de personnes participent à régler le problème du suicide. Là d'où je viens, nous avons pensé à créer un espace pour offrir la possibilité à un grand nombre de personnes de participer. Nous avons eu l'idée de créer un espace pour les survivants, pour ceux qui consultent des personnes-ressources à cause de problèmes de santé mentale et pour les personnes qui travaillent et qui vivent dans la communauté, autant les professionnels que les chercheurs. Nous avons certes besoin de connaissances spécialisées, mais nous ne pouvons les obtenir si nous excluons la contribution des gens ordinaires, qui m'apparaît absolument fondamentale. Je vais vous laisser sur cette pensée, que j'adore : « C'est à la frontière de notre travail, où nous pouvons explorer différentes cultures et divers postulats, que les choses les plus intéressantes et novatrices peuvent être réalisées. » Je crois réellement que nous avons besoin de trouver des façons de travailler un peu plus à la frontière de notre domaine et d'ouvrir des espaces pour mieux nous concerter au lieu de nous diviser.

Les contributions possibles de l'école à la prévention du suicide

par

Yvan D'Amours

M. Yvan D'Amours est coordonnateur des services complémentaires à la Direction de l'adaptation scolaire et des services complémentaires du ministère de l'Éducation du Québec.

Je suis très heureux de constater la présence de plusieurs de mes collègues du milieu de l'éducation au forum. De plus, je suis très fier de voir qu'il y a autant de gens qui viennent des écoles et des commissions scolaires, ce qui montre que nous avons de l'intérêt pour la problématique du suicide chez les jeunes.

Je vais d'abord vous décrire la population scolaire et ses besoins en l'an 2000. Je vous parlerai ensuite d'une approche globale de promotion et de prévention qui tient compte d'un ensemble de problèmes. Troisièmement, je vous présenterai la direction que le ministère de l'Éducation a prise avec son nouveau Programme de formation de l'école québécoise et son Programme des programmes. Je vous dirai enfin ce que la réforme offre comme nouveau contexte et également ce qu'elle peut apporter comme soutien aux jeunes à risque.

LA POPULATION SCOLAIRE EN L'AN 2000

Dans le réseau scolaire québécois, il y a en moyenne 80 % des élèves qui se portent plutôt bien. Évidemment, chacun de ces jeunes a ses petits problèmes, comme des peines d'amour et certains problèmes passagers mais, dans l'ensemble, ils vont bien. Il est important de mentionner que la situation varie beaucoup d'un établissement à l'autre, la statistique pouvant être de 70 % dans une école et de 90 % dans une autre. Malheureusement, il y a environ 20 % des jeunes qui sont aux prises avec différents types de problèmes un peu plus sérieux.

On observe également dans les écoles, comme partout ailleurs dans la société, que les jeunes adoptent plus précocement des conduites à risque. Il est important de noter ce fait comme un phénomène social. Il n'y a pas seulement des adolescents qui se suicident de plus en plus jeune, mais il y a également des jeunes qui connaissent leur première relation sexuelle beaucoup plus tôt qu'auparavant et d'autres qui commencent à consommer de la drogue et à fumer la cigarette à un âge beaucoup moins avancé. Cette précocité dépasse donc la question des comportements suicidaires.

Un groupe particulier de la population scolaire

Une réalité scolaire, plutôt méconnue du grand public, est l'existence d'une catégorie d'élèves qui sont handicapés ou qui ont des difficultés d'apprentissage et d'adaptation, ou qui connaissent les deux situations à la fois.

Cette catégorie regroupe les jeunes ayant un handicap - soit visuel, auditif ou autre - qui entrave leur cheminement scolaire et ceux qu'on appelle les élèves à risque. Ces derniers ont plusieurs types de problèmes, dont des troubles du comportement tels que l'hyperactivité ou la difficulté d'attention soutenue. On trouve dans le réseau scolaire québécois plus de 115 000 étudiants présentant des troubles du comportement. Les élèves à risque ont fréquemment un parcours de vie plutôt difficile, qui peut être décelé très tôt à l'école.

La répartition entre garçons et filles

Qu'il s'agisse d'élèves handicapés ou d'élèves qui ont des troubles du comportement, il y a deux fois plus de garçons que de filles qui éprouvent des difficultés d'apprentissage. On tente d'expliquer cette situation par des facteurs de prédisposition, comme l'impulsivité et l'agressivité, qui caractérisent davantage le comportement des garçons.

Le taux d'obtention d'un diplôme chez les jeunes en difficulté à l'école

Quand on jette un coup d'œil à la diplomation des jeunes en difficulté à l'école, les statistiques concernant le pourcentage de diplomation des élèves qui éprouvent des troubles du comportements sont inquiétantes. De fait, chez les jeunes qui n'ont aucune difficulté d'apprentissage, le taux d'obtention d'un diplôme est de 83,1 % ; chez les jeunes qui souffrent de déficiences visuelles, motrices ou auditives, il se situe à environ 45 % alors que, chez les élèves qui ont des difficultés de comportement, il tombe à 14,9 %. De nombreuses études ont démontré que, tôt ou tard, les élèves qui présentent des troubles du comportement et qui n'obtiennent pas leur diplôme seront frappés par un phénomène d'exclusion et de marginalisation. Petit à petit, ces jeunes seront rejetés par leurs pairs. Viendra ensuite le rejet par le personnel enseignant qui ne sera plus capable de les endurer. Après, ce sera au tour de l'école de les rejeter et, enfin, ce sera la société qui les exclura. Il est donc très important de tenir compte de cette catégorie d'élèves.

L'insertion sociale et l'intégration professionnelle de jeunes non diplômés

Les jeunes ayant des troubles du comportement sont beaucoup plus nombreux que les autres jeunes non diplômés à ne pas étudier ni travailler. Ils sont aussi plus nombreux à être au chômage ou inactifs et ils quittent l'école beaucoup plus tôt que les autres.

Le point positif est que les jeunes handicapés qui ont fait des stages occupent un emploi dans une proportion qui est presque le double de celle qui est observée chez les jeunes handicapés qui n'en ont pas fait.

Finalement, il est important de mentionner que la situation des jeunes handicapés ou des jeunes qui éprouvent des difficultés d'adaptation et d'apprentissage est plus difficile que celles des jeunes non diplômés de la formation générale. Il est aussi important de mentionner que l'on trouve majoritairement des garçons parmi les jeunes non diplômés et, plus particulièrement, parmi les jeunes ayant des troubles du comportement.

UNE APPROCHE GLOBALE ET INTÉGRÉE DE PROMOTION-PRÉVENTION

Évidemment, il n'est pas facile d'implanter un programme efficace de prévention, quel qu'en soit le thème, et les personnes travaillant dans le réseau de l'éducation en sont bien conscientes. Il est important de rappeler que les attentes sociales relatives à l'école sont extrêmement grandes. On veut que les jeunes sachent bien écrire, sachent bien compter, mais les aspects de la prévention et les attentes sur le plan scolaire ne sont pas toujours faciles à concilier.

Des difficultés communes à plusieurs activités de prévention dans l'école

De nombreuses difficultés viennent entraver l'implantation d'activités de prévention à l'école. Premièrement, il y a l'approche à la pièce, selon des thèmes particuliers. Pour un directeur d'école, il n'est pas facile de privilégier un certain type d'activité de prévention, compte tenu du nombre astronomique de « spécialistes » qui veulent chacun leur part du gâteau. Monsieur suicide, madame violence, monsieur toxicomanie viennent tour à tour lui demander des ressources pour l'organisation d'activités de prévention. Le grand nombre de demandes crée un phénomène d'engorgement et d'entonnoir qui résulte en un manque d'ouverture de la direction et un refus de tenir certaines activités.

Deuxièmement, il y a le problème des cibles indifférenciées. On a constaté, au fil des ans et des études, que les activités de sensibilisation qui sont offertes à l'ensemble des jeunes, très hétéroclite, qui fréquente les écoles aujourd'hui obtiennent peu de résultats durables. Par exemple, on se rend compte que, très souvent, pendant les activités de sensibilisation, les filles écoutent et les garçons regardent au plafond. Le fait de ne pas cibler un groupe de jeunes en particulier nuit aux efforts de prévention.

Le peu de temps consacré à la prévention constitue une autre difficulté. Il y a aussi le fait que les parents sont peu intéressés, voire pas intéressés du tout, par les activités de prévention. Le manque d'évaluation des résultats des programmes de prévention peut être aussi noté comme une défaillance. Enfin, les personnes qui organisent les activités ne sont malheureusement pas suffisamment soutenues et sont souvent peu formées.

Adopter en milieu scolaire une approche globale de la promotion et de la prévention

L'approche globale s'appuie sur toutes les ressources disponibles qu'on peut trouver dans une école. On pense donc aux enseignants et aux professionnels tels que les psychologues, les psychoéducateurs, les techniciens en éducation spécialisée, les techniciens en loisirs, bref, tout le personnel qui travaille auprès des jeunes dans le milieu scolaire. Mais il ne faut pas oublier les jeunes eux-mêmes, qui sont les plus nombreux dans une école. On ne doit pas hésiter à les faire participer. On ne doit pas non plus oublier les parents qui doivent aussi collaborer aux actions de prévention ou de promotion de la santé.

Les champs d'action de l'approche globale

L'approche globale de la promotion et de la prévention, telle que nous l'avons conçue, inclut cinq principaux champs d'action.

Le premier se rapporte aux compétences psychosociales des jeunes, comme l'estime de soi, la capacité à résoudre des problèmes et l'habileté à communiquer. On considère que l'école a un rôle de premier plan à jouer dans le développement de ces compétences.

Le deuxième champ d'action concerne l'offre, à l'école ou à proximité de l'école, de services d'aide et de soutien aux élèves en difficulté ainsi que la connaissance de ces services par les jeunes et leurs parents. Par exemple, au début de l'année, le fait d'inclure, dans l'agenda scolaire, une petite carte qui présente les différents services d'aide offerts à proximité, dans la communauté, peut s'avérer très utile, comme le prouvent certains témoignages recueillis auprès de jeunes suicidaires dans une enquête récente.

Le troisième élément de l'approche globale est la sensibilisation du personnel scolaire au problème du suicide et la formation de ce personnel afin que tous puissent repérer et orienter les jeunes dépressifs ou suicidaires ou prendre les mesures appropriées en cas de suicide. Dans le contexte de la réforme scolaire, ce point représente un défi, car énormément d'ateliers de formation ont lieu présentement pour le personnel scolaire qui, finalement, manque de temps. Malgré tout, il existe déjà des équipes régionales de soutien, lesquelles offrent du soutien au personnel scolaire et aux enseignants qui travaillent auprès des jeunes présentant des difficultés d'apprentissage.

Le quatrième champ d'action, que nous considérons comme très important, est la formation des jeunes à l'entraide. Elle est importante non seulement pour la prévention du suicide, mais aussi pour la formation de la personne. On croit que c'est une stratégie gagnante que d'encourager l'entraide dans les classes, mais aussi à l'extérieur de celles-ci. Il est aussi très important de valoriser et de soutenir les groupes de pairs aidants. Or, tout cela doit se faire dans les limites du mandat qu'on peut confier à des élèves. Il ne s'agit pas de changer ces derniers en professionnels. De plus, il faut choisir judicieusement les jeunes qui feront partie de ces groupes, car bien des élèves en détresse sont attirés par ce type de groupes là. Bref, il ne faut pas leur demander l'impossible mais bien les soutenir.

Le dernier champ d'action concerne la transmissions d'information aux élèves et à leurs parents sur les maladies mentales. Les maladies mentales et les troubles psychiatriques sont encore considérés comme un sujet tabou dont il faut discuter prudemment. Par exemple, on entend souvent dire que lorsque qu'on est atteint d'une maladie mentale, on est fou. Il faut faire prendre conscience aux jeunes et à leurs parents que ces troubles et ces maladies existent réellement. Il faut leur dire aussi qu'il existe des signes précurseurs des conduites suicidaires, ce que les gens du Centre de prévention du suicide font très bien. De plus, il faut combattre les stéréotypes masculins. On sait pertinemment que les garçons ne se confient pas tellement. Une enquête récente montre de façon éloquent la différence entre les garçons et les filles à cet égard : 50 % des garçons ne confient pas leur secret quand ils songent à se suicider. En dernier lieu, il faut dédramatiser l'homosexualité. Il y a des jeunes qui sont aux prises avec un grave problème d'identification sexuelle. Ces jeunes souffrent de détresse psychologique et ressentent beaucoup de honte. Il faut aussi agir à ce sujet.

L'appui à l'école

Pour appuyer les actions faites dans les écoles, il est primordial de soutenir la recherche ainsi que d'améliorer le matériel d'évaluation et la diffusion des connaissances. Comme je l'ai déjà écrit dans *Le point sur la délinquance et le suicide*, en 1995, et *SOS, jeunes en détresse*, en 1997, on ne s'en sortira pas si on n'investit pas aussi dans la recherche. En toxicomanie, depuis 1985, des études démontrent que certaines activités de sensibilisation aux drogues ont amené les jeunes à consommer plus de stupéfiants. On a encore beaucoup de chemin à faire en matière de prévention. La recherche doit aider les éducateurs et tous les intéressés en faisant des études plus rigoureuses et en leur procurant des données longitudinales. Les investissements doivent donc être accrus.

Afin de mieux connaître les résultats des campagnes de sensibilisation et du travail accompli jusqu'ici, et de corriger le tir au besoin, il est impératif de faire des études évaluatives. Il ne s'agit pas seulement de passer de petits questionnaires pour savoir si les jeunes ont retenu quelques points ou de savoir si les enseignants ont apprécié l'atelier. Il s'agit d'intéresser la recherche universitaire au problème du suicide

pour procéder à des études évaluatives très rigoureuses qui permettraient de mieux orienter les stratégies de prévention du suicide.

Un dernier point au chapitre de l'appui à l'école est l'amélioration de la diffusion des connaissances et des résultats des recherches à tous ceux qui accomplissent du travail sur le terrain.

LA RÉFORME DE L'ÉDUCATION

La politique et le plan d'action en adaptation scolaire

Au printemps 2000, une nouvelle politique a été adoptée et un nouveau plan d'action en adaptation scolaire a été lancé. Un réinvestissement majeur a été prévu en éducation. Un point majeur de la politique d'adaptation scolaire porte sur la prévention du suicide. Cent millions de dollars seront injectés dans le but de diminuer le nombre d'élèves par classe au préscolaire et au premier cycle du primaire. Le gouvernement a prévu une augmentation importante du nombre de ressources professionnelles d'aide et du nombre de ressources de soutien pédagogique. D'ici trois ans, 870 postes vont s'ajouter à ceux qui existent déjà.

De plus, la somme d'un million de dollars par année a été prévue pour le soutien au développement de la recherche sur des thèmes prioritaires tels que la prévention, la collaboration entre l'école, la famille et la communauté, les facteurs de réussite et les interventions à privilégier pour répondre aux besoins des élèves à risque.

La politique et le plan d'action en adaptation scolaire du gouvernement québécois prévoient aussi la mise en place des services régionaux de soutien et d'expertise pour aider le personnel des écoles. On vise, dans la mesure du possible, l'intégration des jeunes en adaptation scolaire aux classes régulières. Évidemment, cette intégration ne se fait pas facilement et demande beaucoup de soutien. Il y a présentement des équipes au niveau régional qui y travaillent afin de soutenir les enseignants dans leur tâche et de faciliter l'intégration de ces jeunes.

En dernier lieu, une autre mesure du plan d'action, qui est liée à celle que je viens de mentionner, concerne la proposition de nouveaux moyens pour soutenir le personnel dans ses interventions auprès des élèves qui présentent un déficit de l'attention, avec ou sans hyperactivité.

La Loi sur l'instruction publique

La nouvelle Loi sur l'instruction publique accorde maintenant plus de pouvoirs et d'autonomie à l'école. L'école est désormais dirigée par un conseil d'établissement formé de parents, de représentants du personnel, d'élèves et de membres de la communauté. Les membres de ce conseil jouissent de pouvoirs plus étendus qu'auparavant. Le conseil d'établissement adopte le projet éducatif de l'école. Il voit à sa réalisation et procède à son évaluation. De plus, c'est lui qui approuve la politique d'encadrement des élèves proposée par le directeur. Cette politique doit notamment prévoir des mesures relatives à l'utilisation, à des fins pédagogiques et éducatives, du temps en dehors des heures d'enseignement, à l'aménagement d'activités parascolaires et à la recherche de moyens pour favoriser la réussite des élèves. Ce nouveau conseil d'établissement peut donc instaurer des activités et des programmes teintés d'une couleur locale et conçus en fonction des besoins des jeunes qui fréquentent l'école.

Le nouveau régime pédagogique

Le nouveau régime pédagogique, est accompagné de la nouvelle Loi sur l'instruction publique, prescrit un ensemble de règles au réseau scolaire. De fait, il confie à la commission scolaire la responsabilité de répartir équitablement les ressources entre les établissements de son territoire, lesquelles ressources servent à fournir aux élèves les services éducatifs. Ces derniers comprennent des services d'enseignement et des services complémentaires, incluant l'orientation scolaire ainsi que les services de santé et de bien-être, que la commission scolaire est chargée d'organiser. Le nouveau régime préconise le décloisonnement des pratiques professionnelles en vue d'instaurer une approche intégrée des services aux élèves.

Les services complémentaires

Les commissions scolaires doivent instaurer cinq types de programmes de services complémentaires pour les élèves des écoles de leur territoire.

Le premier est un programme de soutien qui vise à assurer à l'élève des conditions propices à l'apprentissage. Le second est un programme de vie scolaire visant à contribuer au développement de l'autonomie de l'élève et de son sens des responsabilités. Le troisième est un programme d'aide à l'élève dans son cheminement scolaire, son orientation et la recherche de solutions aux difficultés qu'il éprouve. Le quatrième est un programme de promotion et de prévention visant à donner à l'élève un environnement favorable à l'acquisition et au développement de saines habitudes de vie et de compétences qui influencent positivement sa santé. Enfin, le service de pastorale va être remplacé par un programme d'animation spirituelle et d'engagement communautaire. La mise en place de ces programmes doit inclure des services sociaux ainsi que des services de santé, de psychologie et de psychoéducation.

