Consensus entre la recherche et la pratique pour améliorer les programmes de prévention du sucide chez les hommes

UQÀM
Université du Québec à Montréal

Guide pour améliorer les pratiques en prévention du sucide chez les hommes

Consensus entre la recherche et la pratique pour améliorer les programmes en prévention du suicide chez les hommes

UQÀM

AUTEURS

François Chagnon,
Ph.D., professeur de psychologie, UQAM, directeur associé,
Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE)
Georgia Vrakas,
Ph.D., CRISE, CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent, Centre affilié universitaire (CAU)
Cécile Bardon,
M.Sc., Cand. Ph.D., professionnelle de recherche, CRISE
Marc Daigle,
Ph.D., professeur de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières
Janie Houle,
Ph.D., chercheure postdoctorale Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM)

NOUS REMERCIONS DE LEUR COLLABORATION :

Brian L. Mishara,
Ph.D., directeur, CRISE, professeur de psychologie, UQAM
Sylvaine Raymond,
M.A., coordonnatrice de la recherche au CRISE
Michel Tousignant,
Ph.D., professeur de psychologie, UQAM

Production de l'axe de recherche sur l'application des connaissances du
Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE),
Université du Québec à Montréal (UQAM)
Juillet 2008

DISTRIBUTION

Vous pouvez vous procurer une copie de ce document en adressant votre demande au CRISE par téléphone, au 514 987 4832, ou par courriel, crise.documentation@uqam.ca .
Ce document est également disponible en ligne, sur le site du CRISE, à l'adresse suivante : http://www.crise.ca .

CITATION SUGGÉRÉE

Chagnon, François; Vrakas, Georgia; Bardon, Cécile; Daigle, Marc et Houle, Janie (2008). Consensus entre la recherche et la pratique pour améliorer les programmes en prévention du suicide chez les hommes. Montréal : CRISE.

DÉPÔT LÉGAL ET ISBN

ISBN 978-2-9810650-0-1
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2008

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est interdite sans l'autorisation des auteurs.

AVANT-PROPOS

Le projet « Consensus entre la recherche et la pratique pour améliorer les programmes de prévention du suicide chez les hommes » est issu des activités d'une communauté de pratique (CoP) en prévention du suicide développée en 2005 par le Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE) de l'Université du Québec à Montréal (UQAM). Cette communauté est composée de chercheurs du CRISE, d'intervenants et de décideurs de milieux impliqués dans la prévention du suicide. Elle a pour objectifs de rapprocher les milieux de recherche et de pratique afin de mieux comprendre les problématiques ciblées et d'améliorer les services offerts aux personnes à risque de suicide.

Ce projet de consensus vise à répondre aux besoins exprimés par les milieux de prévention du suicide au Québec et a pour but de pallier au manque de données issues de la recherche pour le développement de programmes de prévention adaptés aux besoins des clientèles masculines à risque de suicide.

Ce document ne représente pas une prise de position des membres du CRISE. Il fait état des résultats d'un groupe de travail mobilisé dans le cadre du projet et présente, sous la forme d'un guide, les constats et les recommandations issus de ces travaux afin d'améliorer les programmes en ce domaine.

REMERCIEMENTS AUX PARTENAIRES

Nous tenons à remercier tout particulièrement les organismes ayant accepté généreusement de présenter leur programme dans le cadre de ce processus d'analyse. Sans eux et leur confiance, nous n'aurions pu mener à bien ce projet.

- Gilles Tremblay et Pierre L'Heureux, qui nous ont donné accès à leur document « Former à l'intervention auprès des garçons / hommes ou opérer un changement de paradigme qui comporte des enjeux importants »;
- Françoise Roy et son équipe au Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), concepteurs du document « Implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide – cadre de référence » (2006);
- Charles Pinard et ses collaborateurs (RRSL et STL) pour leurs documents « Sentinelles en prévention du suicide » (2006) et « Implantation de la coordination régionale et développement des réseaux sentinelles, plan triennal 2007-2010 » (2007);
- Le Centre de prévention du suicide de Québec, pour son programme SILAR (2007);
- Pierre Racine, Lise Cardinal et Claude Gagnon pour leur document « Expérimentation d'un service de suivi communautaire intensif auprès des personnes ayant fait une tentative de suicide et se présentant dans une salle d'urgence » (2003);
- L'organisme CHOC et en particulier son service MASC, pour nous avoir donné accès aux documents de conception « Ensemble … pour la vie! » (2006).

Nous souhaitons également souligner la contribution des personnes suivantes dont l'expertise dans le domaine de la santé mentale et de la prévention du suicide auprès des hommes a été essentielle à la réalisation de ce projet :

Welline Auclair, Association québécoise de prévention du suicide
Josiane Babin, CSSS du Grand Littoral
Daniel Beaulieu, CHOC, Service MASC
Nicole Bernier, CSSS du Sud-Ouest de Verdun
Josée Blanchette, Suicide Action Montréal
Julie Campbell, CPS le Faubourg
Évelyne Campeau, CSSS Pierre-Boucher
Sylvain Camus, Réseau Hommes Québec
Jenny Charest, DSP des Laurentides
Myra Chantal Faber, CPSIC Bas-St-Laurent
Robert Cormier, CHOC
Mathieu Dallaire, CPS les Deux Rives
Steve Dubois, Arc-en-ciel
Caroline de Pokomandy Morin, Équipe de santé mentale, MSSS
Bernard Deschênes, ASSS Capitale-Nationale
Gilbert Filion, DSP des Laurentides
Dominique Gagnon, ASSS Montérégie
Rodrigue Gallagher, DSP de la Gaspésie et des Îles de la Madeleine
François Gamache, CPSIC Bas-St-Laurent
Laurent Garneau, CPS 02
Suzanne Gérin-Lajoie, DSP de la Gaspésie et des Îles de la Madeleine
Johanne Godin, CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent, Centre affilié universitaire
David Goudreault, Jevi-CPS
Brian Greenfield, Hôpital de Montréal pour enfants
Jacqueline Guertin, CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent, Centre affilié universitaire
Xenia Halmov, CPS Haute-Yamaska
Melissa Henry, Université McGill, CRISE
Janie Houle, Centre hospitalier de l'Université de Montréal
Marie Julien, DSP de la Montérégie
Maria Labrecque Duchesneau, Au cœur des familles agricoles
Frédérique Landry Lépine, CHOC
Julie Lane, Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Marie-Claire Laurendeau, CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent, Centre affilié universitaire
Michel Lavallée, MSSS
Danyelle Latreille, CSSS de Laval, CLSC du Ruisseau Papineau

Louis Lemay, Association québécoise de prévention du suicide (AQPS)
Pierre L'Heureux, CSSS Pierre Boucher
Michel Maillette, Fondation pour Hommes
Brian Mishara, CRISE, UQAM
Sylvie Nadeau, CPS de Québec
Alice Overy, CHOC
Gilles Rondeau, Université de Montréal, CRI-VIFF
Serge Rouette, Accalmie Hébergement pour personnes suicidaires
Françoise Roy, DSP de la Montérégie
Francis Roy, CRISE, UQAM
Philippe Roy, L'Accalmie
Françoise St-Pierre, CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent, Centre affilié universitaire
Sophie Tanguay, Suicide Alerte (CPS du Bas-Richelieu)
Michel Thibault, Fondation pour hommes, Maison de la famille de Maskinongé
Michel Tousignant, CRISE, UQAM
Pierre Turcotte, Université Laval

Nous tenons aussi à souligner le soutien au développement de ce projet de l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS) et le Centre affilié universitaire du Centre de santé et de services sociaux de Bordeaux–Cartierville–Saint-Laurent.

Association québécoise de prévention du suicide

Centre de santé et de services sociaux de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent
CENTRE AFFILIÉ UNIVERSITAIRE

Enfin, nous remercions vivement, pour sa participation financière et son soutien, le Ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation (MDEIE).

Développement économique, Innovation et Exportation
Québec

TABLE DES MATIÈRES :

Avant propos p.5

Remerciements aux partenaires p.6

Introduction p.10

1. Le suicide chez les hommes au Québec p.10
2. La situation de l'intervention auprès des hommes suicidaires au Québec p.10
3. Les objectifs du document p.11
4. La structure du document p.11

Module 1 - Méthodologie p.12

Étape 1 - Identification des programmes québécois p.13
Étape 2 - Sélection des programmes types p.13
1. Catégorisation des programmes
2. Sélection de quatre programmes « types »
Étape 3 - Recension des écrits p.15
Étape 4 - Examen critique des programmes types p.15
1. Construction d'une grille d'analyse des programmes
2. Forum de consensus - objectifs et organisation
- Experts participants au forum
- Préparation du forum de consensus
- Déroulement du forum
Étape 5 - Validation des recommandations des experts participants p.18

Module 2 - Recension des écrits sur le suicide chez les hommes p.20

1. Quelles sont les caractéristiques des hommes suicidaires? p.20
2. Comment stimuler la demande d'aide des hommes à risque de suicide? p.21
3. Comment améliorer l'identification des hommes en détresse? p.23
4. Comment renforcer l'accès et la collaboration au traitement chez les hommes suicidaires? p.25
- Programmes d'éducation et de sensibilisation visant les hommes
- La collaboration au traitement
5. Quelles sont les interventions efficaces auprès des hommes suicidaires? p.27
- Programme visant une réduction de la prévalence des facteurs de risque des hommes
- Programme d'intervention impliquant la participation des proches d'hommes suicidaires
- Intervention post-tentative
- Intervention en hospitalisation – effet des traitements psychiatriques sur la récidive post-tentative
- Programmes d'intervention post-tentative dans la communauté

Module 3 - Les programmes p.30

Fiche 1 - Programmes de formation / éducation visant les intervenants p.32
- À quelles problématiques s'adresse ce type de programme?
- Quels sont les objectifs de ce type de programme?
- Quelle est la logique d'action de ce type de programme?
- Quelles sont les personnes visées par ce type de programme?
- Quelles sont les activités dispensées dans ce type de programme?
- Quelles sont les composantes de base pour former les personnes devant agir comme formateur au sein du programme?
- Quel est le déroulement du programme?
- Que savons-nous de la pertinence de ce type de programme?

Fiche 2 - Programmes de prévention agissant auprès des tiers – les sentinelles p.37
- À quelles problématiques s'adresse ce type de programme?
- Quels sont les objectifs de ce type de programme?
- Quelle est la logique d'action de ce type de programme?
- Quelles sont les personnes visées par ce type de programme?
- Quelles sont les activités dispensées dans ce type de programme?
- Identification des partenaires du réseau et harmonisation des ressources
- Formation des sentinelles
- Quelles sont les conditions essentielles au succès de l'implantation de ce type de programme?
- Que savons-nous de la pertinence de ce type de programme?

Fiche 3 - Programmes de prévention auprès de la clientèle hommes présentant un risque suicidaire – les groupes de soutien thérapeutique p.42
- À quelles problématiques s'adresse ce type de programme?
- Quels sont les objectifs de ce type de programme?
- Quelle est la logique d'action de ce type de programme?
- Quelles sont les personnes visées par ce type de programme?
    - Comment peut-on les identifier et les atteindre?
    - A qui ne pas offrir le programme?
- Quelles sont les activités dispensées dans ce type de programme?
    - Quelles sont les qualités et la formation requise pour les intervenants?
    - Quel est le déroulement du programme?
- Quelles sont les conditions gagnantes de l'implantation de ce type de programme?
- Que savons-nous de la pertinence e ce type de programme?

Fiche 4 - Programmes d'intervention auprès des hommes ayant fait une tentative de suicide – prise en charge dès le milieu hospitalier p.46
- À quelles problématiques s'adresse ce type de programme?
- Quels sont les objectifs de ce type de programme?
- Quelle est la logique d'action de ce type de programme?
- Quelles sont les personnes visées par ce type de programme?
- Comment peut-on les identifier et les atteindre?
- A qui ne pas offrir le programme?
- Quels sont les milieux dans lesquels on peut implanter ce type de programme?
- Quelles sont les activités de ce type de programme?
- Quelle est la formation requise pour les intervenants?
- Quel est le déroulement du programme?
- Quelles ont les conditions gagnantes de l'implantation de ce type de programme?
- Que savons-nous de la pertinence de ce type de programme?

Module 4 - Conclusion p.52

1. Le processus du forum p.52
2. La prévention du suicide chez les hommes au Québec p.52
- Les recommandations
- Le besoin de modéliser l'intervention auprès des hommes suicidaires
- Intégration de la recherche et de la pratique
- Les limites du processus

Références p.56

Annexes p.63

INTRODUCTION

1. Suicide chez les hommes

Au Québec, le suicide représente 33,6 % des décès chez les jeunes hommes de 15 à 19 ans et 37 % des décès chez les hommes de 20 à 34 ans (St-Laurent, 2007). Ces taux sont les plus élevés au Canada. Bien qu'on observe une récente inflexion des taux de suicide masculins au Québec, passant de 35,8 par 100 000 en 1999, à 26,1 par 100 000 en 2005 (St-Laurent et Gagné, 2008), le suicide demeure la première cause de mortalité chez les hommes québécois de 20 à 39 ans. Tout comme dans la majorité des pays du monde, les suicides au Québec sont majoritairement le fait d'hommes et on trouve en moyenne un ratio de 4 hommes pour chaque femme qui décède par suicide (Canetto et Lester, 1995; St-Laurent et Gagné., 2008).

De manière différente cependant, en ce qui concerne les tentatives de suicide, on observe qu'une proportion comparable d'hommes et de femmes adultes rapportent avoir tenté de se suicider au cours de la dernière année (Boyer et col., 2000).

En ce qui concerne les taux de tentatives de suicide à vie, ceux-ci sont sensiblement plus élevés chez les femmes, lesquelles rapportent un taux de tentatives de suicide 1,5 fois plus élevé que les hommes (Boyer et col., 1998). Selon Houle (2005), ceci pourrait être expliqué par le fait que les adolescentes ont un taux plus élevé de tentatives de suicide que les adolescents, mais que cet écart disparaît à l'âge adulte. En effet, les résultats de l'Enquête sociale et de santé de 1998 (Boyer et col., 1998) indiquent que plus de femmes que d'hommes de 15 à 24 ans ont tenté de se suicider au cours des douze derniers mois (2,0 % versus 0,9 %) tandis que cette différence disparaît chez les 25 à 44 ans (0,4 % versus 0,6 %) et les 45 à 64 ans (0,3 % versus 0,4 %).

Malgré l'importance du suicide chez les hommes, très peu de recherches ont examiné les caractéristiques des hommes suicidaires et les effets des interventions afin de réduire le risque de suicide. Il est prioritaire de développer les connaissances en ce domaine afin d'améliorer la prévention du suicide chez les hommes.

2. La situation de l'intervention auprès des hommes suicidaires au Québec

Dans le cadre de ses travaux avec ses partenaires de la Communauté de pratique en prévention du suicide, le CRISE a constaté un manque important de données issues de la recherche pouvant guider les programmes de prévention adaptés aux besoins des clientèles masculines à risque de suicide (Chagnon et col., 2007). Une recension des écrits (Houle, 2005; Chagnon et Houle, 2005) sur les interventions auprès des hommes révèle en effet que très peu de programmes spécifiquement destinés aux hommes ont été mis en place et évalués empiriquement. Il en résulte que les données de la recherche ne suffisent pas à guider de façon éclairée le développement des programmes visant la prévention du suicide chez les hommes.

Malgré ces lacunes, de nombreuses interventions et des programmes ont été développés au cours des dernières années afin de prévenir le suicide chez les hommes (Chagnon et Mishara, 2006). Certaines de ces initiatives ont été conduites avec rigueur, utilisant au mieux les connaissances acquises dans divers champs d'intervention ciblant les clientèles masculines, mais non spécifiquement liées au suicide. Ce faisant, bien qu'elle ne soit pas fondée sur des données empiriques, une expertise clinique et pratique se développe et peut être utilisée afin de guider les interventions de prévention du suicide chez les hommes. Par ailleurs, les recherches sur la santé mentale, sur la demande d'aide et sur la masculinité ont permis d'identifier des caractéristiques présentes chez les clientèles masculines et qui doivent être prises en compte dans la mise en place de programmes d'aide spécialisés. Cependant, malgré ces avancées, aucun processus rigoureusement structuré n'a été réalisé pour conjuguer ces diverses sources de connaissances empiriques, pratiques et cliniques afin de dégager les meilleures pratiques pour les programmes de prévention du suicide chez les hommes.

3. Les objectifs du document

Ce document a pour but de contribuer à l'amélioration de la qualité des programmes de prévention du suicide chez les hommes au Québec. Il cherche à atteindre deux objectifs spécifiques : (a) améliorer les connaissances sur les meilleures pratiques concernant les programmes de prévention du suicide chez les hommes en développant des recommandations d'experts adaptées spécifiquement à ces clientèles; (b) créer un outil convivial et utile tant pour les chercheurs que pour les développeurs de projet, de programmes ou de protocoles d'ententes afin de guider le développement et la mise en œuvre des programmes de prévention du suicide chez les hommes.