LE PROGRAMME DES PROGRAMMES

On trouve aussi, dans la politique annoncée au printemps, l'instauration d'un nouveau programme de formation à l'école québécoise. Celui-ci comprend toujours un programme disciplinaire incluant le français, les mathématiques, l'anglais, etc. La nouveauté est la création d'un programme des programmes.

Le programme des programmes est un ensemble de compétences générales que chaque enseignant, à travers sa matière, devra apprendre à ses élèves. Ces compétences, développées dans l'ensemble des activités éducatives de la classe, devront aussi s'exprimer dans les activités de la vie scolaire. Par exemple, un professeur de français pourrait, dans le cadre d'un travail, utiliser le thème de l'estime de soi. L'élève y fera ressortir ses talents et ses forces. À la fin de l'année, à la lumière des forces et des talents que les élèves auront décrits dans leur atelier d'estime de soi, l'école pourrait organiser une fête, où chacun fera la démonstration de ses talents particuliers. Par exemple, si un élève est bon en peinture, il exposera un ou des tableaux ; s'il est bon en sports, il fera une démonstration de karaté ou de quelque autre sport individuel ou, s'il est musicien, il organisera un spectacle à l'occasion de cette fête.

Bref, on vise à développer les compétences générales des élèves dans l'ensemble des activités éducatives de la classe et à les intégrer dans la vie scolaire. Le but du programme est d'aider les jeunes à résoudre des problèmes de la vie et d'intégrer cet apprentissage dans les différentes matières enseignées.

Les éléments liés à la santé et au bien-être

Le programme des programmes a été instauré pour permettre aux jeunes de développer, à long terme, des compétences générales et transversales qui sont liées à la santé et au bien-être. Deux domaines d'expérience de vie ont été privilégiés pour le développement des compétences générales des élèves.

Le domaine d'expérience de vie lié à la santé et au bien-être

Des expériences de vie relatives à la santé et au bien-être permettent de concrétiser certains apprentissages faits dans des matières d'enseignement et sont exploitées dans diverses activités à l'école. Au primaire, l'enfant est capable, avec l'aide de l'adulte, de s'informer pour comprendre un fait, une situation ou un événement lié à sa santé, à sa sexualité ou à sa sécurité, physique ou affective. Il est aussi en mesure d'entrevoir des solutions possibles lorsqu'il se trouve dans une situation dangereuse. Il apprend à prévenir les situations dangereuses pour lui-même et pour les autres, comme le contact avec les animaux et la manipulation de produits toxiques, de médicaments ou d'outils.

Le préadolescent doit déjà apprendre à réagir à l'influence négative de certains de ses pairs et des médias qui l'incitent à fumer, à consommer des drogues ou à consentir à une relation sexuelle précoce.

L'enfant doit apprendre à évaluer les solutions possibles pour prendre la meilleure décision qui soit. Ayant fait un choix éclairé, il s'engage dans l'action pour le maintien de sa santé et de son bien-être.

Les axes de développement du domaine d'expérience de vie lié à la santé et au bien-être

Le domaine d'expérience de vie lié à la santé et au bien-être regroupe cinq principaux axes de développement. Le premier concerne la conscience des besoins fondamentaux. En second lieu viennent le développement et l'épanouissement de soi comme garçon ou fille, ce qui inclut les attitudes et les comportements à adopter face au harcèlement et aux abus sexuels ainsi que les relations harmonieuses avec l'autre sexe et le rejet des stéréotypes. Le troisième axe de développement porte sur la conscience des conséquences, pour sa santé et son bien-être, de ses choix personnels à propos de l'alimentation, de la sexualité, des mesures d'hygiène, de la gestion du stress et des émotions ainsi que de la prévention des maladies et des blessures. Le quatrième axe se rapporte à l'encouragement des jeunes à adopter un mode de vie actif par l'intégration d'activités physiques dans les activités à l'école, chez soi et ailleurs. Le dernier axe a trait à l'adoption d'une conduite prudente par l'enfant dans certaines situations qui risquent d'être dangereuses. On vise la prudence avec les animaux, les médicaments, les outils et dans les déplacements.

Le domaine d'expérience de vie lié au développement sociorelationnel

Par le développement sociorelationnel, nous voulons amener les jeunes à maîtriser leurs réactions et leurs émotions ainsi qu'à exprimer clairement ce qu'ils ressentent quand ils sont mêlés à une altercation ou qu'ils ont un différend avec quelqu'un. Nous voulons aussi qu'ils soient capables de décrire les différentes composantes d'un conflit et d'écouter attentivement la version de l'autre personne concernée par le différend.

Les compétences transversales

Le développement des compétences transversales aidera les jeunes à résoudre des problèmes, à découvrir leur identité, à bâtir leur personnalité et à entretenir des relations harmonieuses avec les autres.

Trois façons de soutenir l'approche intégrée de la promotion et de la prévention

1. L'intégration d'éléments relatifs à la santé et au bien-être dans les matières d'enseignement. Elle se fait par les enseignants avec la collaboration et l'appui de gens ayant des compétences particulières, comme ceux qui travaillent à la prévention de la toxicomanie et du suicide.
2. La mise en place de services et d'activités tant intrascolaires que parascolaires, de promotion et de prévention.
3. L'aide et le soutien individuel en matière de soins de santé ou de services sociaux en cas de difficultés ou de problèmes. Ce type d'aide et de soutien doit être donné par des professionnels - infirmière, travailleur social ou psychoéducateur, par exemple.

Les pistes d'action pour l'intervention en santé publique

1. Étant donné le nombre de thèmes qui peuvent être abordés dans le cadre de la prévention en milieu scolaire, la concertation préalable de toutes les personnes responsables d'activités de prévention est nécessaire pour que ces activités s'inscrivent dans l'approche globale.
2. Il faut intéresser, si possible, des enseignants et des conseillers pédagogiques à la création d'outils de travail.
3. En même temps que l'on prépare le matériel pour les semaines ou les journées thématiques sur la toxicomanie, le suicide ou l'alimentation, par exemple, il faut prévoir des scénarios d'intégration de ces activités dans l'enseignement des matières au programme et dans des activités de la vie scolaire.

**Évaluation normative du processus
et analyse de l'intervention de sensibilisation
à la dépression chez les adolescents des 4^e et 5^e secondaire
du plan d'action « solidaires pour la vie » de la
Fondation québécoise des maladies mentales (FQMM)**

par

Richard Boyer

M. Richard Boyer détient une maîtrise en sociologie et un doctorat en santé publique. Il est chercheur au centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-Hippolyte-Lafontaine et chercheur associé au plan d'action « Solidaires pour la vie ».

J'aimerais remercier les organisateurs de nous permettre de présenter les résultats de notre recherche. L'étude, faite pour les gens de la Fondation québécoise des maladies mentales, porte sur la campagne de sensibilisation à la dépression menée auprès des adolescents, qui s'intitule *Solidaires pour la vie*. Cette campagne a été lancée sur la base des connaissances scientifiques qui démontrent le lien étroit existant entre la dépression et le suicide. L'objectif principal du programme de sensibilisation est d'informer les jeunes des quatrième et cinquième secondaire sur le phénomène de la dépression chez les adolescents. Il s'agit plus particulièrement de leur dire quels sont les signes et les symptômes de la dépression, quels sont les traitements médicaux et non médicaux appropriés, ce qu'il faut faire en cas de besoin personnel ou si un ami a besoin d'aide. Un autre objectif est de modifier les attitudes des jeunes envers la demande d'aide et le recours aux services.

En me basant sur le déroulement et le suivi de la présentation dans les écoles secondaires, je vais vous expliquer la manière dont nous avons effectué notre recherche sur l'efficacité du programme. Je vous communiquerai ensuite les résultats de l'implantation du programme en milieu scolaire. Finalement, je vous ferai part d'une autre étude qui est en cours.

LE PROGRAMME *SOLIDAIRES POUR LA VIE*

La présentation et le suivi

Après la présentation faite aux élèves par les animateurs, l'école est invitée à organiser d'autres activités de sensibilisation à partir d'un guide d'animation et d'une vidéocassette. La Fondation fait ensuite un suivi téléphonique, environ un mois après la visite à l'école, pour voir si tout va bien, s'il y a des besoins particuliers et des besoins de documentation supplémentaire.

Le matériel remis

Au moment de la visite, du matériel est remis à l'école. La boîte à outils comprend :

- un guide d'animation ;
- une vidéocassette *La dépression chez les jeunes*, d'une durée de 25 minutes ;
- des dépliants d'information ;
- des cartons mentionnant les signes et les symptômes de la dépression qui sont remis aux élèves ;
- des affiches ;
- des documents à remettre au CLSC et aux services communautaires ;
- un questionnaire d'appréciation ;
- un questionnaire de suivi et de rappel après un mois ;
- de l'information sur les services communautaires ;
- de l'information sur l'activité organisée à l'école, information qui est transmise à tout le personnel de l'école.

L'objectif de la recherche

La recherche que nous avons menée visait à vérifier si, dès le début de la campagne, la Fondation avait réussi à bien implanter son programme. Quand on met en place un programme, il y a toujours des pépines ou des difficultés qui surviennent et il faut s'ajuster en cours de route.

Si on veut être certain que le message passe, il faut s'assurer d'atteindre les objectifs. Je vous présente donc l'évaluation normative de la campagne de sensibilisation menée auprès des élèves de quatrième et de cinquième année du secondaire. Dans cette recherche, nous avons évalué les écarts entre l'intervention prévue et celle qui a été réalisée. Nous avons aussi estimé l'appréciation de l'activité par les élèves, les enseignants et les professionnels du milieu scolaire. En dernier lieu, nous avons fait une évaluation normative des effets indésirables de l'intervention sur les services scolaires psychosociaux. Cette évaluation nous a permis de vérifier si, après notre passage, il y a eu une augmentation des consultations pour des cas de dépression.

La méthodologie

La méthode que nous avons employée suit le modèle proposé par Breton, Bilodeau et Boyer pour une recherche évaluative. Il s'agit d'une évaluation normative du processus. Nous avons procédé à l'aide d'une observation non participante et par questionnaires. Une assistante de recherche a assisté à des présentations et rempli des fiches d'observation. Le matériel servant à la collecte des données comprend une grille d'observation des animations, de petits questionnaires d'appréciation de la présentation qui sont distribués aux élèves et d'autres questionnaires distribués exclusivement au personnel scolaire. Enfin, nous avons effectué un sondage téléphonique pour estimer la présence et l'importance d'effets indésirables sur les services scolaires.

L'observation non participante

L'observation non participante s'est effectuée auprès de 20 groupes représentant 35 classes dans 6 écoles. Il y a eu 6 présentations de 60 minutes et 14 présentations de 75 minutes. Des scénarios avaient été prévus en fonction du temps alloué à l'activité dans chaque école.

Le premier point retenu pour l'observation non participante est le scénario. A-t-il été bien suivi ? Un contenu bien précis a été préparé. Nous voulions être certains que les gens seraient capables de suivre ce scénario. Avons-nous laissé tomber une partie importante du contenu pour gagner du temps, quitte à se rattraper au moment de répondre aux questions, ce qui peut être néfaste pour la présentation ? Les autres points de l'observation non participante sont : la qualité du travail des animateurs, l'organisation physique des lieux, le niveau de langage des animateurs, la discipline en classe ainsi que la participation des élèves et des enseignants.

Le profil des élèves ayant donné leur appréciation

Il y a 606 élèves qui nous ont remis leur questionnaire d'appréciation. Ils proviennent de 29 classes et de 6 écoles. Les éléments que nous avons évalués à l'aide du questionnaire sont : la pertinence du sujet ; la compréhension de la présentation ; la qualité du travail des animateurs ainsi que l'avis des élèves et du personnel de l'école quant à la recommandation éventuelle de l'animation à d'autres classes et à d'autres élèves.

Le profil du personnel scolaire ayant donné son appréciation

En ce qui a trait au personnel scolaire, 76 personnes ont rempli le questionnaire d'appréciation. Ce sont en majorité des enseignants, mais il y a aussi des infirmières, des travailleurs sociaux, des psychologues, des animateurs de pastorale et divers membres du personnel.

LES RÉSULTATS

Le taux de participation des écoles durant l'étude d'implantation

Au moment où nous avons commenté notre analyse, nous avons considéré l'ensemble des demandes faites par la Fondation auprès des écoles pour offrir la présentation. Nous avons estimé que 64 % des écoles qui ont été contactées ont accepté d'organiser l'activité. Les motifs de refus sont divers. Certaines directions d'école nous ont répondu que cette activité ne cadrerait pas avec leurs propres activités, d'autres ont dit que leur horaire était trop chargé ou qu'elles venaient de faire une activité dans la semaine. Avec l'expérience, les membres de la Fondation ont appris qu'ils doivent prendre contact assez longtemps d'avance avec la direction pour qu'il soit plus facile de faire des présentations.

Le déroulement des présentations

Une observation non participante a eu lieu dans dix-huit classes. Étant donné que le temps alloué était très restreint, nous voulions analyser le phénomène des retards. Nous avons constaté que 90 % des présentations ont commencé en retard d'environ cinq minutes. Les motifs sont divers : prise des présences en classe, messages à l'interphone, retards des élèves, changement de classe ou retard de l'animatrice. Un point important à souligner est qu'en cours de route les problèmes survenus ont été mentionnés au planificateur pour qu'il puisse penser à des modifications, mais ces modifications n'ont pas été apportées durant l'étude.

La qualité de travail des animateurs

Pour évaluer la qualité de travail des animateurs, nous nous en sommes remis au jugement de notre observatrice. Selon elle, l'écoute des élèves était très bonne. Il y a eu quelquefois de l'indiscipline mais, en moyenne, 90 % des élèves écoutaient attentivement la présentation. Selon notre observatrice, le taux de participation des élèves à l'activité est de 78 %. Le nombre moyen de questions posées pendant et après les présentations s'établit à cinq.

La participation des enseignants durant l'animation

Nous voulions connaître la participation des enseignants à l'animation. Dans 65 % des cas, une partie de la présentation était faite par les animateurs et une autre, par un professeur ou la personne responsable de l'activité dans l'école. Les enseignants ont assez souvent aidé les animateurs à placer les élèves dans la salle afin d'éviter la pagaille toujours possible quand des élèves dérangeants s'assoient les uns à côté des autres. L'observatrice a estimé que, dans 80 % des présentations, il a fallu rétablir la discipline. Les rappels à l'ordre étaient faits par les animateurs ou les enseignants. Nous jugeons que, dans 63 % des cas, la discipline n'était pas assez sévère. Nous avons donc pris des ententes avec les enseignants pour qu'ils collaborent davantage à cet égard. Au moment de clore la présentation, des professeurs ou des membres du personnel de l'école ont pris la parole dans seulement 17 % des cas. Le mot de la fin revient toutefois aux animateurs.

L'appréciation des élèves

À la fin de la présentation, le manque de temps ne permettait pas aux animateurs de poser des questions relatives à l'appréciation. Ils ont cependant demandé aux élèves s'il était important de parler de la dépression chez les adolescents : 31 % ont dit que c'était assez important, 63 % ont répondu que c'était important. Nous constatons donc que 94 % des élèves accordent de l'importance au sujet. Nous voulions savoir dans quelle proportion l'information était comprise : 93 % des élèves disent avoir compris les trois quarts du contenu ou presque tout. De plus, nous voulions savoir comment ils avaient trouvé le travail des animateurs. Pour 98 % d'entre eux, les animateurs ont fait du bon ou de l'excellent travail. Enfin, 93 % des élèves recommanderaient la présentation à d'autres classes.

L'appréciation du personnel scolaire

Pour l'appréciation du personnel scolaire, l'échelle va de zéro à trois, trois étant le maximum et zéro, le minimum. Le niveau de recommandation de la présentation est très élevé, à 2,9. Les membres du personnel scolaire estiment la qualité du matériel excellente et l'évaluent à 2,89. Ils trouvent que le message est adapté aux élèves puisqu'ils accordent 2,84 à cet élément. Ils jugent l'information tout à fait pertinente, le résultat se situant à 2,78. La qualité de l'animation et le contenu de la présentation sont aussi jugés excellents, avec des notes de 2,77 et 2,76 respectivement. Ils considèrent que l'animation est utile pour eux-mêmes, donnant 2,57 à cet autre élément. La plus basse note, qui demeure quand même assez élevée, est accordée à la qualité du vidéo.

L'accroissement de la demande d'aide

Nous voulions savoir s'il y avait eu une augmentation de la demande d'aide à la suite de notre passage dans les écoles. Nous notons que, dans 42 % des écoles visitées, il y a eu une hausse de la demande d'aide, alors que 30 % des membres des divers services d'aide avaient noté une hausse de ce type de

demande. Quant à la surcharge de travail, elle est de 20 % dans le cas des membres des services d'aide et de 32 % pour les écoles ; 11 % des membres des services d'aide et 21 % des écoles estiment qu'il serait nécessaire d'augmenter les ressources pour faire face à la hausse de la demande d'aide.

Les répercussions sur les ressources

La section de la recherche concernant la répercussion sur les ressources était exclusivement réservée aux membres des divers services d'aide ayant noté une augmentation de la demande d'aide. Après le passage de la Fondation, il y a eu en moyenne cinq élèves par école qui ont demandé une consultation. Pour 29 % des membres des services d'aide, cela ne représente pas une surcharge. Dans 43 % des cas, ils ont répondu que c'était une petite surcharge de travail, alors que 21 % d'entre eux trouvaient qu'il s'agissait d'une surcharge moyenne. Personne n'a répondu que l'augmentation de la demande d'aide représentait une surcharge importante. Au total, 57 % des membres des services d'aide ne trouvaient pas nécessaire d'accroître les ressources, alors que 36 % d'entre eux trouvaient que c'était souhaitable. Personne n'a répondu que l'accroissement des ressources était nécessaire.