Mise en garde

Il existe de nombreuses interventions s'adressant aux clientèles suicidaires en général, sans distinction de genre. Un grand nombre d'entre elles ont fait l'objet d'évaluations rigoureuses et ont démontré une efficacité à réduire l'apparition de comportements suicidaires ou leurs conséquences[1] . Ce guide n'a pas pour objectif de recenser ces interventions. Cependant, celles-ci seront citées et analysées lorsqu'elles présentent des éléments spécifiques pertinents pour les clientèles masculines.

Par ailleurs, la démarche décrite dans le présent document s'appuie sur un a priori qu'il faut souligner ici. En effet, nous postulons que les interventions ciblant spécifiquement les hommes seront plus efficaces que des interventions non différenciées selon le genre pour réduire la prévalence du suicide. Il n'existe pas de preuves scientifiques pour démontrer cette hypothèse, cependant l'expérience clinique nous suggère qu'il est nécessaire de tenir compte des caractéristiques liées aux différences de genre afin d'intervenir plus efficacement sur la santé des hommes.

4. La structure du document

Le document comprend quatre modules :

- Le premier module présente les fondements théoriques et la méthode utilisés dans ce projet.

- Le second module présente une recension des écrits sur les connaissances concernant le suicide chez les hommes et sur les interventions ciblant spécifiquement les hommes à risque de suicide.

- Le troisième module présente et analyse quatre types de programmes visant à prévenir le suicide chez les hommes. Pour chacun de ces quatre types de programmes, nous présentons la problématique ciblée, les objectifs, la logique d'action, la population visée, les activités, une analyse critique et quelques indications de sa pertinence.

- En conclusion, le dernier module présente les principaux enseignements tirés de ce processus de travail et des recommandations issues à la fois de la recherche et de l'expérience québécoise pour améliorer les programmes de prévention du suicide chez les hommes.

---

[1] Ces résultats de recherche sont présentés sous la forme de guide de pratiques s'adressant à des milieux d'intervention ou des professionnels spécifiques. Les guides suivants sont des références pertinentes en prévention du suicide :

- « Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behavior », Jacobs et al. (2003), publié par l'American Association of Psychiatry

- "Self-Harm – the short term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care", publié par le National Institute for Clinical Excellence, UK

- « Assessment and management of people at risk of suicide », publié par le Ministry of health of New Zeland

Un guide en français a été publié au Québec par l'ordre des infirmières et infirmiers du Québec en 2007, « Prévenir le suicide pour préserver la vie »

MODULE 1 - Méthodologie

Afin d'élaborer ce document, nous avons développé une méthode permettant d'intégrer les connaissances scientifiques et l'expérience pratique et clinique des professionnels de l'intervention. Elle repose sur les cinq étapes décrites ci-dessous (voir figure 1) :

FIGURE 1

Méthodologie d'élaboration des recommandations pour l'amélioration des pratiques en prévention du suicide auprès des hommes

1. Recension critique des programmes d'intervention auprès des hommes présentant un risque suicidaire au Québec
   - Fiche de critères de recension des programmes

2. Sélection de programmes types implantés au Québec
   - Catégorisation des programmes de prévention du sucide
     - Éducation / Promotion
     - Dépistage / Prévention dans la communauté
     - Dépistage / Prévention auprès des hommes suicidaires
     - Intervention de crise
   - Sélection des programmes "types"

3. Recension des écrits
   - Identification des progammes publiés et évalués empiriquement
   - Classification et synthèse

4. Examen critique des programmes
   - Organisation et tenue d'un Forum de consensus sur les meilleures pratiques de prévention du suicide auprès des hommes
   - Construction d'une grille d'analyse des programmes
     - La recherche évaluative fondée sur la théorie des programmes
     - Les critères de validité externe et de généralisation des données de recherche
   - Identification et formulation des recommandations des experts pour l'amélioration des pratiques

5. Validation des recommandations
   - Construction d'un questionnaire

Étape 1 - Identification des programmes québécois

La première étape du projet avait pour but de recenser les programmes québécois de prévention du suicide chez les hommes. À cette fin, nous avons d'abord construit une fiche permettant de recueillir les informations sur les programmes et d'évaluer sommairement leur qualité. Cette fiche de critères de recension des programmes (voir annexe 1) a été basée sur l'analyse théorique des composantes d'un programme développée par Daigle (2004).

Afin de trouver les programmes existants dans les différents milieux, nous avons d'abord sollicité l'aide des partenaires de la Communauté de pratique en prévention du suicide (CoP) du CRISE et des Directions de santé publique au Québec. Nous avons également consulté les bottins de ressources recensant les organismes communautaires venant en aide aux clientèles suicidaires et/ou masculines. Nous avons consulté les organismes ainsi identifiés afin de décrire leurs programmes à partir des composantes de la fiche. Au terme de cette première étape, 12 programmes ont été recensés et décrits (annexe 1a.). Notons ici que plusieurs activités de prévention du suicide ne satisfaisant pas aux critères de définition d'un programme n'ont pas été intégrées dans la liste finale et que cette sélection ne constitue pas un jugement de leur valeur.

Étape 2 - Sélection de programmes types

1. Catégorisation des programmes

La seconde étape a consisté à classer les programmes recensés. Le choix des catégories repose sur une analyse menée dans le cadre des travaux de la Communauté de pratique (CoP) en prévention du suicide. Entre avril et septembre 2006, les membres de la CoP (intervenants, gestionnaires et chercheurs impliqués en prévention du suicide) ont tenu six rencontres par plateforme web avec des experts présentant leurs points de vue sur la prévention du suicide chez les hommes.

Au terme de cette analyse, les membres de la CoP ont dégagé trois grandes catégories de programmes de prévention du suicide chez les hommes : 1) éducation et promotion; 2) dépistage et prévention; 3) intervention de crise, traitement et suivi post-tentative. Suite à une recension des écrits sur les programmes de prévention du suicide chez les hommes, nous avons redéfini cette classification préliminaire en quatre catégories plus spécifiques (voir figure 2):

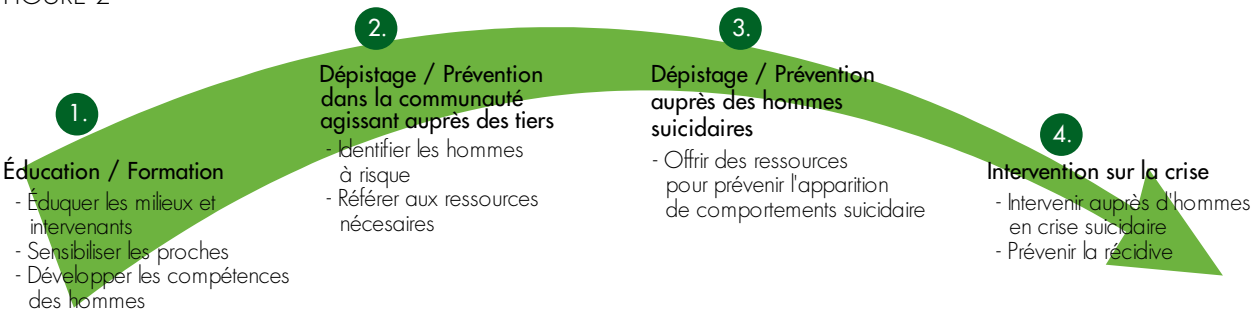
1) Programmes d'éducation et de promotion visant à former et éduquer les milieux et intervenants aux spécificités masculines, à sensibiliser les proches et à développer les compétences des hommes;

2) Programmes de dépistage et de prévention agissant auprès de la communauté et cherchant à identifier les hommes à risque dans les milieux de vie et à les référer aux ressources nécessaires;

3) Programmes de prévention visant directement les hommes à risque en leur offrant des ressources spécialisées pour diminuer les facteurs de risque et prévenir l'apparition de comportements suicidaires;

4) Programmes d'intervention de crise auprès des hommes ayant fait une tentative de suicide et ayant pour but de résorber la crise et diminuer le risque de récidive.

FIGURE 2



2. Sélection de quatre programmes « types »

Pour appuyer l'analyse des types de programmes sur des exemples concrets, un programme type a été sélectionné pour illustrer chaque catégorie. Cette sélection s'est fait à partir d'une analyse détaillée des programmes recensés lors de la première étape. La figure 3 présente les cas sélectionnés.

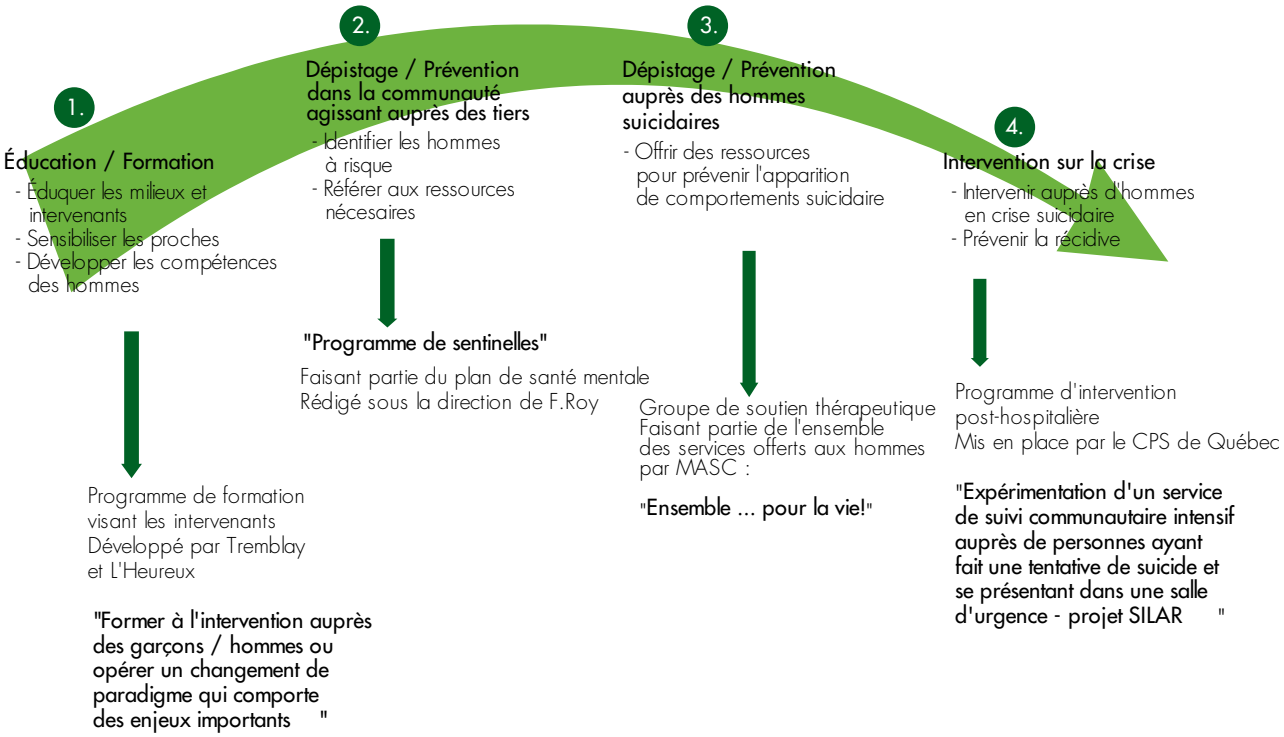
Afin de sélectionner les cas, des critères d'analyse ont été déterminés à partir des composantes d'un programme tel que décrit à l'étape 1 (basé sur les travaux de Daigle, 2004). Ainsi, six composantes ont été incluses dans l'analyse : la planification et l'implantation du programme, les intrants (la structure de l'organisme ou de l'équipe, ses valeurs et son implication, les clientèles spécifiques ciblées par le programme), le processus d'intervention, les effets attendus (une théorie du changement) et l'évaluation du programme. Chacun des 12 programmes recensés a été examiné en utilisant ces critères de façon à identifier ceux pour lesquels nous disposions du plus d'informations descriptives.

Pour être sélectionnés, les programmes devaient :

- correspondre à l'une des quatre catégories identifiées à la section 1
- être implantés avec succès
- disposer d'une information suffisante concernant les six composantes décrites dans les critères d'analyse.

La figure 3 présente les programmes types sélectionnés selon les quatre catégories.

FIGURE 3



Étape 3 - Recension des écrits

Parallèlement à la sélection des programmes, nous avons effectué une recension des recherches sur la prévention du suicide chez les hommes. Nous avons utilisé la base de données du Centre de documentation du CRISE ainsi que les bases de données spécialisées en sciences sociales et médicales (PsycInfo et Pubmed).

Des consultations auprès du réseau de partenaires du CRISE et de sa communauté de pratique en prévention du suicide ont aussi été menées afin d'identifier des documents inédits et d'autres sources de référence. Le module 2 du guide présente les résultats de cette recension.

Étape 4 - Examen critique des programmes types

La quatrième étape visait à procéder l'analyse des quatre programmes types. Ce processus cherchait à intégrer à la fois les enseignements tirés de la recherche sur le suicide chez les hommes et l'expertise en intervention des professionnels et planificateurs de programmes. Il s'est déroulé en deux étapes soit (1) la construction d'une grille d'analyse des programmes détaillée, basée sur les critères utilisés pour la sélection des programmes types; (2) l'organisation d'un forum de consensus rassemblant différents experts de la prévention du suicide et des clientèles masculines, afin de discuter de ces programmes types.

1. Construction d'une grille d'analyse des programmes

Afin de procéder à l'analyse critique des programmes dans le cadre d'un forum de consensus rassemblant des experts, une grille d'analyse a été construite à partir des travaux sur l'applicabilité des résultats et des critères de généralisation de la recherche. Essentiellement, ces critères correspondent à cinq niveaux de questions pour discuter des limites de la généralisation des résultats provenant de recherches (Shadish et col., 2002; Green et Glasgow, 2006) [2] :

- similarité des éléments : dans quelle mesure la population à l'étude et le contexte de recherche sont-ils comparables à la population cible du programme?

- élimination des éléments non pertinents : quels sont les éléments de la recherche ou du programme qui sont peu susceptibles d'affecter la population cible?

- établir les critères discriminants : quelles sont les limites du contexte d'intervention et de la problématique cible en comparaison au contexte et à la population visée par de nouvelles interventions?

- intrapolation et extrapolation : en considérant la population cible du programme, quels sont les groupes ou qui sont les individus singuliers auprès desquels les résultats de l'intervention ne peuvent être appliqués (intrapolation) et inversement jusqu'où peut-on généraliser les résultats à d'autres populations que celle de l'échantillon initial de l'étude (extrapolation)?

- explication causale : la formulation d'une explication théorique qui sous-tend la logique d'action du programme a-t-elle été proposée?

Sur la base de ces critères, une grille préliminaire a été développée et soumise, afin d'être validée, à l'expertise de spécialistes en évaluation de programmes, ainsi qu'à des experts de l'intervention auprès des hommes. La grille d'analyse des programmes a enfin été finalisée sur la base des commentaires et suggestions de ces experts et comprend cinq groupes de questions auxquelles on doit pouvoir répondre afin de construire un programme de prévention du suicide auprès des hommes le plus complet possible (voir tableau 1).

[2] Ces critères peuvent également être facilement utilisés dans la lecture d'études empiriques par des personnes ou organismes voulant extraire et appliquer des connaissances scientifiques pertinentes à d'autres domaines.

Tableau 1 - Grille d'analyse des programmes

Clientèle cible

Quels sont les groupes d'hommes les plus susceptibles de profiter d'un programme de ce type?

Y a-t-il des groupes d'hommes à risque de suicide pour lesquels ce programme ne devrait pas être offert? Si oui, lesquels et pourquoi?

Quels devraient être les critères de sélection et d'exclusion des clientèles d'un tel programme?

Des outils d'évaluation devraient-ils être inclus afin de sélectionner les clientèles? Si oui, lesquels?

Objectifs du programme

Tous les objectifs du programme sont-ils pertinents, réalistes et mesurables?

Sinon, devrait-on en éliminer? Lesquels? Devrait-on en ajouter d'autres? Lesquels?

Logique d'action et processus

Considérant les objectifs de ce type de programme, la logique d'action vous semble-t-elle plausible, fondée au plan clinique ou scientifique? Est-elle en accord avec les objectifs ciblés?

Quelles sont les composantes essentielles de ce type de programme?

Des éléments peu susceptibles de favoriser l'atteinte des objectifs de ce type de programme pourraient-ils être éliminés? Si oui, lesquels?

Formation

Quelles qualités devraient avoir les intervenants qui dispensent ce type de programme?
Quels devraient être les critères de sélection (inclusion et exclusion) du personnel dans ce type de programme?

Quelles formations est-il essentiel d'offrir aux intervenants oeuvrant dans ce type de programme?

Que devrait-on faire prioritairement afin d'assurer une sélection et une formation optimale des intervenants oeuvrant dans ce type de programmes?

Recommandations

Quelles seraient vos recommandations afin d'assurer qu'un programme de ce type puisse atteindre l'ensemble de la population susceptible d'en bénéficier?

Quelles seraient vos recommandations afin d'améliorer les objectifs ciblés par ce type de programme?

Quelles sont vos recommandations prioritaires afin d'améliorer les activités de ce type de programme?

Quelles sont vos recommandations afin d'améliorer la formation des intervenants qui dispensent ce type de programme?

Avez-vous d'autres recommandations prioritaires à formuler afin d'améliorer ce type de programme?