Les limites de l'étude sur l'implantation

Tout d'abord, les gens travaillant dans divers centres de ressources communautaires qui n'appartiennent pas au milieu scolaire n'ont pas été consultés pour évaluer la surcharge de travail. Bien sûr, il peut y avoir eu des consultations au CLSC, chez le médecin généraliste près de l'école, mais notre enquête préliminaire nous a indiqué que, dans la plupart des cas, lorsqu'il y avait des problèmes, les jeunes y étaient dirigés par l'infirmière ou le personnel scolaire. Nous nous sommes concentrés sur les répercussions touchant les services d'aide au sein de l'école. Ensuite, cette étude a été menée en milieu urbain uniquement, alors que la campagne se tient à la grandeur du Québec. De plus, le nombre de classes de « cheminement » que nous avons observées était réduit. Il n'était donc pas proportionnel à l'ensemble des classes. Quatrièmement, il n'y avait pas, au moment de l'étude, de version anglaise de la campagne de sensibilisation ; nous n'avons donc pas pu vérifier si cette campagne allait bien dans les milieux anglophones. Maintenant, la version anglaise, *Partners for life*, existe. De plus, nous avons changé de stratégie en cours de route. Au début, des personnes ayant déjà souffert de dépression venaient parler aux élèves. Nous avons changé notre façon de procéder depuis la production de la vidéocassette. Enfin, les animateurs se savaient observés. Ils ont donc sûrement donné le meilleur d'eux-mêmes.

Depuis 1999

Depuis 1999, la Fondation a visité 250 écoles. Elle s'est adressée à plus de 90 000 élèves. Elle a couvert une fois et demie le territoire du Québec. Elle a rencontré 3 000 enseignants, professionnels ou parents. Donc, la campagne de sensibilisation *Solidaires pour la vie* fonctionne très bien. À la suite de notre évaluation, les membres de la Fondation ont fait les ajustements nécessaires au programme.

Les écoles acceptent facilement d'organiser l'activité. La présentation se déroule selon le scénario établi. Les élèves, le personnel scolaire et les membres des services d'aide apprécient beaucoup cette présentation. Il y a une augmentation de la demande d'aide, sans surcharge importante de travail pour l'ensemble du personnel en milieu scolaire.

UNE AUTRE ÉVALUATION EN COURS

J'aimerais vous signaler qu'une autre évaluation est présentement en cours. L'étude vise à estimer la transmission des connaissances sur la dépression et l'amélioration des attitudes relativement au recours aux services d'aide en cas de besoin. Nous voulons savoir si le message passe bien.

La méthodologie

Deux groupes ont été formés : un groupe expérimental et un groupe témoin. Une mesure des connaissances est faite avant la présentation devant le groupe expérimental et une autre mesure est effectuée après cette présentation. Ainsi, nous pouvons évaluer l'acquisition de connaissances. Les deux groupes répondent à un questionnaire au même moment, mais les élèves du groupe témoin n'assistent pas immédiatement à la présentation. Une semaine plus tard, nous mesurons de nouveau les connaissances dans les deux groupes. Dans un troisième temps, le groupe témoin assiste à la présentation. Nous pouvons ensuite comparer les résultats sur deux groupes et vérifier si le message passe bien.

Le schéma expérimental

Étude avant test et après test avec groupe témoin non équivalent

Groupe expérimental

Mesure une semaine avant (T₁) **Présentation** Mesure après et une semaine plus tard (T₂)

Groupe témoin

Mesure une semaine avant (T₁) **Pas de présentation** Mesure une semaine plus tard et après (T₂)

Les résultats préliminaires

Nous avons des résultats très sommaires que je ne manquerai pas de présenter à un auditoire aussi intéressé. Dans le groupe expérimental, 97 % des personnes qui ont assisté à la présentation obtiennent des résultats supérieurs à 50 % su T₂ ; dans le groupe témoin, la proportion tombe à 54 %. Si nous plaçons la barre un peu plus haute, à 60 %, il y a 90 % des sujets du groupe expérimental qui ont ce résultat ou mieux, alors que, dans le groupe témoin, ils ne sont plus que 27 %, Enfin, 35 % des sujets du groupe expérimental et 3 % de ceux du groupe témoin ont réussi à obtenir un résultat supérieur. Nous pouvons remarquer des différences sensibles entre les deux groupes. De plus, nous avons contrôlé les différences qui existaient *a priori* entre le groupe expérimental et le groupe témoin. Il n'y a pas eu d'allocation aléatoire dans aucun des groupes.

Conclusion sommaire

Nous pensons que, d'une part, le programme est très bien implanté, selon le plan élaboré. La campagne se déroule très bien. Les résultats sont plus qu'encourageants, en ce sens que nous pensons qu'il y a eu une transmission des connaissances.

Bien sûr, l'acquisition de connaissances et l'amélioration des attitudes relativement au recours aux services d'aide constituent des aspects importants. Ce sont des conditions nécessaires, mais pas forcément suffisantes pour croire que nous verrons une modification importante des comportements. Cependant, nous avons décidé de nous en tenir à ces deux conditions-là, parce que nous avons la forte impression que les élèves des quatrième et cinquième secondaire connaissent peu ou mal la dépression et les attitudes à adopter pour y faire face. Il fallait préparer le terrain pour d'autres types d'intervention. Nous espérons que le personnel de chaque école sera mieux placé pour agir auprès des jeunes et leur faire comprendre qu'il est là pour les aider. Nous souhaitons ainsi pouvoir reconnaître plus rapidement les jeunes qui sont sur le point de souffrir d'un problème de dépression, aider les jeunes déjà dépressifs et, éventuellement, prévenir des suicides.

**À propos de la prévention du suicide chez les jeunes :
position clinique sur la prévention des comportements
suicidaires à l'enfance et à l'adolescence**

par

Patricia Garel

Mme Patricia Garel est pédopsychiatre au Service des adolescents du Programme de psychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine. Elle est de plus présidente du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement et coordonnatrice de l'enseignement dans cet hôpital. Elle est aussi professeure agrégée à l'Université de Montréal.

Pour vous faire part de la position des médecins spécialistes concernant la problématique du suicide chez les jeunes et la prévention d'un tel acte, je vais me baser sur les conclusions d'un groupe de travail qui réunissait, à la mi-novembre, sur l'initiative du docteur Marquette, un grand nombre de pédopsychiatres provenant des quatre coins de la province.

J'ai assisté à la conférence de madame White avec beaucoup d'intérêt. J'avais lu ses documents dans lesquels elle aborde la question, qu'elle a reprise ici, de la définition des termes qui peuvent causer problème. Madame White, dans un préambule extrêmement bien fait, parle de l'importance de la maladie mentale, des traitements et des ressources accessibles. Donc, loin de moi l'idée de dire qu'elle n'a pas traité cette partie du problème. Par contre, quand je regarde les programmes de prévention du suicide, je me demande si le terme approprié ne serait pas plutôt celui de promotion de la santé mentale ou de promotion du bien-être social. Plus on élargit le sens de la prévention, plus on risque de diluer les effets de la prévention du suicide.

En matière de prévention du suicide, quelqu'un, aujourd'hui, a déclaré être face à une énorme montagne. On se demande par où commencer et ce qu'on peut faire, notamment quand on touche à la souffrance des enfants. En bonne étudiante des thérapies cognitives, je vous dirais que, lorsqu'on est devant une énorme montagne et qu'on ne sait pas grimper ou qu'on se trouve devant un énorme plat qu'on doit manger et qu'on ne sait pas par où commencer, il faut faire des petits pas dans le premier cas et utiliser des petites cuillères dans le second. Je crois qu'en matière de prévention du suicide, il y a des questions pour tout le monde et il y a des petites cuillères pour tout le monde. Il faut probablement définir le champ dans lequel on peut agir efficacement afin de ne pas avoir de sentiment d'impuissance qui, éventuellement, mène à la dépression.

LA PROBLÉMATIQUE

Une nouvelle compréhension depuis les quinze dernières années : les autopsies psychologiques

On a souvent mentionné que le suicide est une problématique à déterminants multiples, et encore une fois, loin de moi l'idée de dire le contraire. Ce sur quoi j'aimerais plutôt insister auprès de vous aujourd'hui, c'est la nouvelle compréhension qu'on a de cette problématique depuis les quinze dernières années. La première étude sur l'autopsie psychologique a été faite par Shafi en 1985. Depuis cette étude, nous nous sommes rendu compte que les autopsies psychologiques nous permettent de reconnaître des facteurs de risque. Nous reconnaissons les limites des études sur ce sujet et nous devons en tenir compte pour comprendre la problématique du suicide.

Un comportement qui n'est pas isolé

L'élément à retenir des études sur l'autopsie psychologique est que le suicide ne constitue pas un comportement isolé. C'est là tout le problème de la prévention. Qu'entendons-nous par comportement qui n'est pas isolé ? Le comportement suicidaire - qu'on parle d'idées suicidaires, de gestes suicidaires, de tentatives de suicide, de verbalisation, d'idéation suicidaire ou de suicide accompli - n'est finalement que le symptôme d'une situation sous-jacente qui va devoir être évaluée et comprise. Le comportement suicidaire est la pointe de l'iceberg. En tant que professionnels, nous devons plonger pour aller voir ce qu'il y a là-dessous.

Une situation d'impasse

Un des seuls points communs entre tous les comportements suicidaires est le sentiment subjectif d'impasse dans lequel la personne se trouve, qu'elle qu'en soit la raison. Que ce soit une impasse relationnelle temporaire ou l'apparition d'une maladie psychiatrique grave qui déstructure complètement la pensée, chaque personne suicidaire se trouve dans une impasse. Il y a bien sûr le danger de mort qui est un autre point commun.

L'absence de continuité linéaire

J'insiste sur le fait qu'il n'y a pas de continuité linéaire, en ce sens que l'on ne peut pas établir une échelle de l'idée suicidaire qui, par ordre de gravité des événements, traduirait la verbalisation suicidaire en partant du geste suicidaire, en passant à la tentative de suicide et en allant jusqu'au suicide accompli puisqu'on sait qu'un certain nombre de jeunes qui sont morts en étaient à leur première tentative de suicide. On peut reconnaître ces comportements comme des éléments hétérogènes qui, même s'ils se superposent, ne font pas forcément partie d'un changement continu depuis l'idée suicidaire jusqu'à la tentative de suicide.

DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES POUR LES SUICIDES ACCOMPLIS

Un point essentiel est que l'on retrouve dans 90 % des cas de suicides accomplis un ou plusieurs diagnostics psychiatriques. C'est une proportion très importante.

La compréhension des comportements suicidaires et la pédopsychiatrie ont énormément évolué depuis les quinze dernières années. Nous sommes désormais beaucoup plus précis et rigoureux dans les diagnostics

que nous posons. Nous avons défini des maladies, telles que les troubles anxieux graves, dont on ne reconnaissait pas l'existence avant. Vous savez comme moi qu'on ne retrouve que ce qu'on connaît.

J'ai fait une liste sommaire des diagnostics psychiatriques possibles. On trouve les troubles de l'humeur, qui sont caractérisés par une dépression majeure ou des épisodes maniacodépressifs. Viennent ensuite les troubles de la maîtrise de l'impulsivité et, bien sûr, les abus de substances toxiques. Il y a aussi les troubles psychotiques, les troubles anxieux et les troubles de conduite, etc. On sait pertinemment que ce n'est pas si simple que cela et que les diagnostics sont difficiles à poser. De plus, il ne faut pas oublier la comorbidité, c'est-à-dire plusieurs maladies qui se manifestent en même temps, quelle qu'en soit la raison. Il est évident qu'un adolescent aux prises avec une phobie sociale grave qui l'empêche de se rapprocher de ses pairs court beaucoup plus de risques de faire une dépression qu'un adolescent très à l'aise dans ses relations sociales.

QUELQUES HISTOIRES CLINIQUES

J'ai choisi de vous raconter trois histoires vécues pour illustrer les différents points que j'ai abordés. Bien entendu, ce sont des histoires simplifiées, mais qui n'en sont pas moins vraies. J'ai modifié les prénoms pour respecter la confidentialité.

Voici la première histoire. Valérie est hospitalisée après une tentative de suicide dont elle s'est sortie par miracle. Elle s'était jetée sous un train. Le diagnostic d'épisode maniacodépressif est très rapidement posé lorsqu'elle est admise à l'unité de psychiatrie des adolescents. Elle était suivie depuis presque un an par une bénévole dans un centre de prévention du suicide de sa région. Il est évident que cette histoire se passait il y a plusieurs années. Je ne veux pas mettre en cause cette bénévole qui a fait son travail avec énormément de générosité, mais on ne pense qu'à ce qu'on connaît, d'où l'importance des campagnes d'information et de sensibilisation à la dépression et à toute une gamme de maladies psychiatriques qui rend les enfants vulnérables.

Voici la deuxième histoire. François est placé dans un centre d'accueil sécuritaire pour troubles de conduite graves. Depuis quelques semaines, il est très agressif, irritable et il s'isole alors que, depuis qu'il était placé dans un centre sécuritaire, il avait connu une période où il allait beaucoup mieux. Une première tentative de suicide par pendaison échoue. Il se pend quelques jours plus tard après avoir demandé qu'on ferme sa porte. L'intervenant social qui était présent à l'unité à ce moment-là dira qu'il n'était pas disponible parce qu'il était auprès d'un adolescent qui lui parlait et qui menaçait de se suicider. Donc, il n'avait pas eu le temps de s'occuper de ce jeune qui était manifestement extrêmement souffrant. On peut évoquer le manque de ressources. Je ne blâme absolument pas cet intervenant, qui était là et qui a fait ce qu'il a pu ; le problème n'est pas là. Le propos de ces histoires est simplement de vous montrer comment le dépistage peut être difficile.

La troisième histoire est assez récente. Philippe est à l'université. Il a choisi des études qui lui plaisent et vit dans un milieu aimant et favorisé. C'est un cas que j'ai choisi parce qu'on a trop tendance à associer le suicide à des situations très défavorables en ce qui a trait au milieu de vie, à l'encadrement et à l'environnement, ce qui n'est toujours le cas. Depuis l'été, il se bat contre des idées envahissantes de suicide, il ne se concentre plus et il a perdu 25 livres. Il ressent de la honte et de la culpabilité, mais il ne peut en parler à personne. Il garde le même rythme de vie grâce à des efforts surhumains. Souvenez-vous, parfois on dit que personne n'avait vu venir cela. Il est encore à l'université, il passe ses examens et les réussit. C'est sa mère qui l'a forcé à consulter un médecin. Effectivement, il était en dépression majeure. C'est un jeune homme qui a parfaitement bien répondu aux antidépresseurs. Mais voyez comme cela peut être compliqué au moment de la consultation.

QUELQUES CONSTATATIONS

Ceux qui parlent le plus de ce suicider ne sont pas forcément ceux qui courent le plus de risques de passer à l'acte. Cela ne veut pas dire que, quand on en parle, on ne va pas le faire. Mais ceux qui n'en parlent pas peuvent aussi faire partie des personnes à risque.

Plus un adolescent est malade, moins il ira spontanément consulter un médecin ; et ceci est vrai spécialement pour les garçons.

Les diagnostics psychiatriques sont difficiles à poser à l'adolescence. Le diagnostic de dépression est difficile à poser. Il ne s'agit pas de faire le diagnostic d'un adolescent découragé après un échec. Ce sont des diagnostics qui demandent du temps et qui se fondent sur certaines caractéristiques. Je crois qu'il faut à ce moment avoir les ressources nécessaires pour effectuer un tel diagnostic.

LA PRÉVENTION

Diminuer le taux de suicide

Si l'on veut réellement diminuer le taux de suicide, il faut reconnaître les personnes à risque. Il faut agir avec un traitement énergique. Les personnes qui courent le plus de risques sont celles qui présentent un ou plusieurs troubles psychiatriques. Un des groupes pour lesquels le risque de se suicider est élevé est celui des jeunes en centre jeunesse. Ces enfants cumulent presque tous les facteurs de risque.

Des mesures concrètes

La prévention du suicide devrait être centrée sur l'engagement de la famille et des différentes personnes-ressources du milieu de vie du jeune. Le médecin de famille a aussi un rôle essentiel à jouer. Les adolescents ne vont pas consulter spontanément un psychiatre ; il est plutôt la dernière personne que ces jeunes veulent rencontrer. Par contre, ils iront plus facilement voir leur médecin de famille pour toutes sortes de raisons, que ce soit pour de l'acné, une fatigue ou des douleurs inexplicables. Il faut donc former les médecins de famille. Il faut les inciter à évaluer systématiquement chez les jeunes les risques de se suicider et leur permettre d'entreprendre un traitement. Je crois qu'il est indispensable de donner accès rapidement à l'évaluation psychiatrique lorsqu'elle est nécessaire.

CONCLUSION

La prévention du suicide, à mon avis, passe avant tout par un meilleur dépistage, un traitement vigoureux et une prise en charge coordonnée des enfants à risque. Il est important d'avoir une organisation des soins adéquate pour permettre des interventions adaptées. Bien sûr, la concertation est indispensable. Sur l'ensemble des enfants qui ont des comportements suicidaires, les enfants qui courent le plus de risques de passer à l'acte doivent être évalués et traités. La solidarité sociale est un élément très important. Ce problème nous concerne tous, professionnels et non-professionnels. Par contre, ce qui concerne la maladie mentale et les troubles mentaux relève des professionnels. Je rappelle qu'il s'agit de diagnostics difficiles à poser. Je crois qu'il faut que chacun ait son champ d'expertise et de compétences prédéfini, qu'il faut reconnaître ce fait et agir dans son champ de compétences selon ses limites.

Les jeunes en centres jeunesse au Québec :
un groupe à risque élevé de suicide
auprès duquel il est urgent d'intervenir

par

François Chagnon

M. François Chagnon est détenteur d'un diplôme de doctorat en psychologie. Il travaille à l'Institut universitaire des centres jeunesse de Montréal ; il est également conseiller au Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (Crise) de l'Université du Québec à Montréal.

Je voudrais, aujourd'hui, vous présenter très brièvement un programme d'intervention qui a été élaboré à Montréal et qui s'adresse particulièrement au groupe à risque que constituent les jeunes en centre jeunesse.

QUELQUES DONNÉES

Bien que plusieurs facteurs de risque soient communs aux suicidés, curieusement le suicide se répartit de manière différente selon les caractéristiques des populations et des milieux de vie. Ainsi, nous croyons qu'une approche efficace de la prévention du suicide devrait permettre de déterminer les groupes dans lesquels le risque de suicide est élevé et de trouver des moyens adaptés aux besoins particuliers de chacun de ces groupes.