2. Forum de consensus - objectifs et organisation

L'objectif du forum était de procéder à une analyse critique des programmes en utilisant à la fois les données de la recherche et celles issues de l'expérience pratique des professionnels du domaine de l'intervention auprès des hommes. La stratégie retenue afin de procéder à cette analyse consistait à réunir, dans le cadre d'une journée forum, un groupe composé de chercheurs, de cliniciens et de planificateurs reconnus pour leur expertise et d'amener ces participants à examiner des programmes types et à se prononcer sur leur potentiel de généralisation et d'efficacité.

Experts participants au forum

Trois groupes de participants représentant 78 experts de l'intervention, de la planification des programmes et de la recherche ont été invités à participer à une journée forum pour faire le point sur les programmes de prévention du suicide chez les hommes. Les participants ont été sélectionnés à partir d'une consultation des réseaux de collaborateurs du CRISE, des réseaux d'intervention auprès des hommes (réseau de la santé et des services sociaux et communautaires) et suite à l'analyse des travaux de recherche publiés au Québec dans le domaine de la masculinité et des problématiques de santé mentale des hommes. À partir du bassin initial d'invités (N=78), le groupe final comprend 48 participants ce qui représente 62 % des personnes invitées [3] :

- Planificateurs de programmes d'intervention auprès des hommes suicidaires ou en détresse (N= 20) ayant une expérience pratique pertinente dans le développement de programmes spécifiquement destinés aux hommes et aux personnes suicidaires. Leur apport est fondamental dans la compréhension des besoins organisationnels et structurels pour élaborer des interventions spécialisées.

- Intervenants spécialistes et experts cliniciens dans la problématique du suicide chez les hommes ou de celle des hommes en détresse (N=23) ayant développé des approches et techniques spécifiques d'intervention basées en particulier sur l'approche différenciée par les sexes. Leur expérience apporte un éclairage essentiel pour comprendre les caractéristiques spécifiques de la clientèle masculine et suicidaire, ainsi que les axes d'intervention nécessaires et pertinents.

- Chercheurs en suicidologie, en évaluation de programmes et en clientèles masculines (N=12). Leur apport se situe dans la production et l'analyse de données probantes issues de la recherche pour compléter l'étude des processus suicidaires, masculins et d'intervention (design, implantation et évaluation des effets) dans le but de mieux identifier les interventions prometteuses et les axes importants de recherches futures.

Préparation du forum de consensus

En préparation au forum, un document de travail a été acheminé aux participants trois semaines avant la tenue de l'événement. Ce document comprenait :

- Une description des quatre programmes illustratifs sélectionnés pour l'analyse
- La grille d'analyse des programmes
- Des instructions pour utiliser la grille d'analyse ainsi qu'une présentation du déroulement du forum.

Déroulement du forum

La journée du Forum s'est déroulée en trois phases (ordre du jour en annexe 3), selon le plan suivant :

- Phase 1 : Présentation d'un bilan de la recherche et des concepts de prévention et promotion. Présentation et description des quatre programmes types à l'étude

- Phase 2 : Analyse des programmes et formulation de recommandations par les participants

- Phase 3 : Présentation et discussion des recommandations.

Phase I: Cette première phase avait pour but d'établir une base commune aux différents groupes de travail. Plus spécifiquement, il s'agissait de : (a) faire le point sur les données de la recherche sur la prévention du suicide auprès des hommes, (b) situer les concepts de prévention et de promotion, (c) présenter et décrire les programmes types (cas à l'étude). Pour cela, des chercheurs du domaine ont été appelés à (1) présenter une synthèse des données de la recherche sur les concepts de promotion, de prévention et d'intervention, (2) proposer une définition opérationnelle du concept de programme et des principaux concepts et enjeux en développement et en évaluation des programmes, (3) décrire et discuter les

[3] *Certains participants se sont identifiés par plusieurs rôles, le détail des appartenances professionnelles donne donc un chiffre supérieur à 48.*

résultats empiriques concernant les activités de prévention du suicide chez les hommes, (4) décrire et discuter les résultats empiriques concernant les activités de suivi et de traitement des hommes suicidaires. Suite à cela, des praticiens experts ont été invités à présenter les quatre programmes types utilisés comme base de travail.

Phase II. Lors de la seconde phase, les participants ont été regroupés en six ateliers de travail d'une durée d'une heure et demi. La tâche de chaque atelier consistait à procéder à l'analyse d'un des quatre types de programme. Les ateliers avaient pour objectif d'identifier les éléments clés portant sur les composantes de chaque programme, soit les clientèles ciblées, les objectifs, les logiques d'action, la formation nécessaire pour les intervenants du programme, l'ensemble étant suivi de recommandations générales. Un facilitateur et un rapporteur ont été assignés à chacun des ateliers afin de soutenir le travail. L'analyse a été réalisée à partir de la grille d'analyse des programmes, distribuée initialement aux participants avant la tenue du forum (voir la grille d'analyse p.12). Lors de la pause dîner, les rapporteurs des groupes de travail ont effectué une synthèse des recommandations afin de les présenter dans l'après-midi en séance plénière.

Phase III. La troisième étape de la journée a consisté en une discussion des recommandations dans le cadre d'une séance plénière. Chaque rapporteur a été invité à présenter les résultats de la réflexion de son groupe. Les recommandations correspondant aux différents types de programmes ont été commentées, discutées et précisées. Un animateur avait pour mandat de coordonner les échanges et de faciliter la détermination de consensus entre les participants. Au terme de ces travaux, quatre-vingt-neuf recommandations portant sur les composantes critiques et les conditions d'implantation des quatre types de programmes ont été recensées.

Étape 5 - Validation des recommandations des experts participants

La cinquième étape du processus d'élaboration des recommandations avait trois objectifs :

(1) valider les recommandations formulées lors du forum, cette fois par un processus systématique de consultation auprès des participants;
(2) déterminer des recommandations prioritaires parmi l'ensemble de ces recommandations;
(3) offrir à chaque participant l'opportunité de formuler des commentaires et des réflexions sur le processus ou le contenu.

Un questionnaire a été développé spécifiquement afin de recueillir ces informations (Questionnaire de consensus en annexe 4). Il comprenait quatre-vingt-neuf questions couvrant l'ensemble des recommandations et éléments identifiés lors du forum. Pour chacun de ces items, il était demandé aux participants de se prononcer à l'aide d'une échelle de type Likert en 5 points sur l'importance de chaque recommandation afin d'améliorer ce type de programme. Les participants avaient aussi pour tâche d'identifier deux recommandations par thème et de formuler toute autre recommandation prioritaire et qui n'aurait pas déjà été mentionnée.

Le questionnaire a été envoyé aux 78 experts initialement invités au forum. Trente-deux d'entre eux nous ont retourné leur questionnaire, ce qui représente un taux de réponse de 41 %. Des 89 recommandations extraites des discussions du forum et soumises aux experts via le questionnaire de consensus, 32 ont été identifiées comme prioritaires. Les répondants ont également formulé 58 commentaires ou suggestions supplémentaires (voir annexe 4).

Une analyse de contenu a été effectuée afin de regrouper les recommandations et suggestions pour chaque type de programmes selon les dimensions pour lesquelles elles apportaient des réponses (problématique, objectifs, logique d'action, clientèle visée, activités, pertinence). Le résultat de cette analyse est présenté dans le module 3. Les recommandations ont été intégrées aux éléments descriptifs des programmes et enrichies par des données issues de la recherche. Cette combinaison de différentes sources de données a permis de formuler des pistes de solution adaptées à chacun des quatre types de programmes.

MODULE 2 - Recension des écrits sur le suicide chez les hommes

Cette recension présente une synthèse des recherches sur le suicide chez les hommes et sur la relation entre les caractéristiques masculines et la santé mentale pouvant influencer la suicidalité masculine. Elle est structurée autour de cinq questions cruciales pour améliorer la prévention du suicide chez les hommes :

- Quelles sont les caractéristiques des hommes suicidaires?
- Comment stimuler la demande d'aide des hommes à risque de suicide?
- Comment améliorer l'identification des hommes en détresse?
- Comment renforcer l'accès et l'adhérence au traitement chez les hommes suicidaires?
- Quelles sont les interventions efficaces pour les hommes suicidaires?

1. Quelles sont les caractéristiques des hommes suicidaires?

Une recension systématique des recherches ayant examiné les facteurs associés aux suicides masculins (Houle, 2005) a permis de relever neuf facteurs de risque qui pourraient contribuer à expliquer la surreprésentation des taux de suicide chez les hommes :

- La létalité des moyens choisis : La létalité d'un moyen réfère à la capacité de celui-ci à entraîner la mort (Houle, 2005). Les hommes utilisent des moyens proportionnellement plus létaux que les femmes et auraient donc moins de chances de survivre que celles-ci.

- Les troubles mentaux : Le lien entre les troubles mentaux et le suicide chez les hommes est complexe (Houle, 2005). Quoique plus de femmes que d'hommes sont diagnostiquées avec un trouble de l'humeur (qui est fortement associé au suicide), plus d'hommes se suicident que les femmes. Il est possible que la dépression soit sous diagnostiquée et sous traitée chez les hommes (Tremblay et col., 2007). Les taux plus élevés d'abus et de dépendances à l'alcool et aux drogues chez les hommes comparativement aux femmes pourraient aussi contribuer à expliquer leur plus haut taux de suicide (Houle, 2005).

- L'agressivité : La présence plus importante d'agressivité chez les hommes que chez les femmes a aussi été suggérée comme hypothèse afin d'expliquer les taux plus élevés de suicide chez les hommes (Houle, 2005). Les comportements agressifs des hommes suicidaires peuvent limiter la capacité de l'entourage et des intervenants à reconnaitre la souffrance. Ils peuvent également engendrer une crainte chez les intervenants qui hésiteront à interagir avec ces hommes et par là même augmenter leur isolement. Cependant, cette hypothèse n'a pas encore été démontrée empiriquement.

- L'acceptabilité du suicide : Les hommes ont des attitudes plus favorables face au suicide que les femmes et les normes sociales nord-américaines sont plus favorables au suicide d'un homme qu'à celui d'une femme. Ceci pourrait contribuer à expliquer le plus haut taux de suicide chez les hommes (Houle, 2005).

- La demande d'aide : Il est démontré que les hommes demandent moins d'aide que les femmes. Cependant, le lien entre le recours aux services et le suicide n'est pas encore empiriquement établi (Houle, 2005).

- Le soutien social : Le soutien social réfère aux différentes formes d'aide offertes par l'entourage de la personne dans le but de l'aider à composer avec des difficultés (Bossinni et Tessier, 1985 dans Houle, 2005). Les recherches suggèrent que le soutien social a un effet protecteur face au suicide et que les hommes bénéficient de moins de soutien social que les femmes, ce qui pourrait contribuer à leur risque de suicide (Houle, 2005).

- L'intégration sociale : L'intégration sociale s'observe notamment par le fait d'avoir un réseau social, de ne pas vivre seul, d'avoir un conjoint, un enfant et un emploi. Les hommes seraient moins intégrés socialement que les femmes, ce qui contribuerait à expliquer leur plus haut taux de suicide (Houle, 2005).

- Un sentiment de solitude : Le sentiment de solitude réfère a « un état de détresse émotive qui survient lorsqu'une personne se sent étrangère, incomprise ou rejetée par les autres et/ou perçoit un manque de relations intimes avec des partenaires pour faire des activités » (McWhirter, 1990 dans Houle, 2005 p. 74). Les hommes ont souvent un réseau social plus réduit que les femmes et peuvent être plus sensibles à solitude qui constitue un facteur de risque de suicide associé à la dépression et le désespoir (Houle, 2005).

- Le rôle masculin traditionnel : Le rôle masculin est une construction sociale référant à un ensemble de comportements et d'attentes socialement définis comme étant masculins et considérés culturellement appropriés pour les hommes (O'Neil, 1981 dans Houle, 2005). Des études démontrent qu'adhérer au rôle masculin traditionnel peut entraîner des effets négatifs sur la détresse psychologique, la dépression, la demande d'aide et la perception du soutien social.

L'adhésion au rôle masculin traditionnel pourrait, par des effets modérateurs, influer sur l'acceptabilité du suicide comme option.

En plus de ces facteurs de risque du suicide chez les hommes, les conflits de rôle de genre sont associés à un niveau plus élevé de dépression et de détresse psychologique (Tremblay et col., 2007) et pourraient ainsi augmenter la vulnérabilité et le risque d'un suicide.

Dans cette perspective, des interventions visant à offrir aux hommes des alternatives au modèle traditionnel de la masculinité pourraient contribuer à développer des facteurs de protection contre la dépression et la détresse psychologique et ainsi diminuer le risque de suicide (Canetto et Lester, 1995).

Enfin, l'impulsivité a un rôle important à jouer dans les dynamiques suicidaires en général (Wakai et col., 2008) et chez les hommes en particulier (Dumais et col., 2005). En effet, on retrouve plus de suicides impulsifs chez les hommes (Simon et col., 2001) et les hommes tendent à avoir des comportements et des traits de personnalité impulsifs plus fréquemment que les femmes (Zouk et col., 2006). La combinaison de l'impulsivité avec l'agressivité et la consommation chez les hommes peut augmenter significativement le risque de suicide.

2. Comment stimuler la demande d'aide des hommes à risque de suicide?

Les femmes demandent plus souvent de l'aide que les hommes face à leurs besoins de santé physique et mentale et, parmi les personnes ayant des pensées suicidaires, les femmes sont également plus réceptives à demander de l'aide que les hommes (Biddle et col., 2004). Les recherches montrent aussi que les hommes contactent moins les services d'aide que les femmes avant une tentative de suicide et qu'ils sont moins nombreux à avoir reçu des services de santé suite à une tentative (Suominen et col., 2002). Par ailleurs, le traitement des personnes ayant fait une tentative de suicide pose un défi. En effet, les personnes (hommes et femmes) qui ont fait une tentative de suicide ont souvent une attitude réfractaire envers le suivi offert par les équipes médicales et présentent des problèmes d'adhérence à leur traitement (Bronisch et Hecht, 1990; Motto et Bostrom, 2001; Krulee et Hales, 1988).

En ce qui concerne les suicides complétés, les recherches montrent également que les femmes décédées par suicide ont eu plus souvent recours aux services d'aide en santé mentale, bien que le suicide n'ait pu être évité (Pirkis et Burgess, 1998). Ces données soulignent l'importance de mieux comprendre la relation entre les services d'aide et la prévention du suicide ainsi que les raisons pouvant expliquer le fait que les hommes demandent moins souvent l'aide nécessaire à leur santé physique et mentale et ont plus de difficulté à adhérer au traitement (Biddle et col. 2004). Quelques éléments clés influencent l'attitude des hommes face à la demande d'aide. Ils seront abordés dans la section suivante.

Comprendre qu'on a besoin d'aide

Nous avons vu qu'agressivité et impulsivité sont des facteurs importants liés aux comportements suicidaires masculins et que la présence de ces traits peut considérablement limiter l'accès aux soins. Il n'existe pas de résultats probants quant à la capacité des hommes agressifs suicidaires de reconnaître leur besoin d'aide. Une avenue intéressante de prévention du suicide chez les hommes serait d'augmenter leur capacité de reconnaître leur souffrance au-delà de l'agressivité.

L'attitude face à la demande d'aide

Comment expliquer que les hommes ont plus de difficulté à demander l'aide qui leur est nécessaire? Hao et Liang (2007) observent que les hommes auraient une attitude plus négative que les femmes face à la demande d'aide. Cette attitude peut être expliquée par une approche traditionnelle du rôle masculin, une réticence à exprimer ses émotions et une réticence à exprimer de l'affection envers un autre homme (Good et col., 1989). De plus, les hommes qui éprouvent de la détresse et vivent plus de conflits de rôles de genre pourraient vivre également une forme d'auto-stigmatisation qui freine chez eux la recherche d'aide auprès d'intervenants et qui accentue la difficulté ou même le refus de révéler leurs problèmes à des intervenants (Pederson et Vogel, 2007).

Le rôle du réseau social

L'environnement pourrait aussi jouer un rôle important afin de soutenir la recherche d'aide chez les hommes en difficulté. En effet, Cusack et col. (2004) ont trouvé que 96 % des hommes ayant suivi une thérapie l'ont fait suite à l'influence d'un tiers et que dans 63 % des cas les sources d'influences étaient multiples. Parmi les sources qui influent sur la demande d'aide, deux recherches indiquent que les médecins et la conjointe exercent une influence positive auprès des hommes dans la décision d'entreprendre une thérapie (Millar, 2003; Cusack et col., 2004). Ce sont donc des liens importants entre l'homme et le système de

soins qu'il faut cultiver.
Ces liens pourraient être renforcés en impliquant les proches des hommes en détresse. En ce sens, un programme intéressant a été expérimenté au Québec, dans lequel on offre un soutien spécifique aux proches d'hommes suicidaires avec pour objectif de les aider à soutenir l'homme à risque (Mishara et Houle, 2003). Des effets positifs de ce type d'approche ont été rapportés et permettent d'améliorer l'efficacité des interventions en prévention du suicide (Mishara et Houle, 2005).