Un des groupes dans lesquels le risque de se suicider est élevé est celui des jeunes qui vivent dans un centre jeunesse au Québec. Nous savons, grâce à des recherches récentes, que le tiers des adolescents de 18 ans ou moins décédés par suicide au Québec en 1995-1996 avaient bénéficié des services des centres jeunesse. La grande majorité de ces jeunes, soit 79 % d'entre eux, recevaient des services des centres jeunesse au moment de leur décès ou en avaient reçu au cours de l'année qui a précédé leur mort.

Par ailleurs, nous avons fait des estimations et nous pouvons dire que le taux de risque de suicide chez les jeunes en centre jeunesse est au moins quatre fois plus élevé que celui que l'on observe chez les jeunes de la population en général au Québec, et ces calculs sont très prudents.

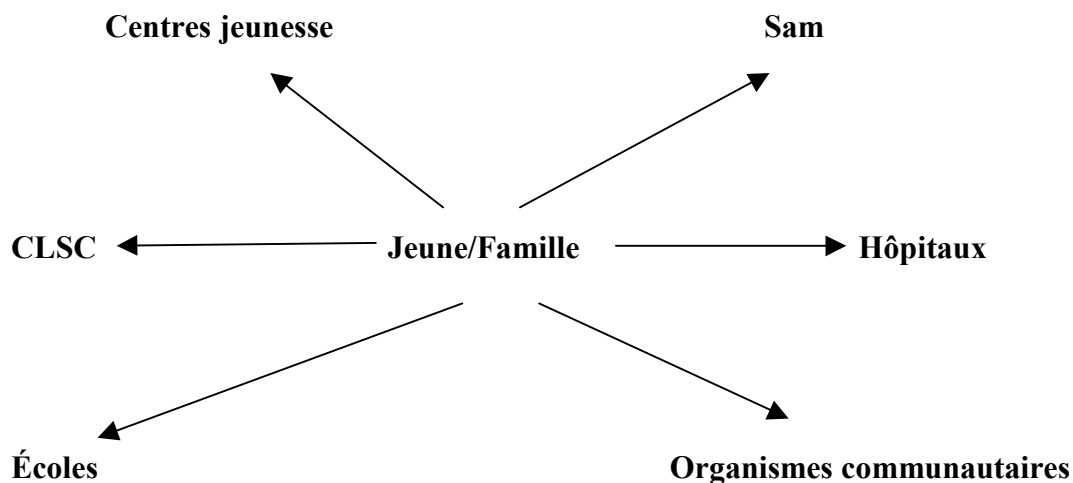
Des données récentes confirment que les tentatives de suicide sont exceptionnellement élevées chez les jeunes qui vivent dans les centres jeunesse. Deux recherches soutiennent que les taux varient de 33 % à 39 %, et cela toute la vie durant, chez les jeunes qui ont déjà été admis dans un centre jeunesse. Ces taux seraient de quatre à dix fois plus élevés que les taux établis par les principales études menées en sol québécois auprès de la population adolescente.

Les constats du groupe d'étude sur le suicide chez les jeunes en centre jeunesse

En 1998, à la suite du suicide d'un jeune qui avait eu des services des centres jeunesse, un groupe d'étude, qui était placé sous la direction du Protecteur du citoyen et qui réunissait des représentants de l'Association des centres jeunesse, du Collège des médecins et du Protecteur du citoyen, eu pour mandat d'examiner la problématique du suicide chez les jeunes en centre jeunesse. L'étude a principalement porté sur la coordination des services médicaux, psychosociaux et de réadaptation. Le groupe a remis son rapport au printemps 1999.

Ce rapport contient plusieurs recommandations, dont certaines sont actuellement en voie d'être appliquées. Le groupe d'étude a fait plusieurs constats, dont celui que les difficultés de concertation entre les organismes et le manque de continuité dans les interventions sont des obstacles majeurs à la prévention du suicide chez les jeunes qui vivent en centre jeunesse. Le groupe note aussi des lacunes sur le plan de la formation, plus particulièrement en ce qui concerne les connaissances relatives à la santé mentale. Il relève encore comme problème l'absence de consensus dans les divers groupes d'intervenants quant à un modèle théorique global du suicide.

De leur côté, le jeune en difficulté et sa famille, qui bénéficient des services du réseau des centres jeunesse et de ceux qui sont offerts par d'autres partenaires, sont susceptibles de fréquenter plusieurs milieux de vie et, donc, de recevoir simultanément de l'aide de plusieurs groupes de professionnels du réseau de la santé ou de la communauté. Or, il apparaît, selon cette étude, que les interventions sont rarement concertées et sont souvent conduites à partir d'approches théoriques sur le suicide qui sont différentes selon les milieux d'aide.



Dans ce contexte, que j'appelle le syndrome de la tour de Babel, chacun conduit son action à partir de sa propre théorie, de sa compréhension, des choses et du langage qui lui est familier.

Au terme du mandat du groupe de travail, certaines recommandations avaient déjà été adoptées par les centres jeunesse. Un fait intéressant à signaler est que ce groupe de travail a fait naître une dynamique de travail fructueuse entre les centres jeunesse et le Département de psychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine. Depuis ce temps, de nombreux partenaires se sont ajoutés à ce noyau de départ. Ensemble, nous nous sommes alors demandé ce que nous pouvions faire concrètement pour améliorer la situation, pour qu'il y

ait vraiment une concertation et une continuité dans les actions entreprises auprès des jeunes en difficulté qui se trouvent dans le réseau des centres jeunesse. Nous en sommes venus à la conclusion que la façon la plus simple de changer concrètement les choses était de réunir les partenaires susceptibles d'intervenir auprès de ce groupe de jeunes et de concevoir avec ces gens un modèle théorique d'intervention concertée.

PROJET PILOTE SUR DEUX TERRITOIRES DE CLSC À MONTRÉAL

Avec le soutien de la Régie régionale de Montréal-Centre, nous avons décidé de lancer un projet pilote sur deux territoires cibles de CLSC, soit celui des Faubourgs et celui du Plateau Mont-Royal. Nous avons convié des partenaires de divers milieux. Parmi les membres de ce projet, nous pouvons désormais compter sur des gens des centres jeunesse de Montréal, du milieu médical, soit l'Hôpital Sainte-Justine et le CHUM, du milieu scolaire, soit les écoles Pierre-Dupuys et Jeanne-Mance, des CLSC, du Centre suicide action de Montréal et du centre Dollard-Cormier. En tout, plus d'une quarantaine de gestionnaires et d'acteurs sociaux, sur chacun des deux territoires, s'affairent à définir le modèle d'intervention concertée et continue.

Les objectifs

Nous avons proposé une méthode de travail assez rigoureuse et systématique, en quatre phases, encadrée par un devis de recherche évaluatif qui visait à permettre, d'une part, de décrire par une analyse de processus, ce que les gens feraient et ce qu'ils produiraient comme types d'interventions et, d'autre part, de déterminer les conditions de généralisation du modèle pour l'implanter dans d'autres territoires de CLSC. Il faut comprendre qu'il y a à Montréal 29 territoires de CLSC et plus de 10 établissements hospitaliers. Nous cherchions à définir un modèle qui pourrait s'appliquer à tous les territoires.

La méthode

Phase I - Diagnostic : inventaire de problèmes et recherche de solutions

La première phase est la phase diagnostique, qui ressemble beaucoup à ce qu'on associe habituellement à l'étude des besoins. Par territoire de CLSC, nous avons amené les gens à déterminer, à partir d'une approche intersectorielle, d'abord quels étaient les problèmes en matière d'intervention auprès de jeunes qui risquaient de se suicider, puis quelles seraient les solutions appropriées pour leur territoire.

Phase II - Planification : plan d'implantation des solutions

À la deuxième phase, après avoir établi des priorités parmi les solutions que les gens ont avancées, nous avons planifié l'implantation des solutions dans chacun des deux territoires.

Phase III - Implantation et vérification

Au cours de la troisième phase, nous passons de la théorie à la pratique. Nous cherchons à mettre en place, sur les deux territoires, les solutions proposées. Dans cette phase, la recherche évaluative nous permet de vérifier que ce qui se fait est conforme à ce qui a été décidé, au modèle théorique. Nous voulons aussi préciser les conditions qui vont nous permettre de généraliser le modèle.

Phase IV - Généralisation du projet et évaluation des effets

La quatrième phase est celle de la généralisation. Nous pouvons maintenant lancer le projet dans d'autres territoires et également, procéder à l'évaluation des effets.

Voilà, en résumé, le programme d'action à l'intention des jeunes des centres jeunesse. Le projet dure depuis bientôt dix-huit mois. Du point de vue des ressources, ce projet est exigeant car il s'inscrit dans un processus périodique et rigoureux. Le matériel de base se construit par la mise en commun de l'information apportée par les différents représentants des milieux médical et communautaire et ceux des centres jeunesse.

Les résultats préliminaires

Les résultats que je vous présente ici sont davantage des constats que des conclusions définitives, car le projet est toujours en cours. Ces résultats sont des indications que nous avons tirées d'une analyse de processus. Il semble que notre méthode de travail soit assez efficace pour nous permettre d'atteindre certains des objectifs que nous voudrions un jour mesurer de façon plus rigoureuse. Notre méthode a permis d'établir un certain consensus entre les différents milieux en matière de besoins à combler et de solutions prioritaires à apporter.

Un des effets intéressants de notre méthode est que le travail à partir de cas et avec des partenaires de plusieurs milieux a permis la clarification de certains concepts et de certaines connaissances sur le suicide. Nous nous sommes rendu compte que, pour une large part, les difficultés relatives à la concertation et à la complémentarité des interventions étaient dues à la confusion entourant certains concepts relatifs à la prévention du suicide, à l'ignorance de ces concepts ou encore à des connaissances incomplètes ou erronées. Une fois ces connaissances et ces concepts clarifiés, il a été plus facile de déterminer l'approche concertée.

Un des objectifs importants du projet était l'amélioration de la formation en ce qui concerne le suicide et la santé mentale. Les principaux organismes et établissements qui sont concernés par la formation sur le suicide - soit Suicide action Montréal, les centres jeunesse de Montréal et les hôpitaux, notamment le Département de psychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine - , se sont vraiment investis de façon importante, depuis plus d'une année, dans ce processus de travail. Leur collaboration sert, d'une part, à vérifier s'il y a concordance entre les contenus transmis par les différents formateurs et, d'autre part, s'assurer de la véracité, de la qualité et de la mise à jour de l'information. Actuellement, ce groupe de travail est au stade de la définition des indicateurs et du choix des méthodes qui pourront être utilisés dans tous les milieux d'intervention, quel que soit le point de vue; ces indicateurs et ces méthodes seront fondés scientifiquement de sorte qu'ils permettront d'évaluer les effets des formations sur les différents groupes de partenaires du projet.

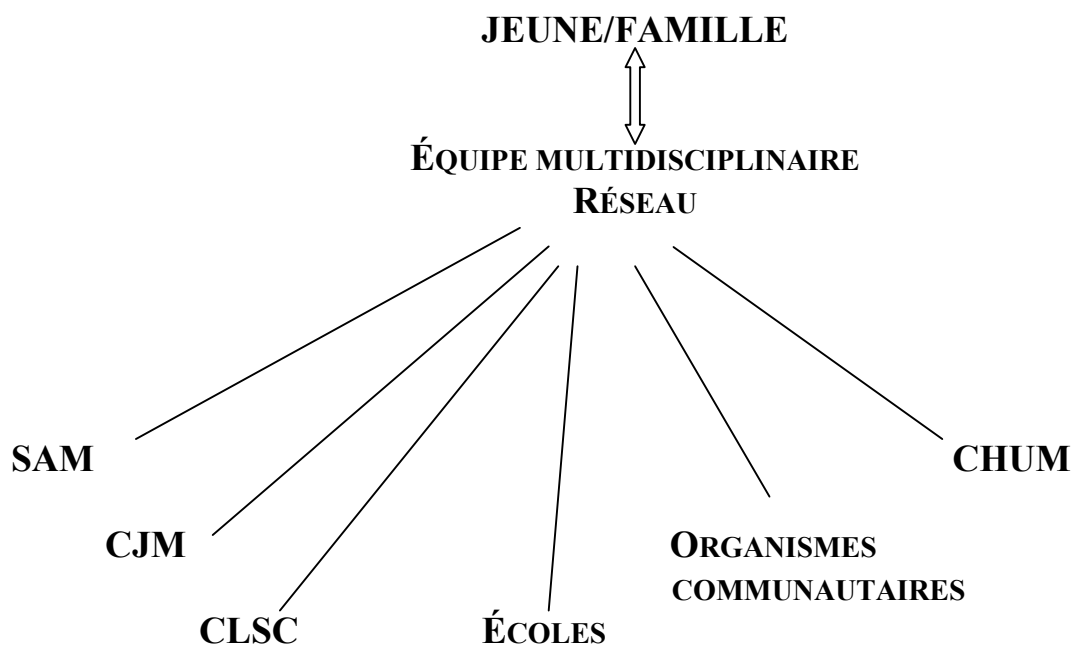
Notre méthode semble aussi avoir aidé à clarifier les rôles et les limites des différents acteurs. Il est essentiel tant de bien comprendre quelle est la mission particulière, quelles sont les limites et quels sont les secteurs forts de chacun des partenaires que de comprendre comment peut s'exprimer la complémentarité des interventions auprès des jeunes pour qui le risque de se suicider est élevé. En ce qui concerne le dernier point, nous avons conçu un protocole qui balise les actions et les responsabilités des divers groupes agissant auprès de ces jeunes. Nous sommes en train de faire approuver ce protocole par des écoles et des partenaires du projet avant de l'implanter.

L'équipe de réseau

Un des points importants sur lequel je veux insister est que, parmi les solutions qui sont apparues, il y a eu la proposition de mettre en place une équipe de réseau sur chacun des territoires, dont le fonctionnement serait basé sur des mécanismes de concertation. Nous avons retenu cette proposition. Ce que nous entendons par une équipe de réseau, c'est un regroupement de ressources formé des partenaires du projet dans chacun des milieux. Ce groupe, à partir d'une pratique fondée sur le protocole qui sera approuvé, adopte une approche qui vaudra pour tous les sites d'un même territoire et un fonctionnement multidisciplinaire, c'est-à-dire qu'il associe à sa mission à la fois des gens du secteur de la santé et d'autres du secteur social, tels que les intervenants sociaux des centres jeunesse. Ces personnes-là créent une équipe de réseau pour la santé mentale, ce qui leur permet d'avoir une compréhension multidisciplinaire des situations liées à la problématique suicidaire que connaissent les jeunes qui leur sont envoyés. Cette équipe a comme fonction de faciliter la prise en charge globale de la situation dans laquelle le jeune et sa famille se trouvent et elle assure la liaison entre les professionnels de la santé de première ligne et ceux de troisième ligne, tels que les pédopsychiatres.

Cette équipe a aussi comme mandat d'assurer la continuité des interventions. Par continuité, nous entendons, d'une part, une coordination accrue des actions des différents organismes qui prennent part à une intervention et, d'autre part, une continuité longitudinale, dans le sens où cette équipe travaille dans le réseau de façon à éviter que les interventions soient uniquement sectorielles ou limitées au caractère urgent d'un cas. Nous voulons donner un plan d'action et une vision à long terme à la prise en charge du jeune et de sa famille.

L'équipe du réseau, du fait qu'elle regroupe des gens de différents services, va donc permettre un accès plus facile à ces services. Le pari est que la mise en place de cette équipe puisse vraiment permettre d'obtenir une connaissance approfondie de chacun des territoires, des individus qui y habitent, des jeunes et des familles pour qui les risques de se suicider sont élevés. C'est une équipe qui assure une liaison multidisciplinaire, qui facilite l'accès aux services appropriés et qui assure la continuité des services auprès des jeunes et de leur famille.



Les prochaines étapes

En ce qui concerne les prochaines étapes, nous prévoyons déposer, à la fin du mois de mars, le rapport de l'analyse de processus. Pour nous, ce dépôt est important parce qu'il contient des éléments qui deviendront des points de référence pour l'implantation du modèle dans d'autres territoires. Il est d'ailleurs prévu d'implanter ce modèle dans trois autres territoires de CLSC à compter de juin 2001. J'aimerais souligner qu'avec l'aide de nos partenaires, nous avons constitué un groupe d'experts qui s'occupe plus particulièrement des enfants. Ce groupe a pour mandat de s'assurer que les différentes réalisations qui émanent du projet soient adaptées à la réalité des enfants.

CONCLUSION

Il faut considérer que le processus de travail est toujours en cours. Pour l'instant, nous pouvons dire qu'il est exigeant et rigoureux, mais qu'il semble être utile à la concertation. D'une part, nous notons la nécessité d'une grande coordination entre les associations et les établissements qui sont représentés. En effet, ce processus demande une volonté ferme de la part des gestionnaires qui participent au projet d'implanter un modèle comme le nôtre sur leur territoire. D'autre part, ce modèle prévoit des actions qui relèvent davantage du traitement pour aller éventuellement vers la prévention du suicide. Donc, le programme à la base du modèle doit tenir compte des particularités territoriales et doit s'articuler avec les activités qui existent déjà en matière de promotion de la santé mentale ou de prévention du suicide. Nous ne pouvons proposer un tel modèle sans faire préalablement une démarche pour approfondir notre connaissance de chacun des territoires. Un tel projet demande aussi un consensus quant aux besoins. Les partenaires doivent vraiment s'entendre sur la pertinence du projet et sur la nécessité de l'entreprendre ensemble s'ils veulent que ce projet fonctionne, sinon il est de toute évidence voué à l'échec.

Comme dans tout projet qui regroupe un grand nombre d'organismes et de personnes, nous devons nous assurer que nos actions ne fassent pas double emploi avec d'autres. Il faut définir clairement les différents champs de responsabilités et les rôles dévolus aux différents secteurs d'intervention. Enfin, nous devons nous appuyer sur la mise en place de mécanismes de concertation. C'est le type de projet qui est toujours en évolution. C'est pourquoi les partenaires se sont dotés d'outils pour assurer le suivi continu et l'évaluation du projet, instruments qui permettront à l'équipe de recueillir de l'information sur les actions entreprises et de revoir, de façon systématique, les solutions proposées, les éléments du protocole, etc. C'est également un mécanisme d'apprentissage continu. C'est donc un projet qui nécessite une grande souplesse et des ajustements continus pour pouvoir bien fonctionner.