L'ensemble des données identifiées ci-dessus suggère que les professionnels de la santé devraient être formés aux dynamiques de fonctionnement et aux symptomatologies des hommes afin d'être en mesure d'offrir des expériences positives aux hommes qui les consultent et d'encourager de futures demandes d'aide (Howerton et col., 2007). Dans cette même veine, des données issues de la recherche montrent que le fait d'offrir un programme psychoéducatif accompagné de témoignages d'hommes ayant bénéficié d'aide améliore l'attitude des hommes face à la demande d'aide pour la dépression (Martielli, 2007).

La crainte de la stigmatisation

Parmi les barrières à la demande d'aide chez les hommes, on rapporte la crainte de recevoir un diagnostic psychiatrique et la peur de la stigmatisation accompagnant ce diagnostic (Howerton et col., 2007). Les hommes auraient en effet davantage une perception instrumentale de leur santé que les femmes. Selon cette perception, le corps est une machine efficace qui a besoin de peu d'entretien et être en santé signifie ne pas être malade (Moller-Leimkuhler, 2002). Dans cette perspective, la présence de douleur physique intense empêchant de réaliser ce qu'on doit faire est considérée comme l'indicateur principal d'un problème. Un symptôme qui n'est pas clairement visible et "objectif" serait ainsi plus difficile à exprimer et à justifier auprès du médecin (O'Brien, 2005). Les attentes normatives liées au rôle masculin contribueraient à la non-perception et au déni des symptômes et donc à l'absence de recherche d'aide. En effet, les hommes rapportent une meilleure perception subjective de leur état de santé et moins de symptômes somatiques, émotionnels et dépressifs que les femmes (Moller-Leimkuhler, 2002).

La crainte de « déranger pour rien »

Dans la même lignée, les hommes auraient davantage peur d'être perçus comme des individus qui exagèrent leurs problèmes (O'Brien et col., 2005). Ils ont ainsi tendance à considérer comme un signe de faiblesse le fait de demander de l'aide pour des malaises et des symptômes de moindre gravité puisque cela irait à l'encontre du stéréotype de l'homme fort et silencieux (« strong and silent »). Selon ce même stéréotype masculin, les hommes doivent être capables d'endurer la douleur. Beaucoup d'hommes ont peur d'être perçus comme étant des personnes qui consultent un médecin sans motif fondé et craignent que leurs symptômes ne soient pas suffisamment graves ou importants pour justifier une telle consultation. Cette appréhension ainsi que la crainte d'une remise en cause de leur masculinité pourraient restreindre le recours aux services d'aide et la collaboration aux traitements (O'Brien et col., 2005).

La perte de contrôle

Demander de l'aide peut impliquer la perception d'une perte de contrôle chez le demandeur. Ceci pourrait être une explication possible au refus de prendre des médicaments prescrits et de s'orienter davantage vers l'automédication chez certains hommes (alcool, « workoholism », suicide) puisque cette pratique renforce le sentiment de contrôle sur soi (Moller-Leimkuhler, 2002). Les attitudes et la socialisation des hommes ayant hérité de modèles plus traditionnels pourraient ainsi être en cause dans le fait que ceux-ci perçoivent une obligation à être autosuffisants et à ne pas dévoiler leurs émotions (O'Brien et col., 2005).

Le manque de connaissances quant aux services d'aide et de soins peut également induire un sentiment de perte de contrôle, en particulier en ce qui concerne l'aide psychologique (Millar, 2003). Sur ce même aspect, il est possible qu'une meilleure connaissance chez les hommes des protocoles d'interventions et des différents types de soins qui leur sont offerts, puisse faciliter le recours à l'aide nécessaire.

Résumé

En somme, plusieurs facteurs de risques ont été proposés pour expliquer le plus haut taux de suicide chez les hommes comparativement aux femmes, tels :

- La létalité des moyens choisis
- Les troubles de santé mentale (dépression non diagnostiquée, abus/dépendances à l'alcool/drogues)
- L'agressivité
- L'acceptabilité du suicide
- Les problèmes sur le plan de la demande d'aide
- Le manque de soutien social
- Les problèmes d'intégration sociale
- Le sentiment de solitude
- Le rôle masculin traditionnel

Quelques facteurs pourraient contribuer à expliquer pourquoi les hommes demandent de l'aide moins souvent que les femmes, tels :

- Une attitude négative face à la demande d'aide due en partie à l'adhérence au rôle masculin traditionnel et à des conflits de genre
- Le manque d'implication du réseau social
- La crainte de la stigmatisation associée à un diagnostic
- La crainte de consulter sans motif fondé
- Un sentiment de perte de contrôle sur soi lié à un manque de connaissances des traitements (médicaux et autres).

Ces constats suggèrent qu'on pourrait notamment stimuler la demande d'aide chez les hommes :

- En impliquant les proches de l'homme en détresse afin de soutenir la référence au système de soins;
- En s'assurant d'offrir des expériences positives de traitement aux hommes qui consultent afin d'encourager la demande d'aide chez ceux-ci;
- En améliorant les connaissances des hommes sur les traitements et soins existants.
- En apprenant aux garçons et aux hommes à reconnaître leur besoin d'aide et surtout à demander l'aide qui leur est nécessaire.

3. Comment améliorer l'identification des hommes en détresse?

Sachant que les troubles mentaux sont fortement associés au suicide, le dépistage adéquat, notamment de la dépression, serait une stratégie importante pour permettre les traitements nécessaires et ainsi prévenir le suicide (Bradvik et col., 2008). Plusieurs études rapportent que dans plus de la moitié des cas, les médecins ne réussissent pas à diagnostiquer de troubles mentaux chez les personnes suicidaires (Burvill, 1990; Goldberg et Huxley, 1980; Parikh, Lin et Lesage, 1997; US Preventive Task Force, 1996). Cette difficulté serait encore plus importante dans les cas de troubles affectifs et anxieux. Tremblay et col., (2007) ont documenté la difficulté de diagnostiquer la dépression chez les hommes à l'aide des outils psychométriques existants. Les symptômes atypiques présentés par les hommes en comparaison de ceux manifestés par les femmes pourraient expliquer la difficulté à identifier la dépression chez les hommes (Moller-Leimkuhler, 2002). Il s'agirait ici, entre autres, de l'irritabilité, des crises de colère, des comportements hostiles, agressifs et abusifs, qui sont des symptômes compatibles avec le rôle masculin.

Quelques programmes visant à mieux outiller les médecins dans le dépistage de troubles mentaux ont été évalués et ont mené à des résultats prometteurs. Citons notamment le programme implanté au Gotland, une île suédoise, suite à la demande de praticiens généralistes qui se jugeaient mal outillés face à la dépression et au suicide (Rutz et col., 1995). Ce programme de formation a été offert à tous les médecins généralistes de l'île pendant une période de deux ans à raison de deux sessions de deux jours au cours des années 1983 et 1984. Suite au programme, les praticiens généralistes ont rapporté une amélioration de leurs connaissances et de leur capacité à détecter la dépression. Ils ont également rapporté être en mesure de mieux intégrer le soutien thérapeutique à la médication, et

avoir amélioré leur capacité à évaluer le risque suicidaire et à poser un diagnostic. Deux ans après l'implantation du programme, on observait une baisse substantielle du taux de suicide chez les hommes. Par ailleurs, Rutz (2001) observe dans ce même programme que les hommes qui étaient connus du système de santé et qui se sont suicidés appartenaient à un groupe qui n'avait pas été diagnostiqué comme dépressif et suicidaire. L'incapacité de poser un tel diagnostic serait attribuable à la présence de comportements agressifs et d'abus d'alcool chez ces hommes et à une mauvaise adhérence au traitement (Rutz et col., 1995).

Le programme "RU Right in the Head?" implanté en Irlande du Nord (Harland et col., 2006) utilise deux outils éducatifs, l'un étant destiné aux jeunes et l'autre aux intervenants, afin de promouvoir un bien-être mental et émotionnel chez les adolescents masculins de 11-16 ans et informer sur la façon d'acquérir et de maintenir une santé mentale positive. L'outil ayant pour objectif l'éducation des praticiens intervenant auprès de jeunes adolescents explore diverses thématiques : l'attitude des cliniciens, la valorisation des jeunes hommes et de la masculinité, et enfin un modèle pratique sur la façon d'engager l'interaction avec les adolescents. La distribution de cet outil est accompagnée d'une formation de deux jours. Une évaluation d'implantation indique que la formation est positivement appréciée par les participants (Harland et col., 2006). Dans le cadre de ce projet, un groupe de soutien de pairs a aussi été offert aux intervenants afin de promouvoir l'utilisation et le développement de l'outil. Six mois après la formation, on rapporte une forte adhésion des cliniciens à l'utilisation de l'outil.

Un troisième programme de formation des professionnels intervenant auprès des hommes est celui de « Former à l'intervention auprès des garçons/hommes »[4] de Tremblay et L'Heureux (manuscrit inédit). Cette formation se déroule sur une période de deux jours et elle procède par la réunion de petits groupes de 15 intervenants. La formation s'articule autour de trois axes : 1) un partage sur les expériences d'intervention auprès des hommes et un travail sur les réactions contre-transférentielles; 2) des exposés et des échanges sur la construction de l'identité de rôle de genre et ses effets sur les rapports des hommes à leur santé et la dynamique de demande d'aide des hommes traditionnels; 3) l'identification des clés de l'intervention auprès des hommes et leur mise en application dans le cadre d'études de cas.

L'efficacité du programme n'a pas été évaluée. Une analyse d'implantation a cependant été menée auprès d'un groupe d'intervenants (N=20) de CLSC ayant suivi la formation. Du point de vue des intervenants rencontrés, la formation a permis, entre autres, d'améliorer l'accueil offert aux clientèles masculines, notamment en reconnaissant davantage l'effort que la demande d'aide a suscité et en normalisant certains processus. Elle a aussi permis de renforcer des habiletés, de mettre en mots des acquis expérientiels et d'acquérir de nouvelles façons de faire avec la clientèle masculine (nouvelles techniques ou changement de paradigme). Ces données doivent toutefois être interprétées avec prudence en raison de la taille réduite de l'échantillon et de l'absence de mesures d'effets sur les comportements suicidaires.

Résumé

La difficulté à diagnostiquer avec exactitude les troubles mentaux, notamment les troubles affectifs, pourrait entraver l'aide offerte aux hommes à risque de suicide par les professionnels de la santé. À cet effet, des recherches soulignent le besoin de formation des professionnels de la santé sur :

- les troubles mentaux et le suicide chez les hommes;
- la masculinité;
- les techniques d'intervention auprès des hommes et des garçons.

La formation continue des intervenants semble une composante importante afin d'améliorer la prévention du suicide chez les hommes. Des recherches seront toutefois nécessaires afin de vérifier l'effet de telles formations.

[4] *Ce programme est un des quatre programmes « types » présentés dans le cadre du Forum.*

4. Comment renforcer l'accès et la collaboration au traitement chez les hommes suicidaires?

Programmes d'éducation et de sensibilisation visant les hommes

Des stratégies de prévention des troubles mentaux et du suicide par l'éducation et la sensibilisation visant spécifiquement les hommes ou les garçons ont été développées récemment afin d'augmenter l'accès aux services de traitement chez les hommes en détresse et suicidaires. Peu de ces stratégies cependant ont été évaluées empiriquement.

Parmi les stratégies, citons la Semaine de prévention du suicide (SPS) qui a lieu chaque année au Québec. Au cours des années 1999, 2000 et 2001, la SPS a porté sur le thème du suicide chez les hommes et adopté un cadre d'action qui s'inspire de la théorie du marketing social. En son essence, cette théorie veut obtenir un changement des comportements chez les personnes ou la société (Kotler & Andreasen, 1996 dans Daigle et col., 2006) en visant l'individu (le consommateur) et en adoptant des stratégies du marketing commercial, de la publicité et de la promotion, incluant les quatre concepts suivant : le produit, le prix, la promotion et l'emplacement (Kohret col., 2008). Le marketing social est reconnu comme pouvant contribuer dans plusieurs domaines, dont en santé publique, à des changements de comportement dans la population. La SPS a fait l'objet d'une évaluation. Les résultats du sondage téléphonique suite à la SPS de 2000 ont démontré que 19 % des 998 hommes interrogés rapportaient avoir été exposés à la campagne. Le sondage a démontré une amélioration significative des connaissances sur la prévention du suicide chez les hommes exposés à la campagne. Suite à la SPS 2001, on a observé une augmentation de la consultation des sites web pertinents (ciblant les hommes et les femmes). On ne rapporte pas cependant de diminution significative du nombre de suicides complétés suite aux campagnes de 1999 et de 2000. Par ailleurs, les données issues du sondage téléphonique auprès des hommes en 2000 ne témoignent d'aucun effet négatif suite à la SPS.

Aux États-Unis, la campagne « Real Men. Real Depression » (Rochlen et col., 2005), développée par le National Institute of Mental Health (États-Unis), a pour objectifs : d'augmenter la conscience publique sur la dépression chez les hommes; d'intervenir sur le fait que « les hommes sont moins enclins que les femmes à reconnaître leur besoin d'aide et chercher les soins qui leur sont nécessaires afin de traiter leur dépression » (Rochlen et col., 2005); d'augmenter l'habileté des médecins à diagnostiquer les problèmes de dépression chez les hommes ainsi que leurs habiletés à motiver les hommes à accepter et à collaborer à ces traitements. La campagne veut ainsi contrer le lien entre la féminité et la recherche d'aide. Elle propose divers traitements aux hommes souffrant de dépression et les informe sur la nature et le déroulement de ces traitements.

Plusieurs outils ont été développés dans le cadre de la campagne « Real Men. Real Depression » (Rochlen et col., 2005) dont des dépliants, des messages d'intérêt public (télévision et radio) et un site web. Les différents moyens utilisés par cette campagne afin d'atteindre ces objectifs suggèrent des éléments clés à considérer dans le traitement de la dépression chez les hommes en utilisant des témoignages d'hommes ayant vécu eux-mêmes une dépression et ayant été traités pour celle-ci. Malgré ces aspects innovants et prometteurs, il faut toutefois noter que cette campagne n'est pas évaluée et qu'il est impossible de se prononcer sur son efficacité réelle.

Résumé

L'approche par campagnes d'éducation publique générale s'appuie sur un cadre théorique de mieux en mieux maîtrisé en santé publique. Ce type de campagne orientée vers une amélioration de l'identification des symptômes suicidaires cherche à favoriser le recours à l'aide nécessaire par les personnes à risque. Des programmes visant à améliorer l'adhérence au traitement des hommes à risque de suicide en sensibilisant les professionnels de la santé tel le « Real Men Real Depression » proposent également des stratégies fondées sur un bon rationnel d'action. Nous ne disposons néanmoins d'aucune preuve de l'efficacité de ce type de campagnes à diminuer le suicide.

La collaboration au traitement

Un volet important de la recherche sur l'accès aux soins et sur l'efficacité des traitements de patients suicidaires est l'étude de l'adhérence aux traitements. Les personnes (hommes et femmes) qui ont fait une tentative de suicide présentent des problèmes d'adhérence à leur traitement (Bronish et Hecht, 1990; Motto et Bostrom, 2001; Krulee et Hales, 1988; van Heeringen, 1992). Van Heeringen, et col. (1995) estiment qu'entre 42,5 % et 51,2 % des personnes ayant fait une tentative de suicide adhèrent au traitement qui leur est proposé, et ce, sans distinction de genre.

Différentes stratégies ont été utilisées et vérifiées afin d'assurer une meilleure adhérence aux soins suite à une hospitalisation pour tentative de suicide (TS). Certaines stratégies ont eu des effets positifs :

- les programmes de suivi intensif qui visent à assurer la continuité des soins après le congé de l'hôpital (Hawton et col., 1987; Torhorst et col., 1987; Welu, 1977) avec le même clinicien ou du moins avec la même équipe.

- les soins effectués à domicile (Allard et col., 1992; Hawton et col., 1981; Salkovskis et col., 1990),

- l'envoi régulier de cartes postales aux patients après le congé de l'hôpital (par exemple Carter et col., 2005),

- le suivi téléphonique auprès des patients un mois après le congé de l'hôpital (Vaiva et col., 2005) ou en deux étapes (4 et 8 mois après l'hospitalisation, Cedereke et col., 2002) ayant pour objectif de faire le point sur la prise en charge, de motiver la poursuite du traitement et d'ajuster l'intervention.

- l'offre de service directement et facilement accessible par téléphone avec un psychiatre résident (Morgan et col., 1993)

Cependant, ces recherches ont été menées **sans examiner les différences de genre** et peu d'informations sont disponibles sur la proportion d'hommes au sein des échantillons à l'étude (Torhorst et col., 1987; Welu, 1977). Il est donc impossible de vérifier sur la base de ces données si les stratégies employées ont un effet sur l'adhérence au traitement des hommes suicidaires. Par ailleurs, bien que certaines interventions augmentent l'adhérence au traitement, cette meilleure collaboration aux traitements n'est pas clairement liée à une diminution subséquente des taux de suicide. En effet, par exemple, Torhorst et col. (1987) n'ont pas noté de différence dans les taux de récidive chez des patients exposés à des interventions visant à augmenter leur collaboration au traitement suite à une hospitalisation pour tentative de suicide. De même, Allard et col. (1992) n'ont pas noté de diminution significative des comportements suicidaires suite à un traitement basé sur des rencontres thérapeutiques s'étalant sur une période de 12 mois et dont le contenu et le processus étaient adaptés spécifiquement aux besoins du patient.