La prévention du suicide chez les jeunes, c'est possible

par

Lucie Charbonneau

Mme Lucie Charbonneau est détentrice d'un doctorat en psychologie. Elle est responsable de projet à l'Association québécoise de suicidologie.

Je suis ici pour vous présenter un projet de l'Association québécoise de suicidologie. L'Association est un regroupement de personnes-ressources qui travaillent principalement à la prévention du suicide. L'Association, c'est un ensemble d'organismes qui s'intéressent à la problématique du suicide sur une base plus ponctuelle. D'ailleurs, comme vous pouvez le constater, il y a beaucoup de membres qui sont présents ici, au forum.

Une très grande partie de la communication a été réalisée par Sylvaine Raymond, qui est directrice de l'Association québécoise de suicidologie. Comme madame Raymond ne peut être présente aujourd'hui, c'est avec plaisir que je ferai la présentation à sa place et que je vous décrirai le projet *Agir ensemble pour les jeunes*. C'est un projet de l'Association qui nous tient beaucoup à cœur.

Je vais d'abord tracer les grandes lignes des raisons qui nous ont amenés à nous intéresser à ce projet. Je vais aussi vous faire part de certaines activités qui ont déjà été réalisées. Finalement, je vais vous présenter le projet dans son ensemble.

UN PEU D'HISTOIRE

Avant 1985, le suicide était une réalité tabou. On ne parlait pas beaucoup de ce sujet. Lorsqu'on faisait quelque chose pour prévenir le suicide, c'était des interventions principalement axées sur des soins psychiatriques ou psychologiques.

Les premiers programmes de prévention qui sont apparus, à cette époque-là se déroulaient dans les écoles et ils se résumaient principalement à des activités de sensibilisation. On parlait aux jeunes des mythes qui entouraient le suicide, des signes avant-coureurs et des actions possibles en même temps qu'on les informait des ressources disponibles.

Depuis 1985, il y a eu une multiplication des activités. Ces interventions, très diversifiées, sont d'une durée et d'une intensité variables. Par contre, elles ont rarement une cible très précise. Ces activités sont nées d'une bonne volonté des acteurs concernés par le suicide et aussi du sentiment qu'il était urgent d'agir, car on commençait à constater plus fréquemment des situations de crise dans les écoles.

Depuis 1990, les activités de prévention du suicide ont bien trouvé leur place dans le système scolaire.

L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE SUICIDOLOGIE ET LA PRÉVENTION DU SUICIDE CHEZ LES JEUNES

En 1996, l'Association québécoise de suicidologie en collaboration avec l'Assurance vie Desjardins-Laurentienne et le Conseil permanent de la jeunesse, a organisé une réunion d'experts sur la question du suicide chez les jeunes. À partir de la technique du groupe nominal, nous déterminé certaines priorités d'action.

Des outils pour la vie

En 1997, nous avons satisfait à une de nos priorités en produisant un répertoire de tout le matériel, de tous les programmes et de toutes les activités existant au Québec depuis 1985. Nous avons nommé ce répertoire *Des outils pour la vie*.

Quelques observations quant au travail et au matériel antérieurs

Voici ce que nous avons observé d'une manière générale en faisant l'inventaire des différents produits. Souvent, les modèles théoriques n'étaient par particuliers au suicide. D'autres fois, le nom des actions était inapproprié. D'autres fois encore, les buts et les objectifs poursuivis étaient irréalistes. Par exemple, on disait que le but d'une activité qui réunissait des jeunes sur une scène pour les faire chanter, c'était de prévenir le suicide. Les activités étaient ponctuelles et elles ne faisaient pas partie d'une stratégie globale. Donc, il y avait beaucoup d'actions, mais une faible connaissance de la problématique. Le contenu pouvait même parfois être dangereux. Par exemple, on illustrait des moyens de se suicider. De plus, la sensibilisation se faisait souvent sans filet de sécurité. Enfin, nous avons noté qu'il y avait peu de programmes globaux dans lesquels on utilisait du matériel récent et que le matériel audiovisuel aussi était vieux. Nous nous sommes dit qu'il fallait que le contenu des programmes soit actualisé et, bien sûr, qu'il fallait en faire une évaluation rigoureuse.

AGIR ENSEMBLE POUR PRÉVENIR LE SUICIDE CHEZ LES JEUNES

Le modèle écologique

Le groupe d'experts qui a conçu le projet *Agir ensemble pour les jeunes* a choisi un modèle théorique bien défini, celui de Jennifer White. Le groupe s'est largement inspiré de son modèle en considérant la problématique du suicide comme un comportement prenant racine dans un contexte où une variété de facteurs de risque et de facteurs de protection interagissent et amènent finalement le jeune dans une impasse intolérable.

Les hypothèses du programme

Pour guider nos actions, nous avons fait le raisonnement suivant : si nous sommes capables de former des personnes qui seront aptes à aider les jeunes suicidaires, si nous sommes capables d'établir des mécanismes de communication entre les ressources, si nous pouvons sensibiliser les parents et les jeunes à l'importance de reconnaître les indices d'un comportement suicidaire et si nous pouvons les informer sur les ressources qui existent, alors nous allons contribuer à la prise en charge rapide du jeune suicidaire et nous serons plus en mesure de prévenir le passage à l'acte.

Les objectifs généraux

D'abord, il faut outiller les intervenants sociaux pour l'organisation d'activités de prévention du suicide. Il faut ensuite assurer la présence de personnes formées pour intervenir auprès des jeunes suicidaires. Enfin, il faut sensibiliser l'entourage à l'importance de reconnaître précocement des suicidaires et d'agir rapidement.

Outiller les intervenants sociaux pour l'organisation d'activités de prévention du suicide

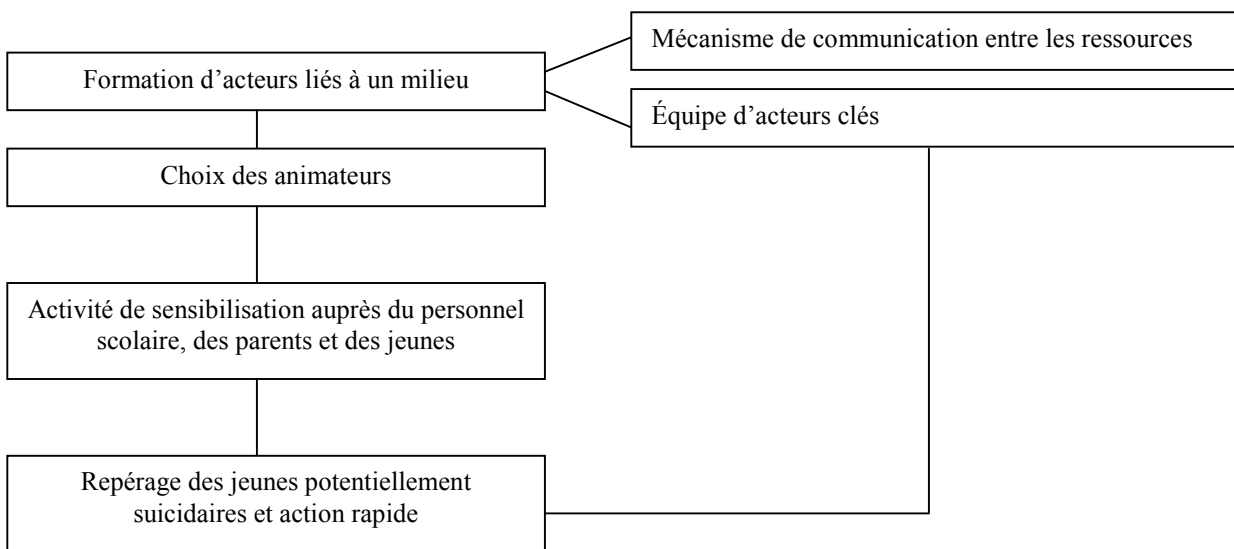
Nous avons produit une vidéocassette, destinée aux parents et aux jeunes, qui s'intitule *Le secret*. Son contenu a été examiné à la loupe, vérifié et revérifié par un groupe d'experts. Le lancement de cette vidéocassette est prévu pour le mois de mai 2001. Il s'agit seulement d'un petit élément du programme.

D'autres moyens pour atteindre cet objectif sont l'élaboration d'un programme de formation et la production d'un cahier de formation pour les intervenants sociaux. De plus, nous avons réalisé un guide d'implantation des activités pour les personnes travaillant en milieu scolaire qui veulent organiser des activités de sensibilisation. Ce guide d'implantation leur montre comment structurer une activité valable et comment vérifier si elle fonctionne bien.

Assurer la présence de personnes formées pour intervenir auprès des jeunes suicidaires

Le premier moyen est une formation intensive de dix-huit heures. Cette formation s'adresse à tous les acteurs du milieu scolaire et de l'entourage qui pourraient rencontrer un jeune en détresse. Nous pouvons penser au travailleur social du CLSC, au policier, au personnel scolaire, bref, à toutes les personnes auxquelles un jeune pourrait s'adresser.

La séquence des activités de formation



La séquence des activités de formation est très importante. D'abord, nous commençons par la formation des personnes qui travaillent dans la communauté. Cette formation est offerte par des formateurs accrédités. Les personnes que nous formons sont des gens que le jeune risque de rencontrer dans son milieu. Nous débutons par ces personnes pour tisser un filet de sécurité autour des autres acteurs, des parents et des jeunes. Nous voulons être sûrs qu'il y a des gens formés autour d'eux, auxquels ils pourront recourir s'il se passe quelque chose de grave, avant de nous lancer dans une campagne de sensibilisation. Un autre point important est que ces réunions de formation, qui regroupent environ une douzaine de personnes, permettent de créer des liens réels. Elles permettent donc d'établir des mécanismes de communication entre les ressources. C'est aussi dans ces réunions de formation que nous allons choisir les acteurs clés qui animeront les activités de sensibilisation.

Le deuxième moyen de parvenir à assurer la présence de ressources est d'établir un mécanisme de référence. À chaque formation, nous apprenons immédiatement aux gens où aller chercher les sources de référence. Finalement, le troisième moyen est de déterminer des acteurs clés qui seront aptes à agir dans le milieu scolaire.

Sensibiliser l'entourage à l'importance du repérage précoce des jeunes suicidaires et d'une action auprès d'eux

Nous tenons des réunions de sensibilisation de trois heures. Nous rencontrons d'abord le personnel scolaire et d'autres adultes qui entourent les jeunes, ce qui permet de tisser un filet de sécurité un peu plus serré autour de ces jeunes. Ensuite, nous rencontrons les parents après leur avoir téléphoné pour les inviter à la réunion de sensibilisation. En dernier lieu, nous rencontrons les jeunes.

Le contenu des réunions de sensibilisation

Nous voulons sensibiliser le personnel scolaire, les parents et les jeunes aux indices des comportements suicidaires chez les jeunes.

Nous voulons aussi les informer tous sur les particularités de l'adolescence et susciter chez les jeunes une réflexion approfondie sur les notions de secret et de loyauté. Par exemple, plusieurs jeunes pensent que, si un ami leur a confié un secret, ils ne peuvent pas aller en parler à quelqu'un d'autre. Nous voulons que les jeunes prennent conscience que ce secret pourrait coûter cher.

Les réunions de sensibilisation visent à outiller le personnel scolaire, les parents et les jeunes, en leur faisant connaître les actions possibles et les ressources disponibles.

La population cible

Notre population cible est formée des jeunes de quatrième année du secondaire. Nous avons choisi les jeunes de ce niveau, car le contenu de notre projet et de la vidéocassette ainsi que le matériel conviennent bien à leur degré de maturité. Il y a aussi le fait qu'ils ont entre 15 et 16 ans et que c'est la dernière chance que nous avons de les atteindre avant qu'ils ne décrochent ou qu'ils ne soient plus obligés d'aller à l'école.

Où en sommes-nous rendus ?

La vidéo, qui dure une trentaine de minutes, est déjà produite et évaluée. Nous la présentons aux trois réunions de sensibilisation. Le guide d'accompagnement de la vidéo est en cours d'évaluation. Le programme a été offert dans trois régions du Québec, soit Laval, Lanaudière et le Bas-Saint-Laurent, et il

le sera peut-être bientôt en Montérégie ; nous attendons à cet effet la réponse d'une école. Dans chaque région, un responsable assure la coordination et l'implantation du programme. Ce responsable est chargé de recruter les personnes du milieu qui participeront à la formation. C'est aussi lui qui fait le lien avec l'Association québécoise de suicidologie. Évidemment, l'implantation du projet est en cours d'évaluation. Les réunions de formation qui ont été tenues jusqu'à maintenant ont soulevé l'enthousiasme. Les gens qui ont participé aux réunions de formation ont dit que le fait de s'asseoir ensemble permet de réellement créer des liens. Il y a une personne du milieu scolaire qui a dit : « Ce qui m'inquiète quand le 22 juin arrive, c'est que je m'en vais et que je laisse mon élève suicidaire tout seul. Alors, le fait de connaître quelqu'un à qui je peux parler de mon élève suicidaire et à qui je peux demander de s'en occuper est très rassurant et me permet de passer de meilleures vacances. »

Nous espérons que toutes ces actions vont contribuer à nous faire reconnaître les jeunes qui sont potentiellement suicidaires et surtout à nous faire intervenir rapidement auprès d'eux pour les orienter vers les bonnes ressources. En plus, je crois que le fait d'intéresser tout un milieu à la question de la prévention du suicide fait prendre conscience au jeune que son milieu et sa culture scolaire disent non à l'option du suicide. Le milieu de vie et l'école, en acceptant ce programme, disent clairement aux jeunes : « Non, nous ne voulons pas que vous vous suicidiez. »

Questions, commentaires et réflexions

Dans le cadre de la journée de réflexion sur la prévention du suicide chez les jeunes, une période de questions a été réservée à la fin de chaque communication des conférenciers ainsi qu'à la fin de la journée. Pour la présente section des actes du forum, nous avons sélectionné des questions et des réponses qui nous permettent de jeter un éclairage additionnel sur les préoccupations des participants et des conférenciers.

L'ÉCOLE

- I- Après la présentation de M. Yvan D'Amours, l'hôte du colloque, M. Brian Mishara, lui a dit : « Si j'ai bien compris, il n'y a pas de contenu particulier qui porte sur le suicide dans la réforme ; cependant, il y a une approche qui préconise plus la promotion de la santé et tout cela. »

M. D'Amours lui a répondu : « Il n'y a pas d'allusion au thème particulier du suicide ni à aucun autre thème. C'est important de comprendre que la réforme est décentralisée au niveau de la commission scolaire et au niveau de l'école. Les gens de ces institutions peuvent utiliser les différents objectifs et les différentes compétences qui sont visés à l'aide de thèmes. Donc, cela peut être la prévention du suicide ou la prévention de la toxicomanie. Quant nous parlons de développer l'estime de soi, le respect des autres, l'entraide chez les jeunes, cela peut être illustré par différents thèmes. »

- II- Toujours dans la même période de questions, Mme Louise Leduc a fait le commentaire suivant à M. D'Amours : « Vous avez parlé de former le personnel scolaire. Des programmes de prévention nous en avons vus passer, par exemple Solidaires pour la vie, Parler c'est grandir, et celui dont on parle aujourd'hui. Il me semble que l'éducation des adultes est un secteur qui est oublié. Pourtant, c'est un groupe particulièrement à risque. Vu le taux de décrochage, les élèves y sont de plus en plus jeunes. La majorité a entre 16 et 20 ans. C'est donc un milieu tout indiqué pour agir. Les jeunes reviennent, sur une base volontaire, dans un milieu d'éducation. Mon intervention est à la fois un commentaire et une question. »

M. D'Amours lui a répondu : « Je suis entièrement d'accord avec vous. Moi, je suis du secteur des jeunes, alors c'est d'autres collègues dans une autre direction qui s'occupent de l'éducation des adultes. Je sais qu'ils préparent des choses, notamment en prévention de la toxicomanie, qui font leur chemin. Ce qui n'aide pas, c'est que dans les cadres légal et réglementaire de l'éducation, les services complémentaires sont prévus pour les jeunes. Alors, à l'éducation des adultes, il n'y en a pas ou il y en a très peu parce qu'il n'y a pas d'obligation d'en offrir. Évidemment, c'est un problème et, compte tenu du fait qu'il y a de plus en plus de jeunes à l'éducation des adultes, la préoccupation est là. Je sais que mes collègues ont entrepris des travaux à ce sujet, des comités y travaillent. Mais il n'y a pas pour le moment de cadre réglementaire qui pourrait donner un coup de pouce en ce sens. »

III- Après l'intervention de M. Richard Boyer, Mme Sylvie Bercier lui a dit : « J'aimerais savoir s'il y a des raisons qui motivent votre choix de présenter votre programme seulement à des élèves des quatrième et cinquième secondaire plutôt qu'à tous les élèves du secondaire. J'aimerais aussi savoir si vous avez constaté, chez les élèves, une diminution des préjugés par rapport à la dépression ou à la santé mentale en général après le passage de vos animateurs dans les écoles. »

M. Richard Boyer a répondu : « Le choix des quatrième et cinquième secondaire est une question stratégique par rapport au message que nous voulons transmettre et à la manière dont nous voulons le transmettre. Il y a trois grandes lois de la communication, soit les trois A de la communication : auditoire, auditoire, auditoire. Il faut vraiment que le message soit organisé et vise des groupes bien particuliers, surtout sur des questions aussi complexes que la dépression, ses symptômes et les troubles mentaux. Quant aux questions qui peuvent être soulevées par les élèves eux-mêmes, nous voudrions qu'elles soient de même niveau. Donc, nous pourrions penser éventuellement concevoir un modèle ou une approche qui viserait les élèves des première, deuxième et troisième années du secondaire mais, pour l'instant, c'est une question de stratégie.

Quant à la modification des attitudes, Nous voyons des changements importants, dans la demande d'aide par exemple. Au départ, certains élèves disent que la dépression n'existe même pas chez les jeunes. Elle existe chez les adultes, mais les jeunes ne peuvent pas souffrir de dépression. Nous avons vu des changements importants aussi par rapport à ce qu'on doit faire si soi-même ou un ami souffre de dépression. Il s'agit de vraiment aider les jeunes à aller chercher de l'aide plutôt que de tenter de régler le problème tout seuls et de tout prendre sur leurs épaules ; nous voulons plutôt les inciter à consulter les gens qui sont là, autour d'eux. Habituellement, les animateurs ont une liste des personnes qui peuvent offrir ce genre de services dans l'école, ces gens-là sont souvent dans la salle pendant l'animation et nous pouvons les présenter. Donc, je n'irais pas jusqu'à dire que nous avons complètement démystifié la dépression et les maladies mentales, mais je pense que nous avons secoué l'ensemble des préjugés qui existent habituellement.

LES INTERVENTIONS

M. Brian Mishara a demandé à Mme Jennifer White : « Vous avez parlé des interventions précoces, mais il s'agit de reconnaître des personnes à risque si j'ai bien compris, des personnes qui ont une prédisposition au suicide, qui présentent des facteurs de risque. Cependant, il y a beaucoup d'études qui soutiennent que reconnaître un jeune comme étant une personne à risque peut aussi créer des situations difficiles et plutôt dangereuses. Est-ce que vous pouvez faire un commentaire à ce sujet ? Comment aborder cet enjeu ? Si nous avons quelqu'un qui présente des facteurs de risque mais qui n'est pas encore suicidaire, que doit-on faire ? N'y a-t-il pas un danger d'étiqueter quelqu'un comme personne à risque ? »

Mme Jennifer White a répondu : « C'est un souci que les gens ont. Cette recherche se fait principalement dans le cadre de programmes de dépistage, où il y a un effort, par exemple de l'école, pour reconnaître les jeunes qui courent le risque d'être suicidaires. Le souci de savoir ce qui va arriver aux jeunes qui ont été perçus comme réellement suicidaires vient en partie, je crois du poids entourant le fait d'être suicidaire. Or, une partie de notre travail est de dire que nous avons besoin de vérifier ces choses et nous avons besoin de poser des questions pour ne pas continuer à nous demander si oui ou non une personne qui dit ne pas être suicidaire l'est vraiment alors qu'elle est justement dans une période difficile : « Ma blonde vient de me laisser, mais je ne suis pas suicidaire. » Il est approprié d'avoir un échange avec une personne qui tiendrait un tel discours et d'utiliser ces mots sans avoir peur d'étiqueter un jeune comme suicidaire.

L'autre point que j'aimerais aborder est l'intervention précoce. Quand nous parlons du continuum des risques, comme dans le document que je vous ai remis¹, nous pensons à des populations, à des groupes à risque plutôt qu'à des individus. C'est la phase de l'intervention précoce ou de la promotion de la santé mentale. Quand nous commençons à reconnaître des individus à risque, nous sommes plus au niveau de l'évaluation et du traitement. C'est différent des interventions précoces. »

M. Kees Maas s'est adressé à M. François Chagnon : « J'ai une question par rapport à la prise en charge. Quand nous travaillons avec quelqu'un, un patient, selon le point de vue que nous avons, qu'est-ce qui se passe ? Disons que c'est un jeune qui est dans un foyer de groupe qui relève d'un territoire. Il relèvera toujours de son foyer de groupe. Comment se passe la prise en charge ? »

M. Chagnon a répondu : « Très concrètement, l'idée est d'assurer la coordination des différents milieux liés à l'intervention sur un même territoire. L'équipe de réseau est donc là pour offrir des services, accompagner les jeunes qui vivent dans le territoire géographique du CLSC. Dans l'exemple que vous donnez, l'équipe de réseau va essayer de savoir, dans un premier temps, si ce jeune reçoit déjà des services d'un autre milieu d'aide. Est-ce que ce jeune-là est connu des milieux psychiatriques ? Est-ce qu'il est connu à l'école ? Est-ce qu'il a des antécédents suicidaires ? L'équipe de réseau va essayer de réunir rapidement les différents partenaires avant de rencontrer les personnes qui sont concernées par la situation. L'équipe de réseau devient un peu un moteur à ce moment-là ; elle va examiner pour chaque cas les mesures qui sont nécessaires. Par exemple, si un jeune est connu à l'école parce qu'il a déjà fait des tentatives de suicide ou s'il a déjà un dossier au CLSC, l'équipe de réseau peut convoquer les personnes qui paraissent pouvoir élargir la discussion afin d'avoir une compréhension plus globale de la situation. Mais l'inverse peut aussi se produire, c'est-à-dire que les cas peuvent être amenés par des intervenants sociaux qui savent que l'équipe de réseau existe, qui sentent que la situation les dépasse et qui voudraient consulter l'équipe. »

Brian Mishara ajoute : « François, j'ai souvent entendu que l'on ne peut pas avoir ce genre d'échange à cause des problèmes de confidentialité. Qu'en pensez-vous ? »

M. Chagnon : « Évidemment, la question légale est complexe. Je vous dirai simplement que ces jeunes sont pour la plupart déjà suivis par des organismes. Donc, la question de la confidentialité se pose déjà. Ce sont des jeunes qui ont été dirigés vers un centre jeunesse ou qui consultent quelqu'un au CLSC. Nous procéderons essentiellement selon les mêmes dispositions légales qui prévalent lorsqu'un jeune ou une famille sont orientés vers ces milieux-là. Cependant, quand ce sont des jeunes et des familles qui ne font pas l'objet d'une décision d'un tribunal - imaginons que c'est dans un milieu scolaire - ce qui va être fait dépendra du type de situation : est-ce une urgence, par exemple une tentative de suicide qui mérite une hospitalisation, ou est-ce tout simplement une confiance faite en privé ? » La personne qui va agir traitera ce cas comme tout autre cas, c'est-à-dire qu'elle essaiera d'avoir au départ la collaboration du jeune et de la famille et qu'elle demandera à ces gens s'ils l'autorisent à consulter des collègues ; une demande va être faite pour autoriser les communications. »

TRAITEMENT MÉDICAL

Mme Johanne Fournier est intervenue et a posé une question à Mme Patricia Garel : « J'offre de l'aide psychosociale et je travaille auprès d'adolescents qui souffrent d'anxiété sociale, ou phobie sociale ; je voulais savoir si c'est utopique de penser pouvoir travailler avec un pédopsychiatre ou être orienté vers un pédopsychiatre. »

1. Voir l'annexe 1.

Mme Garel lui a répondu : « La phobie sociale est un sujet intéressant. Cela fait une dizaine d'années qu'on la voit dans la documentation et c'est une réalité, je peux le dire pour avoir eu quelques patients atteints de phobie sociale grave. C'est un problème sérieux qui s'accompagne d'une comorbidité très importante associée à la dépression et au suicide potentiel. Je vous dirai qu'un patient qui était sous mes soins et qui avait une phobie sociale grave s'est tué. C'est effectivement un thème important. Il faut travailler, je crois, avec des pédopsychiatres et là, je vous dirais que toutes ces nouvelles dimensions de la pédopsychiatrie ne sont pas encore assez répandues. On utilise des techniques cognitives, behaviorales. On utilise aussi des médications qui sont souvent utiles à des doses parfois supérieures aux doses habituellement utilisées. Le centre Fernand-Seguin est en train de mener un projet et des études. Il y a aussi l'Association des troubles anxieux du Québec, qui offre beaucoup de ressources par rapport à tous les troubles anxieux. »

Mme Fournier lui demande ensuite si les omnipraticiens sont en général sensibilisés à la phobie sociale. »

Mme Garel lui répond : « On essaie, on essaie, on commence par la dépression. Vous avez vu, on fait beaucoup de travail sur la dépression. De plus en plus, les médecins de famille entendent parler des thèmes qui sont abordés. Ce n'est pas simple d'être médecin de famille. Les omnipraticiens ont beaucoup de tâches à assumer et c'est aussi toute la question des soins et de leur accessibilité. C'est le type de journées comme celle-ci qui va nous permettre d'ouvrir des portes et d'être beaucoup plus efficaces en matière de travail complémentaire, d'aller retour. Ce qu'essaient de dire les spécialistes aux médecins omnipraticiens, c'est : « Vous avez un rôle majeur à jouer. C'est vous qui recevez les jeunes et il faudrait que vous ayez accès beaucoup plus facilement à des consultations spécialisées. Pas des consultations dans lesquelles nous vous envoyons un papier et nous vous disons quoi faire, mais une consultation verbale où nous sommes plus accessibles et plus disponibles pour vous assurer un soutien, à vous et aux autres équipes de santé mentale. »

M. Michel Walsh parle d'un cas particulier à Mme Garel : « Dans le cadre de mon travail comme psychologue au secondaire, je rencontre une jeune fille de quatorze ans qui a reçu un diagnostic de dépression majeure. Elle a rencontré une pédopsychiatre. Des antidépresseurs lui ont été prescrits. Récemment, elle a cessé de prendre ses médicaments. Depuis ce temps, elle se dit mieux. Je voulais savoir si, effectivement, il y a des gens pour qui la médication peut être contre-indiquée ou si cette personne se leurre en pensant qu'elle peut se passer de la médication. »

Mme Garel lui répond : « Je ne pense pas qu'un adolescent puisse se leurrer quand il vous dit qu'il se sent mieux sans médication. Il est quand même la meilleure personne pour savoir si cela lui fait du bien ou pas. Ce sont les gens qui prennent les médicaments qui sont habituellement les plus aptes à voir si cela les soulage ou non. Le problème de la dépression majeure est un problème de diagnostic et d'indication thérapeutique. Le tableau de la dépression majeure qu'on trouve dans le DSM4 n'est pas spécifique de ce problème, parce qu'on se rend compte que les mêmes symptômes peuvent apparaître après un échec ou un deuil. C'est beaucoup l'évolution de la dépression majeure, le contexte de la dépression majeure, les antécédents familiaux, l'ensemble des symptômes et l'absence de réponse à des premières interventions qui vont permettre de dire si, oui ou non, une personne a besoin de médicaments. Actuellement, le problème, c'est cette difficulté diagnostique : de quoi parle-t-on quand on parle de dépression majeure ? Je crois qu'autant il y a une dizaine ou une vingtaine d'années, on ne posait pas de diagnostic de dépression majeure chez les adolescents et on n'y pensait pas, autant, maintenant, on est rendu à l'autre extrême : si un adolescent un peu écrasé sur le divan se sent déprimé, on lui donne des antidépresseurs. Je ne crois pas que ce soit mieux ni dans un sens ni dans l'autre. La réponse est entre les deux et demande une évaluation plus rigoureuse. Qu'est-ce qu'on attend de la médication ? Effectivement, il y a des médicaments qui sont moins bien supportés que d'autres ou qui ont des effets secondaires. Il faut à ce moment-là que le médecin, avec le patient, ajuste la médication. Est-ce une question de dose ou de catégorie de médicaments ? Vous voyez, il y a tout un processus. La première étape est d'évaluer

rigoureusement le cas. Il faut se demander s'il est indiqué de traiter la personne avec une médication. Si oui, il faut alors se donner des objectifs, c'est-à-dire préciser les réponses qu'on attend pour pouvoir vérifier si on obtient ces réponses et, si on ne les obtient pas, penser à ajuster les doses ou à changer de classe médicamenteuse, etc. »

CONCLUSION DE MONSIEUR BRIAN MISHARA

Vous savez, il y a plus de suicides dans le monde entier que de morts dans toutes les guerres, dans tous les combats chaque année. Le suicide existe dans tous les pays. Il n'y a pas de société qui n'a pas de suicides. Jusqu'à maintenant, il n'y a pas de façon magique de diminuer considérablement le nombre de suicides. Il y a des gens qui disent que les guerres sont nécessaires parce qu'on a besoin de s'affirmer, de s'exprimer.

Moi, je suis assez content qu'il y ait des guerres entre des personnes qui ont des points de vue opposés, pourvu que ces personnes s'engagent et essaient de prouver que, moi, je peux mieux prévenir le suicide que vous, parce que j'ai la bonne façon. C'est le genre de guerre que j'appuierais. Je pense que c'est un signe de santé pour la société qu'il y ait des personnes qui se lèvent et disent : « Ma façon d'aider le monde est meilleure que la vôtre et je vais le prouver. » Enfin, je suis bien content qu'on ait autant d'enthousiasme, d'énergie et d'intérêt grâce à toutes ces merveilleuses personnes qui travaillent à la prévention du suicide.

La prévention du suicide chez les jeunes
Un cadre d'action pour la Colombie-Britannique
1998

Jennifer White, directrice

Suicide Prevention Information and Resource Centre of British Columbia
CUPPL, UBC

Financé par le Ministry for Children and Families

Jun 1998

Introduction

Le problème

Le suicide chez les jeunes et les jeunes adultes constitue dans ce pays un grave problème social qui entraîne chaque année la disparition tragique de bien des jeunes vies et laisse derrière lui un indicible cortège de douleur et de souffrances pour ceux que les disparus laissent derrière eux. Même si, en Colombie-Britannique, les taux de suicide ne sont pas aussi élevés que dans d'autres parties du Canada, le suicide demeure la deuxième cause de décès chez les jeunes de 15 à 24 ans. Plus précisément, au cours des dix dernières années (1987 à 1996), 746 habitants de Colombie-Britannique âgés de 24 ans ou moins se sont eux-mêmes enlevé la vie (BC Coroners Service, 1996).

Dans bien des pays du monde, des préoccupations n'ont pas cessé d'être exprimées au cours des 30 dernières années au sujet de l'augmentation radicale des taux de suicide chez les jeunes. Ces préoccupations ont été accompagnées de la reconnaissance du fait que nous devons également nous occuper d'un problème dont la portée est encore plus vaste, celui posé par tous les jeunes gens qui envisagent sérieusement de se suicider ou qui adoptent délibérément, lorsqu'ils vivent des moments de stress ou de crise, des comportements autodestructeurs. En Colombie-Britannique, 16 % des élèves de 7^e à 12^e année ont déclaré avoir pensé au moins une fois se suicider l'année précédente et 7 % ont révélé avoir effectivement essayé (McCreary Centre Society, 1993).

Il est clair que la prévention du suicide et des comportements suicidaires chez les jeunes est une activité importante, que ce soit afin de minimiser un phénomène qui semble coûter chaque année plus de 15 000 années de vie potentielle ou pour améliorer la santé et le bien-être des particuliers, des familles et des collectivités de cette province.

Élaboration d'une approche provinciale

L'importance de la participation

Pour renforcer leurs chances de succès lorsqu'ils s'occupent d'un problème social particulier, comme le suicide chez les jeunes, les décideurs, les dirigeants d'agence, les spécialistes, les personnes qui œuvrent au sein de la communauté et tous les intervenants clés doivent participer activement à la définition de la nature du problème ainsi qu'à l'élaboration des solutions proposées (Green & Kreuter, 1991). De plus, puisque le suicide est un problème complexe aux origines multiples, sa prévention passe obligatoirement par des mesures qui reflètent cette complexité. Par conséquent, toute initiative prise à l'échelle provinciale contre ce problème doit nécessairement être de vaste portée et refléter les contributions d'un large éventail de secteurs, d'organisations et de particuliers.

Le colloque provincial de février 1995 sur la prévention du suicide

En février 1995, le Suicide Prevention Program (CUPPL, UBC), en partenariat avec les Child and Youth Mental Health Services du ministère de la Santé, a organisé un colloque provincial réunissant les coordonnateurs de la santé mentale des jeunes et des enfants et les représentants de différentes agences financées par le gouvernement afin de discuter de l'orientation globale que devrait prendre la prévention du suicide chez les jeunes en Colombie-Britannique et de confirmer cette orientation. Ce colloque a permis de formuler plusieurs buts et stratégies généraux, et les participants ont reconnu qu'il faut placer davantage l'accent sur le développement communautaire pour pouvoir résoudre le problème du suicide chez les jeunes. Un nouveau poste, celui de directeur du B.C. Suicide Prevention Program (CUPPL, UBC), a été créé en octobre 1995 afin d'offrir un leadership à l'effort provincial nouvellement relancé.

La table ronde sur la prévention du suicide de l'automne 1997

Deux ans plus tard, en octobre 1997, le B.C. Suicide Prevention Program (CUPPL, UBC), en collaboration avec la Regional Support Division du Ministry for Children and Families, a organisé une table ronde, le Fall 1997 Forum on Suicide Prevention. Ce deuxième effort avait pour but de donner des orientations plus précises à l'action provinciale d'ensemble – en plaçant l'accent sur les interventions « avant l'acte », comme la promotion de la santé mentale et l'intervention précoce – et de recueillir les avis de personnes d'une gamme plus étendue de secteurs de la société.

Plus précisément, cette table ronde avait pour but de :

- renforcer l'engagement en faveur d'une stratégie provinciale de prévention du suicide ;
- sensibiliser davantage la population aux efforts de prévention du suicide actuellement déployés en Colombie-Britannique ;
- accroître la connaissance de ce qui « fonctionne » en matière de prévention du suicide ;
- améliorer la communication entre les intervenants clés.

Près de 140 personnes venues de tous les horizons de la province se sont réunies durant deux jours afin d'échanger des idées et de discuter de la création d'un programme provincial de prévention du suicide chez les jeunes. Les participants comprenaient à la fois des personnes responsables au premier chef de la planification locale ou régionale de services à l'enfance et aux familles et des personnes en position d'assurer un leadership local et de jouer un rôle de catalyseur dans l'élaboration des efforts de prévention du suicide chez les jeunes, et notamment des agents d'exploitation régionale, des directeurs d'école, les

chefs de file de la santé mentale des enfants et des jeunes, des responsables de lignes d'écoute téléphonique ainsi que des membres des agences et des programmes de prévention du suicide.

Le présent document part d'un cadre théorique pour mieux comprendre la question du suicide chez les jeunes, telle qu'elle a été abordée pendant la tenue de la table ronde de l'automne 1997, et y répondre en reflétant les idées et les vues des participants.