Différemment, Rudd et col. (1996) ont observé une bonne adhérence aux traitements et une réduction des tentatives de suicide auprès d'un groupe de militaires (82 % d'hommes) exposés à un programme d'intervention cognitivo-comportementale intensive en hôpital de jour (pendant deux semaines). Dans cette étude, les variations liées aux intervenants (formation et approche thérapeutique) ont été contrôlées plus rigoureusement et l'effet observé du programme sur la récidive est plus important. Il importe cependant de demeurer prudent quant à la généralisation des résultats de cette étude puisque l'intervention a été appliquée dans un milieu très structuré et homogène (les services militaires américains). Il semblerait, malgré tout, que la combinaison de procédures visant à renforcer l'adhérence et d'un traitement très structuré puisse avoir un effet positif sur la récidive des comportements suicidaires des hommes.

5. Quelles sont les interventions efficaces auprès des hommes suicidaires?

Programme visant une réduction de la prévalence des facteurs de risque des hommes

En réponse à l'augmentation du nombre de suicides dans les années 1990-1995, l'US Air Force a mis en place un comité ayant pour mandat d'assurer la réalisation d'une étude systématique sur le suicide dans les forces armées de l'air et de recommander une stratégie de prévention (Knox et col., 2003). L'équipe a adopté une approche orientée sur la réduction des risques et l'augmentation des facteurs de protection. Ainsi, onze initiatives ciblant le renforcement du soutien social, la promotion du développement de stratégies d'adaptations efficaces, l'amélioration de la compréhension du concept de santé mentale et le changement de politiques et de normes afin d'encourager la demande d'aide pour un problème psychosocial ou de santé mentale furent développées. Le programme s'adressait aux 5 260 292 employés de l'US Air Force, lesquels majoritairement des hommes (84 %).

Afin d'évaluer le programme, une analyse de tendance des taux de suicide a été effectuée. La diminution relative du risque suicidaire et des autres conséquences reliées a été retenue comme variable indicative de l'efficacité générale du programme. La cohorte représentant l'ensemble des militaires du US Air Force de 1990-1996 a été désignée comme cohorte «non exposée» au programme et celle de 1997-2002 comme cohorte «exposée».

L'analyse a démontré une diminution significative de la proportion de suicides entre les deux cohortes. Le programme est associé à 33 % de réduction à long terme du risque de suicides complétés. Une analyse approfondie des composantes du programme montre qu'un des volets du programme visant à former les commandants à référer les militaires et les familles en détresse s'est avéré une composante clé du programme.

Programme d'intervention impliquant la participation des proches d'hommes suicidaires

En réponse aux demandes d'aide des proches pour des hommes suicidaires, Suicide Action Montréal a développé un programme de prévention ciblant les proches et les familles de ces derniers. Ce programme a pour but d'aider indirectement les hommes à très haut risque de suicide en outillant leurs proches afin d'améliorer les habiletés de leur famille et de leurs amis à identifier et répondre à leur problématique suicidaire. Pour cela, le programme comprend des sessions d'information sur le processus suicidaire, le concept de crise, l'évaluation de l'urgence suicidaire et les aspects spécifiques à la demande d'aide chez les hommes. Le programme a été évalué par Mishara et col. (2005). Quatre types d'activités ont été retenus dans le cadre de l'évaluation : (1) session d'information; (2) session d'information combinée à un suivi téléphonique; (3) référence rapide des hommes suicidaires à une ressource d'aide psychologique appropriée pour le traitement de la dépression, de l'alcoolisme ou d'abus de drogue; (4) soutien téléphonique offrant un jumelage entre un proche de l'homme suicidaire et un répondant téléphonique formé selon une approche axée sur la recherche de solutions. L'évaluation montre que les quatre volets entraînent des effets positifs auprès des hommes à haut risque suicidaire et leurs proches. L'ajout d'un suivi téléphonique une semaine après la session d'information n'ajoute pas à l'efficacité de l'intervention et la composante la plus efficace est le soutien téléphonique à long terme. Sur la base de ces résultats, les auteurs concluent qu'offrir le programme de soutien téléphonique à long terme en combinaison aux autres composantes augmente l'efficacité des interventions visant à outiller les proches et permet d'offrir le soutien dont ils ont besoin pour comprendre et contribuer à gérer la situation de la crise suicidaire chez les hommes.

Intervention post-tentative

L'intervention post-tentative consiste en des activités mises en place une fois la crise suicidaire diminuée afin de prévenir la récidive de comportements suicidaires. Ces interventions sont offertes soit à l'hôpital, soit en clinique externe, soit dans la communauté et elles ciblent le traitement des problèmes sous-jacents à la crise suicidaire.

Bien que cette approche semble fondée au plan clinique, nous ne connaissons aucune recherche qui ait examiné l'efficacité des programmes post-tentative dispensés spécifiquement auprès des hommes. Nous avons toutefois recensé des études ayant examiné des programmes post-tentative auprès de clientèles mixtes (hommes/femmes). Ces interventions sont essentiellement des thérapies brèves, principalement de type cognitivo-comportemental (par exemple, récemment, Brown et col., 2005). Les différentes interventions décrites ci-dessous varient dans l'intensité proposée, le lieu, la qualification du thérapeute, les mesures d'encouragement et de soutien à l'adhérence.

Intervention en hospitalisation – effet des traitements psychiatriques sur la récidive post-tentative

L'approche psychiatrique vise à traiter les troubles mentaux sous-jacents au geste suicidaire afin de réduire le risque de suicide. Cette approche procède principalement d'une combinaison de traitements pharmacologiques et de psychothérapie (Haw et col., 2002, Segal et col., 2002). Nous n'avons retrouvé aucune étude du traitement pharmacologique spécifiquement menée auprès d'hommes suicidaires de même qu'aucune étude d'évaluation de ces traitements ayant examiné les effets de manière différentielle selon le genre. Cependant, une recherche ayant examiné les effets de traitements dispensés en milieu psychiatrique suite à une tentative de suicide rapporte une réduction du taux de suicide chez les hommes comparativement au taux observé chez les hommes de la population générale (comparaison avec les taux populationnels, Geddes et col., 1997). Dans une revue des études existantes, Cassels et col. (2005) ont observé que les hommes qui reçoivent des soins en milieu hospitalier suite à une tentative de suicide présentent un plus haut risque de suicide complété durant l'hospitalisation que les femmes. Enfin, une étude rapporte des effets adverses suite à l'hospitalisation consécutive à une tentative de suicide (Chiles et Strosahl, 2004). Selon cette étude, l'hospitalisation pourrait contribuer à stigmatiser la personne suicidaire et induire un sentiment de perte de contrôle qui augmente la détresse. Ces résultats soulignent l'importance de mieux comprendre les caractéristiques des personnes suicidaires hospitalisées et celles des soins dispensés lors de l'hospitalisation.

Des études ont examiné l'efficacité de procédures visant à maintenir une continuité dans les soins offerts aux personnes suicidaires afin de favoriser l'adhérence au traitement et réduire la récidive des comportements suicidaires. Hawton et col. (1987) ont évalué les effets d'une intervention menée en clinique externe par les mêmes praticiens ayant effectué l'évaluation initiale des personnes hospitalisées suite à une tentative de suicide. Ces interventions ont amené une réduction des symptômes et de la répétition des comportements suicidaires. Cependant, un examen plus détaillé des résultats montre que les femmes ont davantage adhéré au traitement et que la réduction des tentatives de suicide est plus importante chez elles que chez les hommes. Une autre étude, celle de Torhorst et col. (1987) ayant aussi examiné l'effet d'interventions cherchant à augmenter l'adhérence au traitement a montré une augmentation de l'adhérence uniquement si le même thérapeute assurait un suivi lors de la transition entre l'hospitalisation et le traitement en clinique externe

Programme d'intervention post-tentative dans la communauté

Quelques études ont vérifié l'effet de suivis à domicile après le congé d'hôpital (Hawton et col., 1981; Allard et col., 1992; Salokovskis et col., 1990). Ces interventions, basées sur une approche de résolution de problèmes, sont offertes en complément d'une intervention psychiatrique et ont été évaluées auprès de groupes de participants comprenant moins de 50 % d'hommes. Les résultats de ces évaluations sont peu concluants et aucune de ces études n'a pu montrer de liens clairs entre la mesure de suivi à domicile et une diminution significative des récidives.

Hawton et col. (1987) ont vérifié l'efficacité d'un traitement intensif en clinique psychiatrique externe en le comparant au traitement offert dans la communauté par un médecin de famille. Les résultats montrent que les hommes participant à cette étude rapportent autant de bénéfices suite aux interventions faites par des médecins de famille dans la communauté que suite à celles dispensées en clinique psychiatrique externe.

Résumé

De façon générale, très peu de recherches portant sur les effets des programmes d'interventions thérapeutiques sur la récidive des comportements suicidaires ont pris en compte le genre des patients. Il est donc difficile de tirer des conclusions scientifiquement valides sur l'efficacité des interventions thérapeutiques pour prévenir le suicide des hommes. Malgré ces lacunes, quelques pistes intéressantes peuvent être notées suite à l'examen des recherches :

- Un programme très structuré d'intervention auprès des hommes, comme celui de Rudd et col. (1996), constitué de 2 semaines de traitement intensif en hôpital de jour et visant à améliorer les capacités de résolution de problème et d'adaptation, a été suivi d'effets positifs sur l'adhérence au traitement et la réduction des comportements suicidaires.
- Le programme de l'US Air Force visant la réduction des facteurs de risques, implanté intensivement et soutenu par des mesures rigoureuses de contrôle a été associé une diminution des suicides au sein d'un milieu à forte prépondérance masculine (Knox et col., 2003).
- Des mesures visant à utiliser le réseau social des hommes suicidaires pour évaluer le risque et orienter l'homme vers les ressources appropriées ont été associées à des effets positifs sur les comportements suicidaires et les symptômes de dépression (Mishara et col., 2005).

MODULE 3 - Les programmes

Ce troisième module présente les résultats de l'analyse des quatre programmes types menée dans le cadre du projet de consensus. On y retrouve, sous forme d'une fiche analytique pour chacun des types de programmes, les éléments clés de leur contenu et de leur mise en œuvre. Les informations contenues dans ces fiches analytiques sont basées sur l'expérience acquise par les organismes ayant déjà implanté ces programmes, les recommandations des experts ayant participé au forum et les acquis de la recherche. L'objectif visé par la présentation de ces informations sous forme de fiche analytique est d'offrir des balises permettant de soutenir l'implantation de programmes de prévention du suicide auprès des hommes. Ces informations doivent cependant être interprétées et adaptées selon le contexte spécifique de chaque milieu dans lequel ces programmes seront implantés afin de mieux répondre aux besoins des clientèles cibles.

Qu'est-ce qu'un programme?

Avant de présenter plus en détail les résultats du processus d'analyse, il convient de revenir brièvement sur ce qui constitue un « programme ». De façon sommaire, un programme est un « ensemble organisé, cohérent et intégré d'activités et de services réalisés simultanément ou successivement, avec les ressources nécessaires, dans le but d'atteindre des objectifs déterminés, en rapport avec des problèmes de santé précis, et ce, pour une population définie » (Pineault et Daveluy, 1995). Un programme doit donc pouvoir répondre aux critères suivants[5] :

- L'identification claire d'un problème affectant un milieu ou un groupe de personnes → la définition d'un besoin et d'une population cible;

- Une explication cohérente des causes et processus en jeu dans le développement du problème → la théorie du problème;

- Une base théorique suffisamment précise pour expliquer comment le programme peut aider à résoudre le problème → la théorie du programme;

- Des objectifs d'intervention clairement identifiés;

- Une activité ou une série d'activités justifiées en fonction de la théorie du programme;

- Un protocole d'implantation des activités du programme décrivant les différentes étapes, ressources et techniques employées;

- Un protocole d'évaluation d'implantation;

- Un protocole d'évaluation des effets.

Or, nous verrons plus loin que, dans le contexte actuel, il est particulièrement difficile d'identifier des programmes de prévention du suicide et d'intervention auprès des hommes suicidaires qui satisfassent à l'ensemble de ces critères.

[5] *Pour des informations plus détaillées sur la construction de programmes de prévention ou d'intervention en santé mentale, dépassant les objectifs du présent guide, nous vous suggérons de consulter le « guide pratique pour un programme en santé mentale » (Breton et col., 2001).*

Qu'entendons-nous par un programme de prévention du suicide?

Silverman et Felner (1995) ont proposé une typologie afin de classifier les différents types de programmes de prévention du suicide, laquelle s'inspire largement du modèle développé par l'Institute of Medicine (1994) et adopté par la santé publique. Cette classification présente notamment l'avantage de clarifier les concepts et les objectifs visés par les différents types de programmes en distinguant la prévention des interventions précoces ou curatives visant le traitement des personnes suicidaires. Les programmes dits de prévention regroupent trois types d'actions sur un continuum allant des programmes universels offerts à l'ensemble de la population à ceux destinés à des groupes ciblés :

1. **Les programmes de prévention universels** qui réfèrent aux interventions qui cherchent à développer et à maintenir les compétences, à développer les facteurs de protection et à diminuer les facteurs de risque du suicide;

2. **Les programmes de prévention sélectifs** qui réfèrent aux interventions qui visent à diminuer les facteurs de risque et à développer les facteurs de protection auprès de personnes qui présentent un risque plus élevé que la moyenne de la population;

3. **Les programmes de prévention indiqués** qui réfèrent aux interventions ayant pour objet de prévenir le suicide et les comportements suicidaires auprès des personnes à risque élevé de suicide.

À ces trois types de programmes de « prévention » s'ajoutent deux types de programmes d'intervention (ou de traitement) :

1. **L'identification des cas** qui réfère aux programmes visant à identifier et à évaluer les personnes suicidaires.

2. **Le traitement des personnes suicidaires** qui réfère aux programmes d'intervention s'attachant à traiter les personnes suicidaires et à assurer leur réintégration dans leur milieu de vie.

En utilisant la typologie de Silverman et col. (1995), nous constatons que les quatre types de programmes sélectionnés dans le cadre de ce présent projet recoupent à la fois le champ de la prévention et de l'intervention et qu'ils peuvent être classifiés de la façon suivante :

1) Programmes de formation/éducation visant les intervenants → *programme de prévention universel*

2) Programmes de prévention agissant auprès des tiers (pairs et proches) → *programmes de prévention sélectifs*

3) Programmes de prévention s'adressant à une clientèle d'hommes présentant un risque suicidaire → *programme de prévention indiqué*

4) Programmes d'intervention auprès des hommes ayant fait une tentative de suicide → *programme de traitement des personnes suicidaires*

Présentation des programmes – la structure des fiches analytiques

Les descriptions qui suivent sont basées sur les programmes cas analysés lors du forum, les recommandations faites par les experts lors du forum de consensus et les résultats de la recherche identifiés dans la section précédente.

Chaque fiche est bâtie sous forme de réponse aux six questions suivantes :

- À quelles problématiques s'adresse ce type de programme?
- Quels sont ses objectifs?
- Quelle est sa logique d'action?
- Qui sont les clientèles ciblées?
- Quelles sont les activités du programme?
- Que savons-nous de la pertinence de ce type de programme?

Fiche 1. Programmes de formation / éducation visant les intervenants

FIGURE 4

Les informations qui suivent sont basées sur les recommandations faites par les experts participants dans le cadre du forum de consensus, à partir des programmes types et enrichies des données de la recherche.

À quelles problématiques s'adresse ce type de programme?

Les programmes de formation et d'éducation des intervenants ont été développés suite au constat que certains intervenants n'ont pas acquis les compétences nécessaires pour intervenir adéquatement auprès des hommes, particulièrement lorsqu'il s'agit d'hommes souffrant de problèmes de santé mentale ou d'hommes suicidaires. Du point de vue de la logique d'action des programmes d'éducation, ceci serait attribuable, au moins en partie, au fait que ces intervenants entretiennent des idées préconçues et des préjugés face aux hommes (par exemple agresseur potentiel, père incestueux, batteur de femmes, etc.). Soulignons également que le milieu de l'intervention compte beaucoup plus d'intervenantes que d'intervenants, ce qui ajoute à l'importance de développer des formations qui assurent une bonne compréhension des particularités de l'intervention auprès des clientèles masculines.

Quels sont les objectifs de ce type de programme?

Une formation des intervenants sur les clientèles masculines a pour objectif d'assurer une bonne compréhension de la réalité des hommes de façon à améliorer les interventions qui leur sont destinées. La formation vise des changements au niveau de :

- La prise de conscience des réactions contre-transférentielles qui interfèrent dans la relation d'aide face à des comportements souvent négatifs de clients masculins;

- La compréhension de la dynamique de demande d'aide des hommes adhérant à un modèle plus traditionnel;

- L'identification des habiletés facilitant l'intervention auprès des hommes en détresse.

Quelle est la logique d'action de ce type de programme?

Le rationnel d'action sur lequel est fondé ce type de programme est qu'une formation adéquate peut mener les intervenants à une prise de conscience des conceptions erronées qu'ils entretiennent envers les hommes à risque et ainsi modifier leurs attitudes et améliorer leurs habiletés en intervention.