Comprendre le suicide et les comportements suicidaires chez les jeunes

Bien des recherches ont été faites sur le suicide et les comportements suicidaires chez les jeunes. Les études existant dans ce domaine ont beaucoup à nous apprendre au sujet des catégories de jeunes qui sont menacés. La plupart des gens connaissent bien certains des facteurs entraînant le suicide et un comportement suicidaire les plus répandus chez les jeunes et l'on citera notamment à ce sujet les études antérieures sur les comportements suicidaires (Pfeffer et al., 1991), la dépression (Brent et al., 1988), l'abus d'alcool et de drogues (Hoberman & Garfinkel, 1988), les antécédents de suicide au sein de la famille (Spirito et al., 1989), l'expérience d'une perte récente (Brent et al., 1988) et l'exposition à un degré de stress impossible à gérer (Brent, et al., 1993; Hoberman & Garfinkel, 1988), pour ne mentionner que celles-ci.

Bien des gens savent aussi qu'être jeune (entre 15 et 24 ans), autochtone et de sexe masculin sont des facteurs associés à un risque accru de suicide (Groupe d'étude nationale, 1994). La connaissance des signes avant-coureurs du suicide est également assez bonne, aussi bien parmi la population en général que les spécialistes des services sociaux, ces signes comprenant les témoignages de désespoir, le fait de donner ses biens matériels et les changements soudains et inattendus de comportement.

Ce que l'on sait moins, c'est comment une information de ce type peut être synthétisée de manière cohérente, pour faciliter l'élaboration d'une approche systématique et appuyer sur une théorie rigoureuse la prévention du suicide et des comportements suicidaires chez les jeunes. Comme il s'agit là de l'un de nos buts principaux, nous entamerons l'élaboration d'une approche provinciale de la prévention du suicide chez les jeunes en commençant par « ce que nous savons ».

Ce que nous savons

Nous savons que le suicide chez les jeunes est une question complexe. Les comportements suicidaires sont le fruit d'une interaction dynamique et compliquée entre toute une série de facteurs de protection et de facteurs de risque individuels, sociaux et environnementaux qui rappellent bien d'autres comportements préoccupants des jeunes (et ont un rapport avec ceux-ci) : l'abus d'alcool et de drogues, l'abandon des études, la violence et les pratiques sexuelles à risque. En fait, même si ce document place l'accent sur le suicide, nombre des stratégies recommandées pour réduire les facteurs de risque et augmenter les facteurs de protection pourraient tout aussi bien s'appliquer à la prévention d'autres problèmes sociaux affectant les jeunes.

Nous savons aussi que nous avons du mal à déterminer avec précision et fiabilité qui va mourir par suicide, même si nous avons beaucoup d'informations sur qui est menacé (van Egmond & Dieksra, 1989). Cela signifie que nous produisons souvent bien des cas faussement positifs (en considérant que des personnes présentent un risque quand ce n'est pas le cas) dans les efforts déployés pour déceler qui risque véritablement le plus de se suicider. Nos connaissances et nos outils de mesure actuels sont imparfaits, mais l'information accumulée sur les facteurs de risque de suicide chez les jeunes, et de protection contre celui-ci, sont très utiles et serviront de référence principale dans l'élaboration d'un modèle exhaustif.

Un modèle écologique

Le suicide et les comportements suicidaires se situent dans un contexte. Ils sont le produit de l'interaction de différents facteurs au sein d'une vaste gamme de cadres possibles. Pour bien faire comprendre à quel

point une multitude de facteurs jouent un rôle dans l'émergence d'un résultat suicidaire, les différentes couches d'influences sont ici représentées sous forme schématique.

Figure 1

Individuelles
Familiales
Des pairs
Communautaires
Culturelles
Sociales
Environnementales

La figure 1 place l'individu au centre, entouré des strates correspondant à la famille, aux pairs, à l'école, à la collectivité, à la culture, à la société et à l'environnement. Chaque strate marque un niveau clé d'influence sur l'émergence de comportements suicidaires – en fait, de tout comportement humain – et nous pouvons nous servir de ce schéma pour orienter nos analyses du suicide. Fondamentalement, ce modèle nous empêche d'oublier la complexité de la question du suicide et la multitude d'influences à prendre en considération pour pouvoir la comprendre.

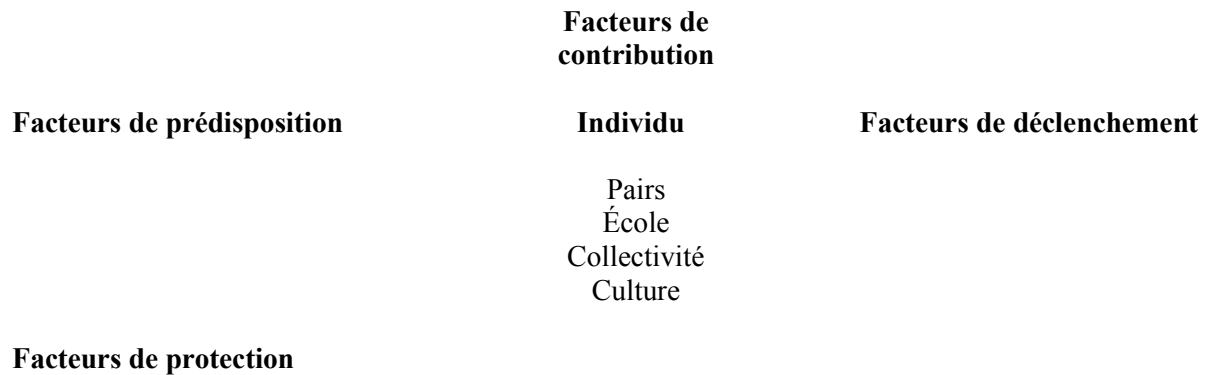
Les facteurs d'influence

Dans le cadre de cette discussion, nous devons nous familiariser avec quatre types de facteurs pour pouvoir comprendre comment les jeunes en arrivent à adopter des comportements suicidaires ou à se suicider (Adam, 1990; White, 1998) :

- a) les facteurs de prédisposition, ceux qui établissent les conditions d'une vulnérabilité (par exemple, antécédents de suicide dans la famille) ;
- b) les facteurs de contribution, ceux qui exacerbent le risque existant (par exemple, l'abus d'alcool et de drogues) ;
- c) les facteurs de déclenchement, ceux qui font que les personnes prédisposées passent à l'acte (par exemple, une perte brutale ou un échec soudain) ;
- d) les facteurs de protection, c'est-à-dire les conditions qui affaiblissent le risque de suicide (par exemple, la disponibilité d'au moins un adulte apprécié qui est en mesure d'offrir chaleur humaine, attention et compréhension).

Alors que les facteurs de prédisposition, de contribution et de déclenchement *accroissent* le risque de suicide, les facteurs de protection le *réduisent*.

Figure 2



La figure 2 montre que chacun des quatre types de facteurs de risque et de protection crée, en entrant en interaction avec les autres et dans une vaste gamme de cadres possibles, les conditions qui suscitent les comportements suicidaires et aboutissent au suicide. Il faut toutefois se souvenir qu'un comportement suicidaire ne suit pas nécessairement un cheminement linéaire ou prévisible ; en réalité, différents enchaînements peuvent faire apparaître un comportement autodestructeur.

Pour le planificateur, le défi consiste à trouver les points optimaux d'intervention, ceux qui permettent de rompre les différents cheminements vers le suicide. Or, nous ne pouvons le faire efficacement que si nous nous appuyons sur un modèle complet permettant de comprendre l'évolution des comportements suicidaires et sur une saine théorie de la prévention.

Synthèse des recherches sur le suicide chez les jeunes

Même s'il n'est pas exhaustif, le tableau 1 récapitule les facteurs de risque de suicide et de protection les mieux connus en les structurant en fonction de contextes clés (les strates du modèle écologique), c'est-à-dire l'individu, la famille, les pairs, l'école et la collectivité. Les influences de plus vaste portée qu'exercent la culture, la structure sociale et l'environnement seront analysées dans une partie ultérieure.

Tableau 1

	FACTEURS DE PRÉDISPOSITION	FACTEURS DE CONTRIBUTION	FACTEURS DE DÉCLENCHEMENT	FACTEURS DE PROTECTION
Individu	<ul style="list-style-type: none"> tentative précédente dépression/troubles psychiatriques détresse prolongée ou non résolue 	<ul style="list-style-type: none"> style cognitif rigide faiblesse dans les facultés d'adaptation abus d'alcool et de drogues problèmes d'orientation sexuelle impulsivité hypersensibilité 	<ul style="list-style-type: none"> échec personnel humiliation traumatisme personnel crise existentielle 	<ul style="list-style-type: none"> tempérament facile facilité à résoudre les problèmes autonomie personnelle expérience antérieure de la maîtrise de soi point de vue optimiste sens de l'humour
Famille	<ul style="list-style-type: none"> antécédents familiaux de comportement suicidaire ou suicide accompli violence ou abus au sein de la famille antécédents familiaux de troubles psychiatriques perte ou séparation dans la petite enfance 	<ul style="list-style-type: none"> usage abusif d'alcool et de drogues dans la famille instabilité familiale conflit en cours 	<ul style="list-style-type: none"> perte d'un membre important de la famille décès, surtout par suicide 	<ul style="list-style-type: none"> relations familiales caractérisées par la chaleur et le sentiment d'appartenance adultes présentant un modèle d'ajustement sain attentes élevées et réalistes
Pairs	<ul style="list-style-type: none"> isolation et aliénéation sociale 	<ul style="list-style-type: none"> attitude négative des jeunes à l'égard de la recherche d'assistance auprès d'adultes modélisation par les pairs de comportements mésadaptés 	<ul style="list-style-type: none"> agacement ou cruauté épreuves personnelles rejet décès, surtout par suicide 	<ul style="list-style-type: none"> compétences sociales modèle sain offert par les pairs acceptation et soutien
École	<ul style="list-style-type: none"> longue histoire d'échecs scolaires absence de liens significatifs avec l'école 	<ul style="list-style-type: none"> perturbation durant des étapes de transition scolaire clés réticence/incertitude au sujet de la manière de trouver de l'aide auprès des sentinelles 	<ul style="list-style-type: none"> échec expulsion crise disciplinaire 	<ul style="list-style-type: none"> présence d'adultes qui croient en eux-mêmes attention portée par les parents encouragement de la participation
Collectivité	<ul style="list-style-type: none"> « legs » de suicide au sein de la communauté marginalisation de la communauté absence d'influence politique 	<ul style="list-style-type: none"> représentation sensationnaliste du suicide dans les médias accès à des armes à feu ou d'autres moyens d'enlever la vie réticence/incertitude au sujet de la façon de trouver de l'aide auprès de sentinelles inaccessibilité des ressources communautaires dénouement économique 	<ul style="list-style-type: none"> décès très médiatisé d'une célébrité, surtout par suicide conflit avec l'ordre établi/ incarcération 	<ul style="list-style-type: none"> occasions de participation preuves d'espoir pour l'avenir autodétermination et solidarité de la communauté disponibilité de ressources.

Une approche exhaustive

Selon que nous désirons réduire ou accroître l'apparition ou les effets d'un facteur donné, nous pouvons utiliser les facteurs répertoriés dans le tableau 1 pour tracer le portrait d'une stratégie ou d'une attitude déterminée. Par exemple, grâce à certains éléments du tableau 1, nous devrions pouvoir déterminer si chacune des stratégies suivantes de prévention du suicide chez les jeunes serait raisonnable : réduire la gravité des symptômes dépressifs chez les individus ; diminuer la consommation d'alcool et de drogues chez les individus et dans les familles ; renforcer les attitudes qui incitent les jeunes à rechercher de l'aide ; minimiser la représentation sensationnaliste du suicide dans les médias ; atténuer l'incidence négative du suicide d'un pair ; améliorer la faculté de résoudre les problèmes parmi les jeunes ; renforcer les aptitudes parentales et des familles ; multiplier pour les enfants et les jeunes les occasions de découvrir ce qu'est la maîtrise de soi ; améliorer les capacités d'autodétermination des communautés.

Puisque nous savons qu'il n'existe pas de solution universelle, nous devons tenter d'élaborer une approche exhaustive de la prévention des comportements suicidaires et du suicide chez les jeunes qui incorpore les facteurs clés de manière aussi efficace, coordonnée et systématique que possible. Nous devons également nous efforcer d'élaborer des stratégies concrètes pouvant produire des changements dans les domaines où des modifications peuvent être le plus facilement introduites.

Équilibrage des efforts

Nous devrions commencer par admettre qu'il n'est pas suffisant de nous concentrer sur la réduction des risques, quel que soit le « risque » en question, et que cela n'amènera pas de changements durables globalement dans le bien-être et la santé des enfants. En effet, quelle que soit la compétence avec laquelle nous pouvons cerner les conditions et les facteurs de risque de suicide, nous ne serons sans doute jamais en mesure d'éliminer complètement certains des facteurs de risque et certaines formes d'expériences négatives. Une perte, une tragédie, un décès ou une maladie vécus à un stade précoce, voilà des expériences sur lesquelles nous n'avons généralement aucune prise, et même si nous parvenons dans certains cas à minimiser leur incidence négative, nous ne pourrions jamais faire disparaître tous les risques qui sont inévitablement liés à la condition humaine (White, 1995).

Il faut toutefois comprendre qu'il ne faut jamais considérer que, puisque nous facilitons l'émergence d'un certain ressort psychologique chez les jeunes gens (en plaçant davantage l'accent sur la stimulation des facteurs de protection), nous pouvons nous dispenser de constamment chercher à réduire les risques, ou relâcher les efforts déployés dans ce sens. Il ne fait pas de doute que nous devons continuer de chercher à faire disparaître la violence familiale ou envers les enfants, la pauvreté, le racisme, l'homophobie et l'abus d'alcool et de drogues.

En fait, nous devons équilibrer les efforts que nous concentrons sur la prévention du suicide en plaçant tout autant l'accent sur ce qui peut renforcer le ressort psychologique des jeunes et en instituant des conditions qui stimulent leur compétence (Weissbert, Caplan & Harwood, 1991). L'idéal serait que les jeunes soient ainsi mieux préparés à faire face à des changements, à une perte et à d'autres situations pouvant potentiellement les pousser au suicide, et qu'ils aient acquis une « résistance » à ce genre d'événements.

L'accent mis sur le ressort psychologique et les facteurs de protection

Puisque nous avons, dans le passé, tant cherché à répondre à la question : « Qu'est-ce qui engendre le risque chez les jeunes ? », nous devons étudier tout autant, sinon plus, la réponse à donner à la question :

« Comment favoriser l'équilibre et l'adaptation ? » Il est utile à cet égard de comprendre tout d'abord la notion de ressort psychologique, et surtout la façon dont ce ressort se manifeste chez les jeunes.

Le ressort psychologique a été défini de différentes manières mais, sous sa forme la plus simple, nous pouvons le décrire comme la faculté de faire face à des risques substantiels ou à l'adversité (Mangham, McGrath, Reid, & Stewart, 1994). Voici certains des traits psychologiques caractérisant les enfants et les jeunes qui ont du ressort : un tempérament facile ; l'autonomie et le sens de la responsabilité personnelle ; une aptitude bien développée à résoudre les problèmes ; la faculté de s'intégrer dans la société ; la capacité de tolérer la frustration et de gérer les émotions ; un sentiment de maîtrise personnelle de son existence et des circonstances de celle-ci ; la croyance en ses propres capacités, surtout sur le plan de la confiance en soi et du sentiment que l'on est efficace ; un point de vue optimiste ; la persévérance face à l'échec ; l'expérience de la maîtrise de soi ; le sens de l'humour ; la capacité de nouer des amitiés et de rechercher un soutien (Brooks, 1994 ; Luthar & Zigler, 1991 ; Masten, Best, & Garmezy, 1990 ; Werner, 1989).

Le ressort psychologique émerge toujours d'un certain contexte. Par conséquent, il convient de tenir compte des mécanismes et des facteurs de protection qui tendent à en instiller dans le cadre des systèmes qui influencent le plus les jeunes : la famille, l'école et la communauté. Les facteurs de protection comprennent « les traits, les conditions, les situations et les épisodes qui semblent altérer – ou même inverser – les prévisions de résultats négatifs et permettent aux individus de surmonter les circonstances stressantes de l'existence » (Garmezy, 1981). Puisque l'existence de facteurs de protection n'amènera pas *nécessairement* une personne à acquérir du ressort psychologique (Silverman & Felner, 1995), de telles expériences, occasions et qualités favorisant les relations peuvent servir de tampons limitant ou atténuant les effets préjudiciables de l'adversité et des éléments stressants auxquels les enfants et leur famille sont périodiquement exposés.

Il a été constaté que certaines caractéristiques familiales favorisent l'émergence du ressort psychologique chez les enfants, notamment la chaleur humaine, l'attention et le soutien ; des attentes élevées (mais néanmoins réalistes) de la part des parents ; l'encouragement de la participation (Benard, 1991) ainsi que le fait que les parents ou gardiens s'attendent à un avenir positif pour leur enfant (Mangham, McGrath, Reid, & Stewart, 1994) ; une structure familiale et des limites claires et raisonnables (Brooks, 1994).

Sur le plan scolaire, certaines influences peuvent également faciliter l'apparition d'un ressort psychologique chez les enfants, et ce, par plusieurs des mêmes caractéristiques, dont : l'entretien de relations caractérisées par la chaleur humaine, le soutien et l'attention ; la préservation d'attentes élevées (mais néanmoins réalistes) ; le fait qu'un adulte considéré comme important croit en eux (Brooks, 1994) ; l'existence parmi les pairs de modèles de comportement classique (Weissberg, Caplan, & Harwood, 1991) ; la possibilité de participer de façon positive et active aux activités scolaires (Benard, 1991).

Différents attributs de la communauté peuvent aussi stimuler l'émergence du ressort psychologique chez les enfants, entre autres un voisinage où ils trouvent soutien et ressources sur une base amicale ; l'entraide ; la conviction collective que les défis peuvent être relevés ; un niveau élevé de participation communautaire (Mangham, McGrath, Reid, & Stewart, 1994 ; Weissberg, Caplan, & Harwood, 1991).

Des facteurs supplémentaires de protection ont également été spécialement répertoriés au niveau communautaire pour les premières nations, et notamment ce qui suit : le fait que la collectivité puisse prendre ses propres décisions et jouisse d'un degré réel d'autodétermination ; le renforcement de l'identité culturelle et la transmission des traditions et de la langue par les anciens ; la promotion des valeurs traditionnelles ; la continuité culturelle ; la participation à des cérémonies traditionnelles et à des séances de ressourcement (Chandler & Lalonde, sous presse ; Fox, Maniowabi & Ward, 1984 ; Kirmayer, 1994 ; McCormick, 1997 ; Commission royale sur les peuples autochtones, 1995).