Selon ce même rationnel, les actions susceptibles d'amener cette prise de conscience sont :

- aider les intervenants à changer leur conception des hommes et des problématiques masculines;

- identifier avec les intervenants les habiletés facilitant l'intervention auprès des hommes;

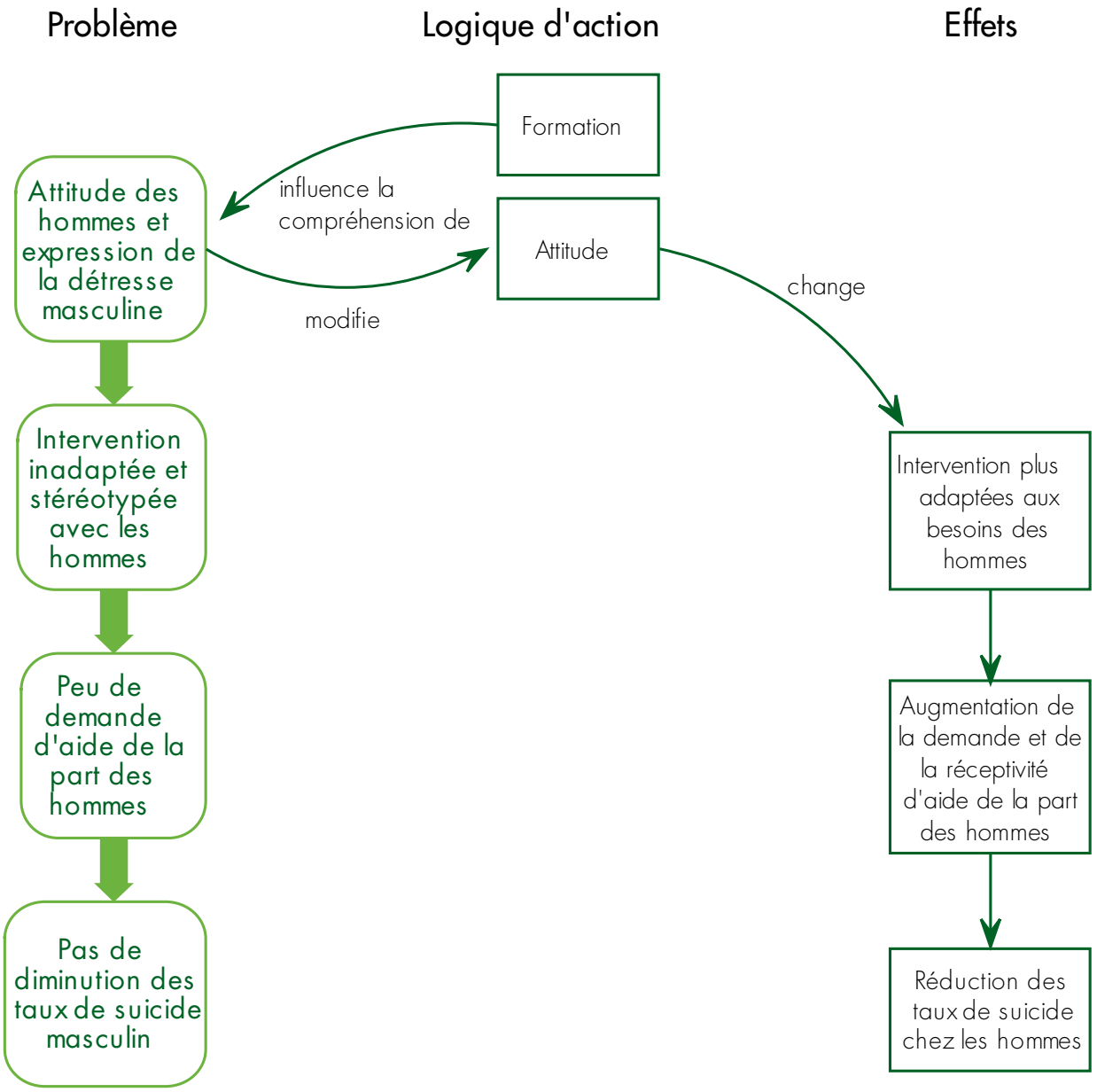
- permettre aux intervenants de mieux comprendre le rôle de la socialisation dans le développement du genre masculin au-delà de la demande d'aide;

- encourager les intervenants à identifier les modifications à apporter à leur milieu d'intervention afin d'adapter les services et approches du milieu aux clientèles masculines.

Le rationnel appuyant ce programme (voir figure 5) :

FIGURE 5

La formation des intervenants



Quelles sont les personnes visées par ce type de programme?

Ce type de programme cible principalement les intervenants psychosociaux de première ligne travaillant auprès de clients masculins de tous âges. Cependant, il peut également être très utile afin de répondre aux besoins des intervenants de la santé, en particulier les médecins généralistes.

Comment peut-on les atteindre?

On devrait s'assurer que la formation est dispensée à tous les intervenants susceptibles d'être en relation avec une clientèle masculine en l'intégrant à leur formation professionnelle. De plus, une formation spécifique sur les particularités, les besoins et les modalités d'intervention auprès des clientèles masculines devrait être intégrée à la formation continue dispensée par les ordres professionnels (psychologues, travailleurs sociaux, etc.). Il est recommandé que ce type de programme soit offert dans chacune des régions du Québec et devienne une priorité pour les Agences de la santé et des services sociaux.

Quelles sont les activités dispensées par ce type de programme?

Quelles sont les composantes de base pour former les personnes devant agir comme formateur au sein du programme?

La **formation** des personnes à leur rôle de formateur doit :

- former à la fois des hommes et des femmes à devenir des formateurs du programme;

- privilégier les dyades mixtes de formateurs;

- offrir un suivi et une réévaluation des formateurs dans le cadre d'une formation continue;

- définir un profil de compétences et d'aptitudes pour les formateurs et s'assurer qu'ils adhèrent à certaines valeurs de base telles le respect des différences, l'empathie, une vision non stéréotypée des hommes.

Quel est le déroulement du programme?

La structure de la formation en intervention auprès des hommes

Un groupe de formation peut regrouper entre 8 et 15 participants. Idéalement, deux ou trois jours devraient être consacrés à une telle formation. Un délai de trois ou quatre semaines devrait être prévu entre chaque journée de formation afin de donner l'opportunité aux participants de mettre en pratique leurs apprentissages et de pouvoir discuter et approfondir ces expériences dans le cadre des journées de formations subséquentes. Ce cadre réflexif est un élément très important de la formation.

Les principes de la formation

La formation doit s'appuyer sur les deux principes suivants :

- Elle doit adopter une approche par compétences dans l'optique d'augmenter les chances que les participants (intervenants) transfèrent leurs apprentissages dans le cadre de leur travail. Cette approche est notamment basée sur les concepts d'objectifs (ensemble des compétences attendues de la formation et critères d'évaluation du degré de maîtrise de chaque compétence), de compétence (où la compétence est un ensemble de savoirs, savoir-être et savoir-faire) et de capacité (pouvoir d'accomplir ou de produire un comportement en rapport avec une activité ou une tâche). L'approche par compétence introduit l'univers de la vie réelle dans la formation. Elle focalise la formation sur ce que la personne doit pouvoir mettre en pratique et non uniquement sur la connaissance de ce qu'elle doit faire. Le savoir n'est qu'un moyen de l'activité et non une fin (Sémétéys, 2008).

- La formation doit être axée sur la capacité d'entrer en relation, d'identifier et de contrer ses préjugés, de s'engager avec empathie et de croire aux capacités de la personne. On doit ainsi viser la capacité de comprendre les croyances de l'autre et son mode de fonctionnement, dans un mode d'accompagnement qui favorise la recherche des solutions et le développement de l'estime de soi.

L'analyse des besoins de formation

Le formateur doit pouvoir analyser le contexte dans lequel apparaît la demande de formation afin d'adapter celle-ci aux besoins des intervenants. Voici quelques points à considérer lors de l'analyse des besoins de formation :

- Adapter la formation au client cible : Qui fait la demande de formation? S'agit-il d'intervenants, de chefs d'équipe, de décideurs? Ces différentes clientèles sont susceptibles d'avoir des besoins de formation différents. Les intervenants auront peut-être davantage besoin de techniques touchant à l'identification des clientèles masculines à risque de suicide alors que les décideurs auront plus besoin d'informations sur les barrières institutionnelles à l'accès à l'aide disponible par les hommes.

- Comprendre les besoins : Quel est le besoin à l'origine de la demande? Le milieu a-t-il pris conscience d'une inadéquation entre les services et les clients masculins? Les intervenants se sentent-ils démunis? Un incident avec un client s'est-il produit?

- Comprendre le contexte : Quel est le contexte dans lequel va se donner la formation? Des particularités liées au contexte social, économique, géographique, multiculturel sont-elles présentes? Les clientèles masculines auxquelles on s'adresse sont différentes selon les milieux dans lesquels on intervient. On ne peut pas offrir un programme de formation général, sans tenir compte des particularités des différentes clientèles masculines auxquelles doivent faire face les intervenants formés.

Le contenu de la formation

En ce qui concerne son contenu, la formation est composée d'un module de base auquel peuvent se greffer différents modules complémentaires adressant des problématiques spécifiques et qu'on utilisera en fonction du milieu.

Le module de base s'articule autour de trois axes :

1) Un partage sur les expériences d'intervention auprès des hommes et un travail sur les réactions contre-transférentielles interférant dans la relation d'aide auprès des hommes présentant des comportements socialement jugés négatifs. Le partage permet de saisir les besoins du groupe et d'identifier à la fois les bons coups et les difficultés particulières dans l'intervention auprès des clientèles masculines. Les exercices sur les contre-transferts permettent un travail sur la posture initiale et une ouverture à mieux saisir les réalités masculines.

2) Des exposés et des échanges sur la construction de l'identité de rôle de genre et ses effets sur les rapports des hommes à leur santé et sur la dynamique de demande d'aide des hommes adhérant à un modèle plus traditionnel. Cette partie de la formation permet de présenter et discuter les résultats des recherches et de mieux comprendre la construction du genre masculin et ses répercussions sur la détresse que vivent certains hommes, notamment en regard du suicide, des séparations conjugales et des comportements violents.

3) Enfin, une part importante de la formation est consacrée à définir des éléments clés dans l'intervention auprès des hommes et à s'exercer à appliquer ces apprentissages dans le cadre d'études de cas et de mises en situation.

Les modules complémentaires devant être développés peuvent porter sur les thèmes suivants : les hommes ayant des comportements violents, l'intervention en contexte de risque potentiel pour l'intervenant(e), la paternité, la rupture amoureuse, le processus de deuil, les hommes avec des problèmes de santé mentale. Il est aussi possible de prévoir des discussions cliniques basées sur des difficultés ou des situations vécues avec des clients.

Les particularités des clientèles masculines suicidaires doivent constituer un thème sous-jacent à toute la formation. Nous avons énuméré ces particularités à partir de la page 19

Mise en garde

La formation aux réalités masculines n'est pas une formation complète ayant pour but d'intervenir auprès des hommes suicidaires. Les formations aux réalités et fonctionnements masculins décrites ici ont pour objectif de sensibiliser les intervenants aux mécanismes sous-tendant les comportements de différents hommes qu'ils rencontrent dans leurs pratiques. Ainsi, une telle formation peut aider un intervenant à comprendre pourquoi un homme suicidaire se présente aux urgences avec un comportement agressif, mais ne permet pas de savoir comment aborder cet homme afin de diffuser son agressivité et toucher à sa souffrance. Aucune formation spécifique à l'intervention auprès d'hommes suicidaires n'a pu être recensée dans le cadre de ce travail.

Que savons-nous de la pertinence de ce type de programme?

La pertinence de la formation des intervenants aux réalités masculines peut être abordée en examinant les besoins auxquels on cherche à répondre.

Quelques études portant sur les hommes et les problématiques de santé mentale masculines soulignent des lacunes et des besoins chez les intervenants. Parmi ceux-ci, notons :

– le manque de connaissances sur les réalités masculines;

– le manque de connaissances sur les problématiques de santé mentale et les lacunes sur le plan du dépistage des troubles mentaux des hommes;

– l'importance de la formation sur les réalités et problématiques masculines pour améliorer le dépistage et le traitement auprès des hommes à risque suicidaire;

– la mise en place d'un programme de suivi de formation continue pour favoriser le maintien des apprentissages.

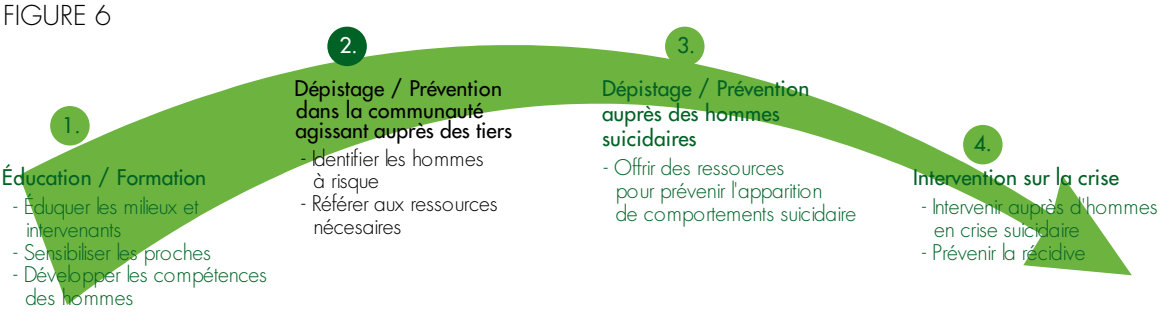
Certaines recherches (Harland et col., 2006; Rutz, 2001) soulignent également l'importance d'offrir ce type de formation spécialisée et continue à tous les intervenants œuvrant auprès de clientèles masculines et d'assurer un suivi des apprentissages auprès des intervenants.

Bien que ce type de formation semble cibler des besoins fondés, il demeure cependant que les programmes de formation visant à améliorer les connaissances et habiletés des intervenants auprès des hommes sont peu fréquents et qu'aucun programme de formation spécifique aux clientèles masculines suicidaires n'a fait l'objet d'une évaluation empirique. Les quelques indications concernant l'efficacité potentielle de ce type de programmes proviennent d'études d'implantation, notamment celle du programme « RU right in the head ? » (Harland et col., 2006) qui rapporte qu'un outil d'éducation des intervenants est mieux apprécié et utilisé avec une plus grande perception d'efficacité s'il est accompagné d'une formation et d'un soutien à son utilisation à long terme. De même, le programme de formation continue des médecins de Gotland s'est avéré efficace pour améliorer la détection des hommes souffrant de dépression et réduire les taux de suicide masculins (Rutz, 2001).

Bien que ces éléments soient encourageants et que ce type de formation semble répondre à des besoins importants, des études supplémentaires devront être menées afin de vérifier l'efficacité de telles formations et à ce jour nous n'avons aucune preuve empirique de leur efficacité à prévenir le suicide auprès des hommes.

Fiche 2. Programmes de prévention agissant auprès des tiers – les sentinelles

FIGURE 6



Les informations qui suivent sont basées sur les recommandations faites par les experts participants dans le cadre du forum de consensus, à partir des programmes types et enrichies des données de la recherche.

À quelles problématiques s'adresse ce type de programme?

Le programme de sentinelles n'a pas été spécifiquement développé pour les hommes. Cependant, ses objectifs et ses caractéristiques en font un programme particulièrement pertinent pour faire face aux spécificités des clientèles masculines suicidaires. Cette section met l'accent sur les aspects les plus utiles du programme de sentinelles pour la prévention du suicide auprès des hommes.

Ce type de programme de prévention par l'action des tiers a été développé suite au constat que les personnes vulnérables au suicide (et surtout les hommes) sont peu en contact avec des services d'aide. Cette lacune s'expliquerait soit par le fait que ces hommes ne font pas appel aux services disponibles dans leurs milieux, soit par le fait que les services appropriés ne sont pas disponibles dans leurs milieux. Ceci a pour effet de les priver de l'aide nécessaire à leur situation et d'augmenter leur vulnérabilité et leur risque suicidaire.

Quels sont les objectifs de ce type de programme?

Afin d'assurer aux personnes suicidaires un meilleur accès aux services d'aide disponibles, des programmes dits de « sentinelles » misant sur l'action des tiers dans les milieux de vie ont été développés au cours des dernières années. Pour atteindre cet objectif, le programme doit permettre une adéquation plus grande des services en identifiant clairement les groupes à risque, les ressources disponibles et nécessaires dans le milieu. Le programme cherche aussi à arrimer les différents organismes d'intervention dans un réseau cohérent et fonctionnel et à former des sentinelles dans les milieux ciblés afin d'identifier et référer les personnes à risque. Les objectifs se déclinent en trois niveaux :

- l'analyse des milieux et des besoins;
- l'harmonisation des ressources;
- la formation, l'activation et le soutien du réseau de sentinelles.

Quelle est la logique d'action de ce type de programme?

Ce programme est issu du constat que les hommes en difficulté entrent peu en contact avec les ressources d'aide. Favoriser l'accès à des ressources appropriées pour ces hommes à risque permettrait donc de diminuer leur vulnérabilité et le risque de suicide. Afin de favoriser cet accès, le programme de sentinelles vise à rendre disponible l'offre de services dans les milieux où on retrouve les hommes en détresse. Cette mesure proactive vise à faire en sorte que l'offre d'aide cible directement les personnes identifiées. Par ce processus, on tente de rapprocher les ressources d'aide des hommes en étant plus présents dans leur milieu de vie.

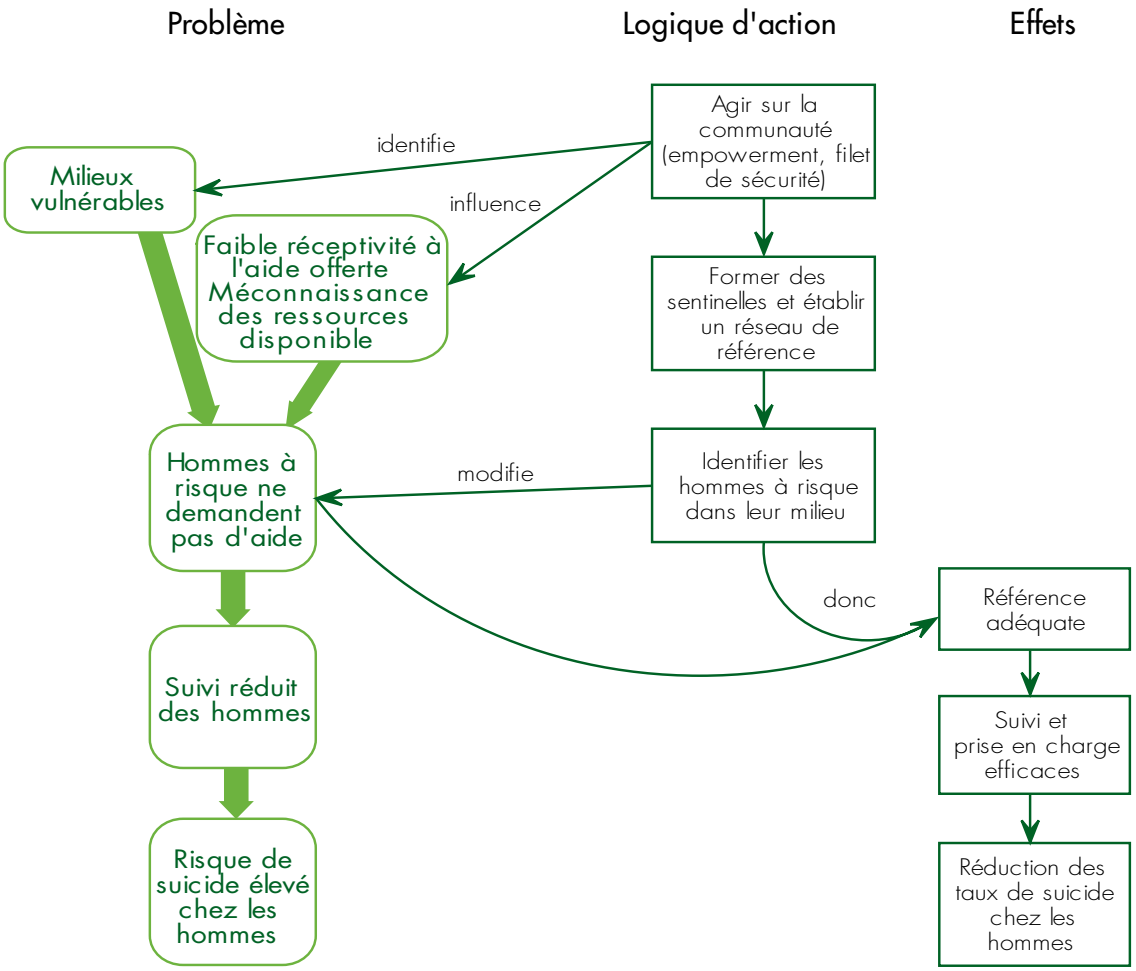
Pour cela, les sentinelles déployées dans le cadre du programme facilitent le repérage des hommes à risque, directement dans leur milieu de vie. Elles favorisent également une référence plus efficace en orientant l'homme en difficulté vers la ressource appropriée tout en évitant la mise sur liste d'attente ou les références multiples susceptibles de faire obstacle au recours à l'aide. Enfin, les sentinelles ont pour objectif d'améliorer la réceptivité envers les services d'aide. En effet, on postule qu'une offre d'aide faite personnellement par un tiers qui partage le même environnement de vie peut favoriser l'acceptation de cette aide.

Les programmes de sentinelle visent aussi à favoriser l'accès des hommes en détresse aux services d'aide en intervenant sur la communauté et sur ses acteurs clés. Au plan des communautés, on pose l'hypothèse que les individus seront mieux informés, outillés et soutenus afin de réduire les croyances erronées concernant le suicide. On veut ainsi développer l'autonomisation des communautés, consolider le tissu social, augmenter le nombre de personnes habilitées à reconnaître les signes de suicide et donc renforcer la probabilité que la personne suicidaire soit aidée. Un milieu dans lequel les ressources ont été harmonisées et rendues plus accessibles par des sentinelles formées faciliterait donc le repérage et l'orientation des hommes suicidaires vers les services d'aide nécessaires à leur situation tout en contrant le sentiment d'impuissance des tiers face aux hommes suicidaires.

La figure 7 illustre le rationnel sur lequel s'appuie les programmes de sentinelles.

FIGURE 7

L'intervention préventive dans les communautés où on retrouve des hommes à risque de suicide - les réseaux de sentinelles



Qui sont les personnes visées par ce type de programme?

Trois cibles sont visées par les programmes de sentinelles, soient les milieux de vie les plus vulnérables où se retrouvent les personnes les plus à risque (par exemple les milieux professionnels très masculinisés, les institutions carcérales ou les milieux ruraux isolés), les personnes susceptibles d'agir comme sentinelles et les personnes suicidaires elles-mêmes.

Identifier et atteindre les milieux vulnérables

Il est reconnu que certains milieux en raison de leurs caractéristiques et de celles des personnes qui les habitent présentent une plus grande vulnérabilité au suicide. Pinard (2007) a dressé à titre indicatif une liste de critères d'identification de milieux vulnérables qui peuvent servir de guide à l'identification des groupes prioritaires auprès desquels doit être mis en place un réseau de sentinelles. Les milieux à prioriser sont les suivants (liste non exhaustive) :

- milieux de vie des personnes souffrant de troubles mentaux ou de dépendances à l'alcool ou aux drogues, particulièrement les personnes aux prises avec des troubles affectifs (dépression) ou des troubles de la personnalité ou ayant fait une tentative de suicide;

- milieux de vie de personnes demandant peu d'aide ou plus difficiles à rencontrer, comme les milieux carcéraux ou itinérants, les milieux où vivent davantage les aînés (Préville et col., 2004), ou les hommes (Dulac, 1999);

- milieux de vie de jeunes ou de personnes âgées dont les conditions de vie sont caractérisées par l'isolement social;

- milieux de travail masculins et plus particulièrement ceux dans lesquels évoluent les hommes agés de 30 à 49 ans;

- milieux éprouvés par le suicide d'un ou plusieurs de ses membres;

- milieux sollicitant l'implantation de réseau de sentinelles.

Afin d'aider à l'identification des milieux les plus vulnérables et à la mise en place d'un réseau de sentinelles efficace, les participants au forum ont suggéré les questions préliminaires suivantes :

- Quels évènements ont fait émerger le besoin d'établir un réseau de sentinelles dans cette communauté? A-t-on constaté plusieurs suicides rapprochés dans l'espace ou dans le temps? S'agit-il d'un manque d'utilisation des ressources ou de l'inadéquation des ressources par/pour certains groupes particuliers? S'agit-il d'une demande spécifique formulée par un groupe de personnes?

- Quelle est l'ampleur de la problématique du suicide dans ce milieu? Que savons-nous du nombre d'hospitalisations pour tentative, de la fréquence d'utilisation des lignes d'interventions téléphoniques, etc.

- De quel type de milieu s'agit-il? S'agit-il d'un milieu fermé telles une prison ou une institution, d'un milieu ouvert comme un quartier ou une organisation professionnelle, d'une communauté culturelle? Quelles sont les particularités géographiques? S'agit-il d'un village ou d'une communauté autochtone isolée?

- Que savons-nous de l'utilisation des ressources d'aide par les groupes vulnérables? Que nous enseigne l'examen de l'utilisation des services par les personnes décédées par suicide dans cette communauté ou par celles ayant reçu des soins suite à une tentative de suicide?

- Quel est le réseau de ressources dans le milieu? Quelle est la qualité de la concertation entre les services d'aide dans cette communauté? Existe-t-il un protocole d'entente inter-établissements ? Qu'en est-il de la complémentarité des services? Quelles sont les difficultés vécues? Quels sont les besoins prioritaires?

Identifier et atteindre les sentinelles : Quel est le rôle des sentinelles?

Le rôle des sentinelles consiste à :

- reconnaître et déceler les signes précurseurs associés à un processus suicidaire;

- recueillir l'information en vue d'évaluer la présence d'idéations suicidaires;

- en l'absence d'idées suicidaires, informer la personne sur les ressources dont elle a besoin et l'encourager à y recourir;

- en présence d'idées suicidaires, vérifier l'urgence de la situation;

- transmettre l'information sur l'urgence de la situation à l'intervenant désigné pour déterminer les suites à donner au dépistage;

- porter un jugement global sur la situation afin de décider si une prise en charge immédiate est nécessaire et être le relais entre les personnes suicidaires et les ressources d'aide.

Qui peut exercer le rôle de sentinelle?

Selon les auteurs du Cadre de référence pour l'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide (Québec, 2006), les personnes qui exercent le rôle de sentinelle sont des adultes susceptibles d'être en contact avec des personnes suicidaires par leur travail (par exemple les enseignants), leurs activités bénévoles (dans un club social, entre autres), leurs qualités d'aidants naturels ou en raison du rôle qu'ils occupent dans leur milieu ou leur communauté (comme les animateurs). Ces personnes sont recrutées en raison de leurs liens étroits avec les groupes ou les milieux à risque. Elles s'engagent de façon volontaire et sont formées et soutenues afin d'exercer le rôle de sentinelles auprès des personnes suicidaires.

Ce même cadre de référence propose des critères d'inclusion des sentinelles :

- avoir plus de 18 ans, être bénévole;

- fréquenter un milieu souhaitant implanter un réseau de sentinelles.

La sélection et l'encadrement des personnes recrutées comme sentinelles doivent être rigoureux afin de ne pas augmenter la vulnérabilité des personnes fragiles en les exposant à un niveau de détresse qu'elles ne seraient pas capables de gérer. Les proches de personnes suicidaires, celles récemment endeuillées et les personnes suicidaires elles-mêmes ne devraient pas être recrutées.

Afin de favoriser le recrutement et la rétention de personnes pouvant jouer le rôle de sentinelle, il faut :

S'assurer que les sentinelles reçoivent le soutien dont elles ont besoin;

Sensibiliser les intervenants à la réalité des sentinelles;

Assurer le soutien d'un superviseur familiarisé avec les milieux concernés et mandaté afin de coordonner au plan régional la mise en œuvre, l'évaluation et le soutien des réseaux;

Développer des incitatifs pour recruter des sentinelles dans les milieux plus à risque comme les milieux judiciarisés ou institutionnalisés en leur offrant l'accès à des privilèges ou la reconnaissance par l'avancement professionnel, par exemple.

Quelles sont les activités de ce type de programme?

Les activités suivantes sont développées afin de correspondre à chaque objectif du programme d'implantation d'un réseau de sentinelles.

Identification des partenaires du réseau et harmonisation des ressources

Suite à l'étude des besoins du milieu dans lequel on souhaite implanter un réseau de sentinelles, une étape essentielle consiste à identifier les partenaires du projet. Il s'agit en général des services d'aide publics et communautaires en place dans l'environnement et des structures organisationnelles et fonctionnelles de la communauté. Une discussion doit se faire avec tous les partenaires intéressés afin de déterminer les rôles et responsabilités de chacun quant aux points suivants :

- Leadership du projet, l'organisme clé responsable de l'implantation et du suivi du programme;

- Coordination de l'implantation (fait le lien entre les sentinelles et les organismes responsables de l'implantation du réseau);

- Formation des sentinelles;

- Hiérarchie de services à offrir aux personnes suicidaires reconnues par les sentinelles, que ces services se rapportent à la prise en charge des personnes suicidaires ou à leur orientation vers les ressources appropriées ou au suivi dont elles ont besoin;

- Ressource désignée (avec qui les sentinelles sont en lien lorsqu'elles repèrent une personne suicidaire);

- L'organisme responsable du soutien continu aux sentinelles en lien avec leurs rôles et le maintien de leurs compétences.

Les tâches à accomplir par ce réseau de partenaires et le leader désigné du projet sont l'identification des milieux d'implantation, l'obtention de l'adhésion des milieux ciblés et la définition de leur niveau d'implication, l'arrimage des ressources internes du milieu ciblé avec celles de l'extérieur (dans le reste de la communauté), le recrutement et sélection des sentinelles, la formation des sentinelles et la mise en place et l'entretien de la structure du réseau et du soutien apporté aux sentinelles.

Formation des sentinelles

La formation des sentinelles est un élément crucial dans la mise en place du réseau. Elle se base sur les objectifs suivants :

- Permettre une sensibilisation des milieux à la problématique du suicide;
- Outiller des personnes clés du milieu pour assurer de meilleurs dépistages et orientations des personnes à risque suicidaire vers les ressources appropriées.

Afin d'être la plus efficace possible, la formation doit être menée par des formateurs compétents sur les problématiques masculines, la connaissance des milieux, les ressources disponibles et l'intervention auprès des personnes suicidaires. Elle doit encourager les sentinelles à utiliser la ligne 1-866-APPELLE pour ne pas engorger indûment le service Info-Social et leur assurer un accès direct spécifique aux ressources liées à la problématique du suicide. Une formation continue doit également être offerte, par exemple deux fois par année.

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

Quelles sont les conditions essentielles au succès de l'implantation de ce type de programme?

Un réseau de sentinelles est un processus complexe à mettre en œuvre en raison du défi d'une concertation entre des organisations aux missions et aux caractéristiques différentes. La collaboration des sentinelles avec les intervenants est un élément pivot du programme. Par cette collaboration, on veut s'assurer que le relais entre la personne suicidaire et l'organisme d'aide se fasse efficacement. Pour cela, les sentinelles doivent toujours être informées des changements se produisant dans les organismes, qui doivent à leur tour être informés des activités des sentinelles. Pour favoriser cette collaboration, les intervenants doivent donc être sensibilisés à la réalité des sentinelles et de leurs milieux. Différents moyens doivent être envisagés pour rendre le soutien accessible aux sentinelles, sous la tutelle d'un répondant terrain régional mandaté pour coordonner la mise en œuvre, l'évaluation et le soutien des réseaux.

Parallèlement à la collaboration des sentinelles avec les intervenants, il est essentiel que les partenaires d'intervention du milieu ciblé soient associés en un réseau fonctionnel avant de lancer le programme des sentinelles. La mise en place d'un protocole de référence et de concertation est un élément très utile à cet effet. On peut prendre exemple sur quelques protocoles existants au Québec comme MARCO à Montréal (Houle et col., 2006) ou REMI à Lévis (Babin et col., 2006).

Que savons-nous de la pertinence de ce type de programme?

La mise en place d'un réseau de sentinelles semble pouvoir adresser les problématiques liées à deux axes importants en prévention du suicide :

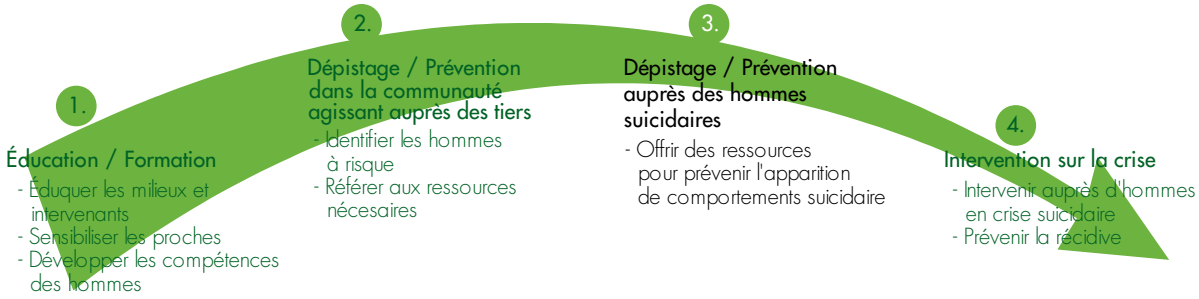
- Sachant que les hommes sont moins enclins à demander de l'aide, offrir dans les milieux de vie de ces hommes des personnes habilitées à les identifier et leur proposer des références adéquates peut être un atout majeur afin de faciliter la demande d'aide.

- Du point de vue des intervenants, les relais entre les différents organismes du réseau de services d'aide impliqués dans les interventions auprès des personnes suicidaires sont souvent difficiles à établir et peu efficaces. La préparation et l'implantation d'un réseau de sentinelles nécessitent une collaboration étroite et concertée entre les différents organismes du milieu oeuvrant en prévention du suicide.