Le rôle des influences sociales de plus large portée

Les facteurs qui influent sur les couches externes du modèle écologique – la culture, la structure sociale et l'environnement – jouent clairement un rôle dans l'émergence de comportements et d'une pulsion suicidaires, mais nous avons beaucoup moins de prise sur les pièces de ce puzzle particulier et sommes bien moins en mesure de les orienter dans un sens favorable. Les fonctions spécifiques des attitudes culturelles, de l'intégration sociale et des facteurs économiques sont néanmoins brièvement analysées ci-après (Dyck, Mishara, & White, 1998).

Les attitudes culturelles

Les attitudes culturelles à l'égard du suicide et des comportements suicidaires ont été étudiées afin de déterminer s'il existe une relation entre les premières et les deuxièmes (Kienhorst, de Wilde, Diekstra, & Wolters, 1992). En comparant les attitudes des jeunes Canadiens et des jeunes Américains, Domino et Leenaars (1989) ont découvert que les jeunes Canadiens perçoivent plus souvent le suicide comme une réaction acceptable et normale aux problèmes que leurs homologues américains. Les jeunes Canadiens estimaient en effet plus que les jeunes Américains que le suicide est une « affaire privée »; une constatation qui a des répercussions évidentes sur la mesure dans laquelle les adolescents canadiens sont portés à rechercher de l'aide pour eux-mêmes ou pour un ami vivant une crise suicidaire.

Dans cet ordre d'idées, certains auteurs ont avancé que, dans certaines communautés autochtones, les valeurs traditionnelles de respect des choix de l'individu et les habitudes de « non-interférence » peuvent être fondamentalement incompatibles avec des notions de prévention du suicide comme la détection précoce et l'orientation des personnes à risque vers des gens pouvant les aider (Kirmayer, 1994). Simultanément, il existe aussi une croyance traditionnelle en la responsabilité à l'égard de sa propre communauté et de son propre groupe. Il faut donc constamment lutter contre ces deux types de convictions (R. McCormick, communication personnelle, février 1998). Manifestement, nous devons faire attention au contexte et nous montrer sensibles aux valeurs culturelles d'une communauté donnée lorsque nous prôtons certaines approches de prévention et d'intervention.

L'intégration sociale

L'isolement au sein de la société, une mauvaise intégration dans celle-ci, l'instabilité et l'absence de convictions religieuses sont autant de facteurs qui ont été rattachés au suicide et aux comportements suicidaires (Sakinofsky & Roberts, 1985 ; Trovato, 1992). Après avoir examiné les taux de mortalité par suicide chez les Canadiens âgés de 15 à 29 ans pour les périodes de recensement de 1971 et de 1981, Trovato (1992) a constaté qu'il existe une corrélation positive entre le « détachement à l'égard de la religion » – tel que mesuré par le nombre de personnes s'étant déclaré « sans affiliation religieuse » lors du recensement – et les taux de suicide chez les jeunes de sexe masculin au cours de ces deux périodes. Il est probable que l'effet de protection tient ici à l'existence de liens sociaux durables avec une communauté religieuse, liens qui renforcent le sentiment d'intégration sociale et minimisent celui d'isolement global, plus qu'aux convictions religieuses mêmes.

Les facteurs économiques

Les comportements suicidaires des jeunes ont été rattachés à la faiblesse des revenus, à la pauvreté et au chômage. L'auteur d'une étude américaine (McCall, 1991), par exemple, a constaté qu'il existe une relation significative entre le taux de suicide des adolescents blancs de sexe masculin et la désintégration

des familles ainsi qu'entre ce taux et le pourcentage d'enfants blancs vivant dans la pauvreté. Le dénuement économique a également été lié au risque de suicide chez les autochtones (Kirmayer, 1994).

Les effets de la pauvreté sur les enfants et les jeunes ont également été fréquemment rattachés à d'autres problèmes, comme un poids trop faible à la naissance, le manque de stimulation au stade préscolaire, le manque de préparation à l'école, les problèmes et les échecs scolaires, les troubles psychiatriques, une estime de soi insuffisante et l'abus d'alcool et de drogues (Institut canadien de la santé infantile, 1994), toutes choses qui peuvent porter les adolescents à adopter des comportements suicidaires et à se suicider. De plus, Leenaars et Lester (1995) révèlent que, dans les périodes où le taux de chômage est élevé, les divorces plus fréquents et les naissances moins nombreuses, les taux de suicide sont plus importants parmi les jeunes canadiens de sexe masculin.

Cependant, même si nous devons tenir compte du rôle des facteurs économiques, des problèmes de chômage, des structures sociales et des questions d'équité et de justice dans l'apparition de comportements suicidaires et dans l'augmentation des suicides, et même s'il faut insister sur la nécessité d'agir sur tous ces fronts lorsqu'il est question de prévention du suicide, nous devons également faire preuve de réalisme lorsque nous choisissons ceux qui doivent mobiliser les énergies sur ces plans généraux.

Pour résoudre nombre de ces problèmes, nous devons nous placer dans une perspective de santé sociale, ce qui suppose une certaine dépendance à l'égard de lois ou de décisions de politiques sociales qui font partie du champ de compétences d'organes gouvernementaux déterminés. Mais le fait de prôner efficacement une meilleure éducation et le fait de mettre en évidence les liens entre les facteurs sociaux précités et les comportements suicidaires constituent une première étape importante.

Élaboration de stratégies efficaces

Il arrive trop souvent que les stratégies de prévention du suicide chez les jeunes ne tiennent pas suffisamment compte des connaissances accumulées. Par exemple, les programmes de prévention du suicide sont fréquemment élaborés en réaction à une tragédie donnée. Parfois, rien d'autre que l'instinct et les bonnes intentions ne vient étayer la planification des programmes de prévention du suicide. De plus, ce qui complique encore plus la question, le terme « prévention » est utilisé pour pratiquement tout, depuis l'éducation au niveau de la petite enfance jusqu'à l'intervention en cas de crise et la « postvention » (l'intervention auprès de groupes d'individus ayant récemment été exposés à un suicide). Un des buts fondamentaux de ce document est d'esquisser une approche systématique, fondée sur la théorie de la prévention du suicide chez les jeunes, une approche qui reconnaît et souligne l'importance des interventions « avant l'acte » (Silverman et Felner, 1995) ou des efforts de prévention du *risque* de suicide, et notamment la promotion de la santé mentale et une intervention précoce.

Distinguer les approches « avant l'acte » des approches « après l'acte »

Sur un plan rudimentaire, nous pouvons structurer les approches traditionnellement appelées « prévention du suicide » en fonction de :

- a) celles qui sont conçues pour exercer leur effet « avant l'acte » (prévention du *risque* de suicide) ;
- b) celles qui sont conçues pour avoir des effets « après l'acte » (prévention du décès).

L'« acte », dans ce cas, est la détection ou l'émergence d'un risque particulier de suicide, ce qui inclut les niveaux significatifs d'idéation du suicide, les menaces ouvertes, les tentatives de suicide et autres comportements délibérément autodestructeurs. En réalité, les niveaux de risque de suicide ont tendance à apparaître dans un continuum – depuis l'absence de risque jusqu'au risque aigu – et le tableau 2 montre comment nous pourrions conceptualiser nos stratégies de prévention et d'information en fonction des niveaux de risque, en nous appuyant sur les catégories générales de classement « avant l'acte » et « après l'acte ».

En précisant des moments, un groupe cible principal, une portée, des facteurs clés d'influence et des types d'interventions à privilégier, le tableau 2 montre également comment nous pouvons utiliser un tel cadre pour élaborer des approches et stratégies de prévention du suicide plus précises.

Avant de passer à une discussion plus détaillée des différentes approches « avant l'acte », il est nécessaire de parler un peu de la relation entre prévention et traitement.

La prévention et le traitement

Ces deux notions sont souvent improprement perçues comme des élan concurrents : la prévention ou le traitement – ce qui traduit une polarisation artificielle. En réalité, ces deux manières d'aborder des problèmes sociaux aussi complexes que celui du suicide chez les jeunes jouent un rôle crucial et doivent toujours être perçues comme complémentaires. La réduction des taux de suicide et d'actes suicidaires chez les jeunes nécessite des efforts concertés et coordonnés à la fois du système général de prévention (les interventions avant l'acte) et du système de traitement plus spécialisé et concentré sur l'individu (les interventions après l'acte).

Sans efforts de prévention efficaces, le système de traitement serait encore plus dépassé par la situation et ferait face à des niveaux plus élevés de détresse et de perturbation chez un plus grand nombre de personnes encore. Des efforts de prévention efficaces augmentent la probabilité que les personnes ayant véritablement besoin des soins de santé les plus poussés aient accès à un moment plus approprié aux services qu'il leur faut.

L'accent mis sur les approches « avant l'acte »

Conformément à ce que préconise *La prévention du suicide chez les jeunes. Un cadre d'action pour la Colombie-Britannique*, les approches « avant l'acte » de la prévention du suicide chez les jeunes sont celles sur lesquelles le plus d'attention est portée. Les concepts suivants seront utilisés pour décrire leurs différentes variantes :

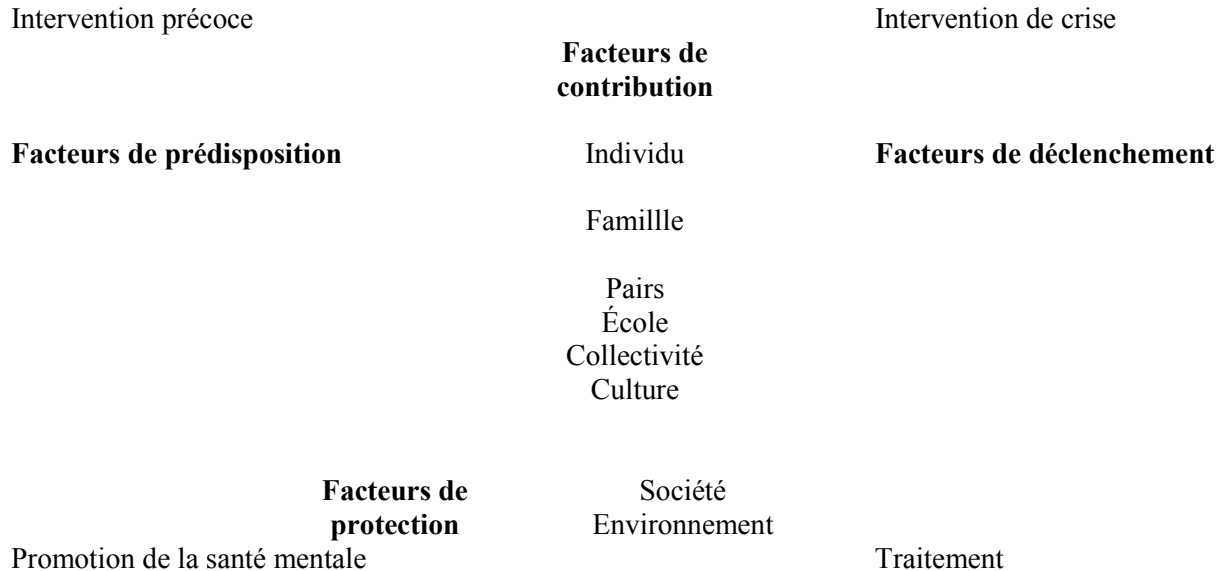
- a) Promotion de la santé mentale : Il s'agit des interventions universelles visant la population en général, qui sont conçues pour améliorer le bien-être personnel par l'intermédiaire de stratégies d'accroissement des forces et compétences de chacun ou d'interventions axées sur le renforcement du soutien social et du sentiment d'appartenance. Ce type d'approche est également connu sous les noms de prévention primaire (Rae-Grant, 1988), d'intervention universelle (ministère de la Santé de l'État de Washington, 1995) ou d'intervention préventive (Hurrelmann, 1990).
- b) Intervention précoce : Il s'agit des interventions visant les groupes de jeunes qui manifestent des signes de risque précoce (signes précurseurs du risque) de suicide et de comportement suicidaire, mais où un risque spécifique du suicide n'a pas encore été établi ; ces interventions sont conçues pour réduire les niveaux de risque précoce et promouvoir une adaptation par l'intermédiaire de l'acquisition de compétences particulières ou d'une restructuration sociale et environnementale, ce qui peut englober les efforts d'amélioration de la capacité générale de réaction des différents systèmes. Ce type d'approche peut également être appelé prévention secondaire (Spirito et Overholser, 1993), intervention sélective (ministère de la Santé de l'État de Washington, 1995) ou prévention correctrice (Hurrelmann, 1990).

Mettre ce que nous savons en rapport avec ce que nous faisons

On peut considérer que les différentes approches de la prévention du suicide que nous venons de décrire correspondent (sur un plan très général) aux différents types de risques et de facteurs de protection également répertoriés. La figure 3 schématise cette relation. Au stade le plus simple, nous faisons un effort de promotion de la santé mentale lorsque nous cherchons à renforcer les facteurs de protection d'une population. Nous déployons des efforts d'intervention précoce lorsque nous nous arrangeons pour

que des groupes chez lesquels un risque précoce de suicide a été décelé participent à des séances destinées à leur donner des compétences particulières. Lorsque nous intervenons auprès d'une personne à risque qui est sur le point de commettre un acte suicidaire, nous faisons une intervention de crise. Lorsque nous orientons un élève présentant un niveau important d'idéation du suicide à un conseiller qui se chargera du suivi à assurer, nous entrons dans le domaine du traitement.

Figure 3



Puisque nous savons que les comportements suicidaires trouvent leur source dans de multiples facteurs, nous savons également qu'il n'existe pas de solution unique. En définitive, la meilleure approche est celle de la prévention globale du suicide chez les jeunes, et les mesures prises devraient l'être dans toute une série de contextes en mettant en œuvre à la fois des efforts coordonnés de réalisation de stratégies générales de prévention et des approches pratiques davantage concentrées sur l'individu. Mais ce qui a été esquissé ici n'est cependant qu'un guide théorique ayant pour but de nous aider à mieux choisir nos objectifs, un guide offrant un point de référence important aux personnes qui élaborent des programmes complets de prévention du suicide chez les jeunes.

Sur un plan plus pratique, il est important de se souvenir que le Suicide Prevention Information and Resource Centre publie également un *Manual of Best Practices in Youth Suicide Prevention*, qui passe en revue les activités et programmes les plus conformes à ce qui fonctionne selon les meilleures indications possibles (Institut psychiatrique Clarke, 1996), en insistant plus particulièrement, dans ce cas, sur les interventions « avant l'acte ». Ce manuel convivial familiarise le lecteur avec les stratégies qui se sont avérées les plus efficaces et présente des lignes de conduite pour l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies sur le plan local.

Résumé

1. Le comportement suicidaire chez les jeunes constitue en Colombie-Britannique un problème social et de santé publique grave.
2. Le suicide et les comportements suicidaires des jeunes trouvent leur origine dans de multiples éléments qui prennent leur source dans une interaction complexe des facteurs personnels, sociaux et environnementaux de risque et de protection.
3. Les études effectuées nous apprennent beaucoup sur les facteurs et les conditions sociales qui engendrent un risque de suicide et nous savons que les jeunes, exposés à d'autres types de risques (par exemple l'abus d'alcool et de drogues, l'abandon des études, les grossesses à l'adolescence) partagent nombre des mêmes facteurs de risque.
4. Les cheminements vers le suicide ne sont pas linéaires.
5. Il est difficile de prévoir avec précision qui commettra un suicide.
6. Nos efforts de prévention du suicide et d'intervention en cas de risque devraient être guidés par ce que nous savons de l'émergence des comportements suicidaires parmi les jeunes.
7. Les efforts généraux de prévention et les efforts de traitement centrés sur les individus sont tout aussi valables et les deux types sont nécessaires dans le cadre de toute approche exhaustive de la prévention du suicide chez les jeunes.
8. Les efforts de prévention « avant l'acte » sont ceux qui sont entrepris avant l'émergence ou la détection d'une idéation ou de comportements suicidaires, et c'est sur eux que se concentre *La prévention du suicide chez les jeunes. Un cadre d'action pour la Colombie-Britannique* ainsi que le *Manual of Best Practices*.
9. Dans le cadre de tout effort de planification communautaire ou provinciale, il est essentiel de bien préciser ce que l'on cherche en particulier à changer par des interventions « avant l'acte », y compris en ce qui concerne les décisions prises au sujet du moment d'intervenir, du groupe cible, de la portée de l'effort et des facteurs clés à influencer.
10. En prenant le temps d'articuler dès le début une théorie et de préciser la nature des changements espérés, nous serons en meilleure position pour évaluer nos efforts et faire progresser notre connaissance de « ce qui fonctionne ».

Au Québec, comme partout au Canada, le suicide chez les jeunes a connu une recrudescence au cours des trente dernières années. Il est devenu la première cause de mortalité chez les jeunes hommes de 30 ans ou moins. Ce problème, pour être résolu, nécessite la participation de plusieurs intervenantes et intervenants ainsi que celle de la population.

Afin de mieux faire connaître les techniques de prévention actuelles pour combattre ce fléau et de faire partager une réflexion sur ce problème de santé publique, le Comité MSSS-régies pour la prévention du suicide, en collaboration avec le Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (Crise) et l'Association québécoise de suicidologie (AQS), a organisé une journée de réflexion portant sur la prévention du suicide chez les jeunes. Cette journée a été tenue le 7 décembre 2000 à l'Université du Québec à Montréal.

À cette occasion, madame Jennifer White, du Centre d'information et de ressources sur la prévention du suicide en Colombie-Britannique, et plusieurs conférencières et conférenciers québécois sont venus présenter leurs techniques de prévention du suicide et leurs réflexions sur ce problème qui touche un nombre sans cesse croissant de jeunes.

Le présent document réunit les actes de cette journée de réflexion et constitue un ouvrage de référence pour toutes les personnes désirant approfondir leurs connaissances sur les diverses techniques de prévention du suicide chez les jeunes appliquées notamment en Colombie-Britannique et au Québec.