Les experts consultés dans le cadre de ce projet sont d'avis qu'une démarche proactive d'intervention auprès de clientèles à risque (dans laquelle on n'attend pas que la personne contacte les services et où on offre l'aide dans les milieux de vie) est une approche prometteuse. De plus, le soutien social apporté par la présence de la sentinelle est un élément important du succès de la prévention du suicide. Cependant, il est important de rappeler qu'aucune recherche n'a évalué l'efficacité des programmes de prévention du suicide par les sentinelles. L'implantation de programmes de sentinelles devrait donc être encadrée par des mesures d'évaluation.

Fiche 3. Programmes de prévention auprès de la clientèle hommes présentant un risque suicidaire – les groupes de soutien thérapeutique

FIGURE 8



Les informations qui suivent sont basées sur les recommandations faites par les experts participants dans le cadre du forum de consensus, à partir des programmes types et enrichies des données de la recherche.

À quelles problématiques s'adresse ce type de programme?

Il est démontré que la présence d'idéation suicidaire et l'intentionnalité suicidaire augmentent de façon importante le risque d'un suicide. Ce type de programme vise à intervenir de façon précoce auprès des hommes ayant des idées suicidaires en offrant des ressources de soutien thérapeutique afin de diminuer les facteurs de vulnérabilité et le risque suicidaire.

Quels sont les objectifs de ce type de programme?

Les objectifs de ce type de programmes de prévention auprès des hommes suicidaires sont :

- trouver des alternatives au suicide;

- apaiser la souffrance reliée à la crise suicidaire;

- réduire l'impact des facteurs de risque présents dans leur environnement en renforçant leurs facteurs de protections;

- améliorer la capacité des participants au programme à exprimer leurs émotions et renforcer les habiletés relationnelles;

- développer le réseau social des participants et diminuer leur isolement.

Quelle est la logique d'action de ce type de programme?

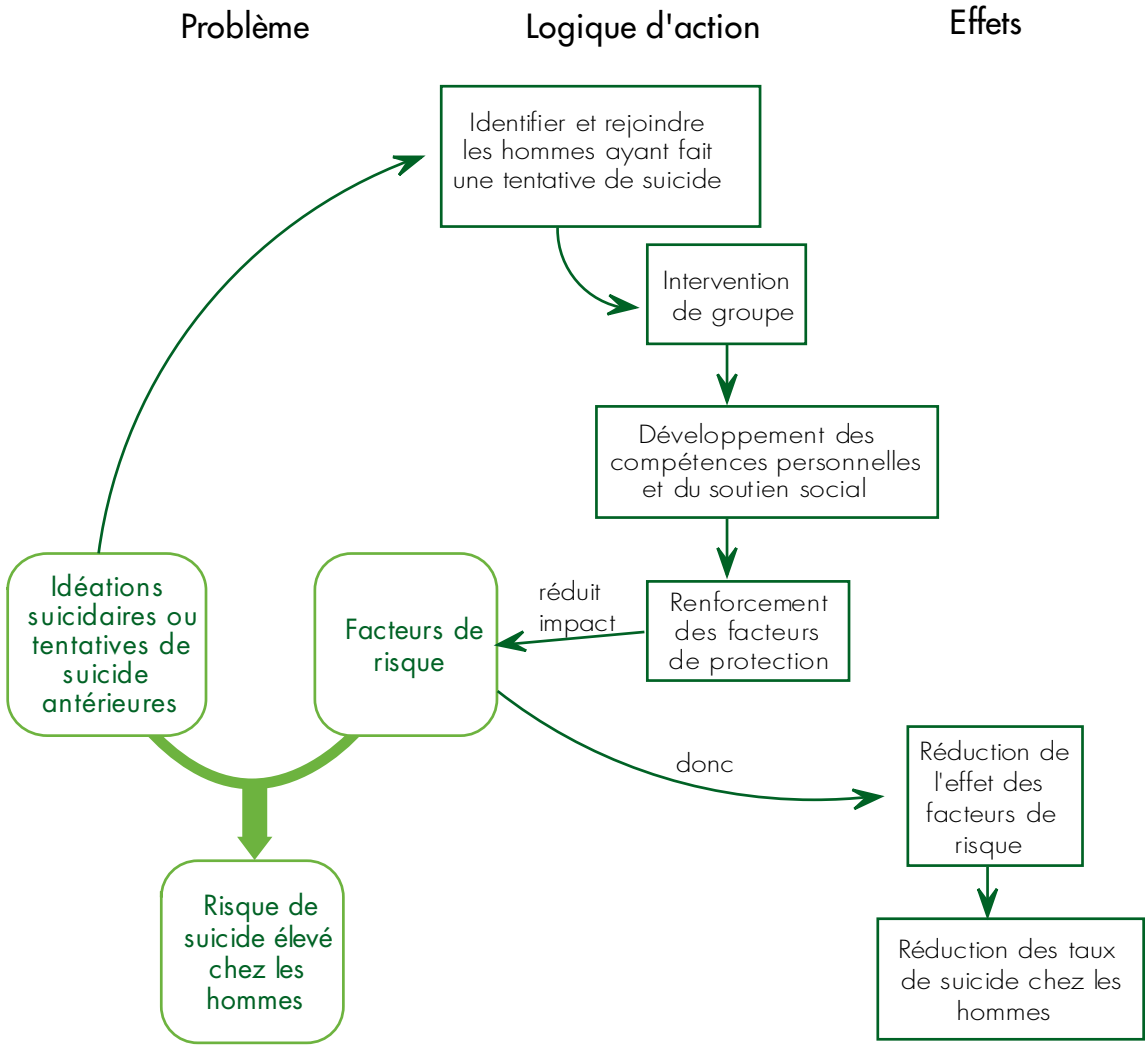
Ce type de programme repose sur l'hypothèse qu'en intervenant auprès des hommes potentiellement suicidaires par des activités s'efforçant de diminuer la souffrance et d'augmenter leurs ressources personnelles et sociales, on peut réduire les facteurs de risque et diminuer le suicide. Pour répondre à cet objectif, ce type de programme propose la mise en œuvre d'un groupe de soutien thérapeutique au sein duquel s'impliquent activement les hommes participants.

Les programmes offrant ce type d'intervention cherchent à influencer la capacité des hommes vulnérables à enrichir leurs ressources personnelles en les habilitant à mieux comprendre le processus suicidaire et à reconnaître les signes précurseurs qui les amènent à la détresse. On vise aussi à développer chez les participants des stratégies afin de diminuer la tension liée aux idées suicidaires. Par un processus structuré d'activités de groupe, ce type de programme amène les participants à s'impliquer et à contribuer activement à la vie du groupe en partageant leur vécu personnel en lien avec les objectifs de la démarche, en établissant une relation de respect face aux différences entre les membres du groupe et en entretenant l'écoute, le soutien et l'entraide. Enfin, on s'attache également à développer leur estime de soi et à accroître leurs capacités de reconnaître leurs ressources personnelles en explorant leur univers émotif intérieur, leurs croyances et valeurs.

La figure 9 illustre le rationnel sur lequel s'appuie ce programme :

FIGURE 9

L'intervention préventive de groupe auprès d'hommes à risque de suicide



Qui sont les personnes visées par ce type de programme?

Afin de bénéficier de ce type de programme, les hommes participants doivent satisfaire aux critères suivants :

- Avoir plus de 18 ans;
- S'engager à être disponible un soir par semaine pendant 16 semaines;
- Ne pas présenter un risque élevé de suicide au moment de commencer le groupe de soutien thérapeutique.

Comment peut-on les identifier et les atteindre?

Afin de mieux identifier et atteindre les hommes présentant un risque suicidaire, il faut :

- s'assurer que la référence au groupe de soutien est effectuée rapidement afin que ces hommes reçoivent des soins au moment opportun;

- utiliser les réseaux disponibles dans les milieux de vie des hommes, tels les sentinelles, les tiers et les proches pour identifier et référer les clients potentiels au programme;

- offrir un lien personnalisé dans le cadre du programme avec d'autres services d'aide spécialisés afin d'assurer la référence et un suivi concerté aux participants qui présentent des problématiques de santé mentale plus lourdes (dépression, trouble bipolaire, toxicomanie).

Ces programmes reposent sur la prémisse qu'un homme en détresse qui fait appel à des services ou qui est référé par son réseau a déjà effectué un pas important dans la demande d'aide. Il est donc impératif de limiter le nombre de démarches différentes que doit faire le client pour atteindre le bon service. Dans cette perspective, la première demande d'aide doit s'accompagner d'une référence personnalisée et coordonnée par les intervenants du milieu vers le service ou le programme approprié. En l'absence de telles mesures, le risque est grand de voir l'homme renoncer à obtenir l'aide dont il a besoin, si sa première demande ne rencontre pas une réponse adéquate.

À qui ne pas offrir le programme?

Selon les promoteurs de ce type de groupes de soutien à long terme, ils sont contre-indiqués pour les hommes en crise suicidaire aiguë. De même, les hommes en période de sevrage, ceux présentant des troubles récurrents, ainsi que des troubles mentaux ou des déficiences cognitives ne peuvent pas bénéficier de ce genre d'intervention.

Quelles sont les activités de ce type de programme?

Quelles sont les qualités et la formation requise pour les intervenants

Les intervenants qui animent ces groupes de soutien doivent primordialement avoir les compétences nécessaires (sécurité de base, empathie, capacité relationnelle, connaissance de la réalité des hommes et de la crise suicidaire) pour aborder la problématique du suicide et comprendre bien les réalités et les dynamiques masculines.

Ils doivent être formés et soutenus adéquatement afin de développer une approche exempte de préjugés par rapport aux hommes, tout en assurant un professionnalisme et un climat sécuritaire permettant un lien de confiance essentiel à l'entreprise d'une démarche thérapeutique. Ils doivent aussi pouvoir adopter une approche qui utilise le vécu des participants pour illustrer les éléments psychoéducatifs et les différentes techniques enseignées dans le cadre du programme.

Le genre des intervenants est un point important dans ce type de programme. En effet, les organisateurs du groupe de soutien doivent s'assurer d'impliquer suffisamment d'intervenants masculins qualifiés et crédibles afin de servir de modèles de rôle masculin positif. Les intervenants, quant à eux, doivent tenir compte de l'effet de leur genre sur les perceptions des participants et sur leur dynamique de fonctionnement avec les membres du groupe.

Quel est le déroulement du programme?

Le groupe de soutien

Ce type de programme procède principalement par la tenue d'un groupe de soutien thérapeutique, dispensé de façon hebdomadaire au cours d'une période de 16 semaines en moyenne. Chaque session du groupe a une durée d'environ 2h30. Chaque groupe est fermé c,est à dire qu'il n'accepte pas de participants en cours de route, et comprend un maximum de 8 hommes participants.

Les sessions s'articulent autour des thèmes suivants :

- le désir commun des participants, ce qui les relie;
- la compréhension du processus suicidaire et de la crise;
- les perceptions, croyances et distorsions au plan de la pensée.

Les groupes sont basés sur une approche psychoéducative et de psychologie dynamique. Lors des sessions, les animateurs peuvent être amenés à présenter de brefs exposés visant à transmettre des informations théoriques. Cependant, l'essentiel du travail doit porter sur l'expérience des participants et la généralisation des compétences acquises dans le cadre du processus de groupe à la vie quotidienne.

L'animation des groupes doit :

- mettre l'accent sur l'autonomisation de l'homme dans sa démarche de recherche d'aide;
- s'assurer, à chaque rencontre, que les participants s'engagent à ne pas poser de geste suicidaire;
- axer le travail de prévention sur le respect de l'individualité de l'homme;
- éviter de renforcer les stéréotypes masculins et féminins déjà existants.

La préparation au groupe de soutien

La gestion de la liste d'attente peut poser un problème dans la mise en œuvre du programme. En effet, le fait d'attendre plusieurs semaines avant de pouvoir bénéficier du soutien escompté peut augmenter le risque suicidaire. En conséquence, il faut s'assurer que les hommes référés

reçoivent le soutien nécessaire avant le démarrage d'un groupe. Différents moyens peuvent être mis en place à cette fin, tels le suivi téléphonique régulier planifié au moment de l'inscription au groupe de soutien, des rencontres individuelles ou encore un accès privilégié à d'autres services de l'organisme.

Le suivi du groupe de soutien
Il est pertinent d'offrir une rencontre individuelle de suivi dans le mois qui suit la fin des activités du groupe pour faire le point sur la situation de chaque participant, vérifier et valider les actions et solutions adoptées. Il faut également s'assurer d'une continuité dans la prise en charge, et ce, tout particulièrement lorsqu'une référence du client à un autre service est faite. On doit développer et rendre accessibles, parallèlement aux groupes de soutien, un ensemble de services et d'outils que les hommes peuvent utiliser « à la carte » dans leur recherche de solutions. Ces mesures permettent de renforcer le sentiment de contrôle de l'homme sur son processus thérapeutique.

Quelles sont les conditions gagnantes de l'implantation de ce type de programme?

Sur un plan organisationnel :

- s'assurer de la présence de répondants formels pour développer et soutenir la mise en œuvre du programme dans les milieux;

- assurer la présence d'une personne qui fait le lien entre le programme et les ressources d'aide de la communauté afin de faciliter la référence personnalisée à d'autres ressources d'aide si nécessaire.

Précisions quant aux caractéristiques du programme :
Pour adapter le programme aux réalités locales, il faut donc connaître les besoins des hommes du groupe de soutien avant de commencer les activités. Les questions suivantes peuvent guider la connaissance des besoins :

- Quelles sont les caractéristiques des hommes du groupe? Âge, milieu sociodémographique, types de problématiques vécues, types de personnalités;
- Quels sont les stéréotypes masculins véhiculés par les hommes du groupe?
- Quel est le degré de risque suicidaire des différents participants?
- Quel est l'historique d'utilisation et de satisfaction de l'utilisation des services par les hommes du groupe?
-Quelles sont les ressources d'aide existant dans la communauté?

Quelques points clés issus des recherches portant sur les groupes de soutien et ciblant les facteurs de risque masculins pourraient soutenir les interventions auprès des clientèles à risque de suicide :

- Proposer un tel programme à des milieux spécifiques, clairement identifiés par une analyse de besoins locaux;

- Assurer que les groupes portent sur des facteurs de risque précis, clairement identifiés en fonction les participants dès la mise en place du groupe. En effet, lors d'entretiens préliminaires, on peut faire le point sur la situation des hommes participants et identifier les facteurs de risque qu'ils partagent. Ainsi, les groupes de soutien pourront cibler ces facteurs spécifiques;

- Impliquer des acteurs clés du milieu pour préparer et promouvoir les groupes de soutien, par le dépistage des hommes à risque et l'implantation des activités. Ces acteurs sont les intervenants de première ligne du milieu de la santé et des services sociaux, les sentinelles et organismes communautaires qui peuvent entrer en contact et dépister des hommes à risque.

Ces éléments ont également été soulevés par les experts consultés dans le cadre de ce travail, particulièrement en ce qui concerne la compréhension des réalités et dynamiques masculines et de l'adaptation du programme au milieu culturel et social dans lequel il est implanté.

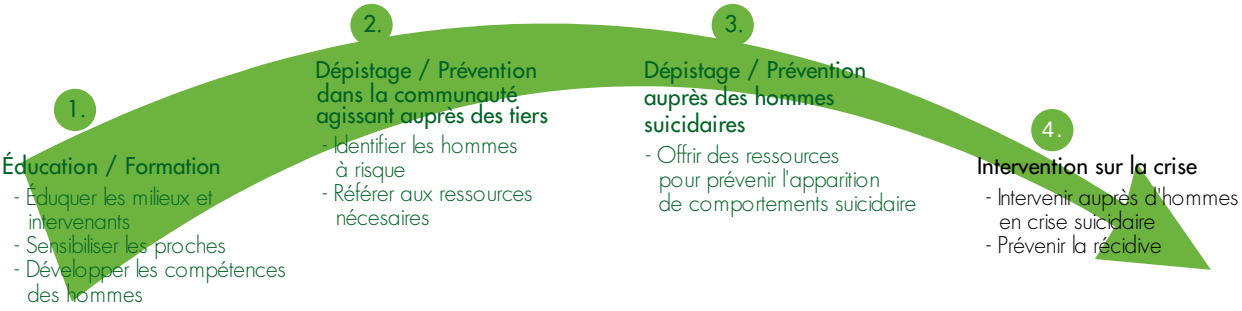
Que savons-nous de la pertinence de ce type de programme?

Ce type de programmes vise à contrer les effets de facteurs de risque fortement associés au suicide notamment l'absence de soutien social, l'effet néfaste sur la demande d'aide des hommes des délais d'attente pour obtenir des services, la détresse ou l'expression inadaptée de la demande d'aide. Le programme cherche aussi à améliorer les facteurs de protection afin de prévenir le suicide chez les hommes.

Il n'existe pas de preuves empiriques de l'efficacité des groupes de soutien thérapeutiques à réduire la récidive des comportements suicidaires chez les hommes. Bien que ce type de programme soit fondé sur une bonne logique d'action, l'absence de preuves quant à son efficacité exige cependant que l'implantation de tels programmes soit soutenue par des mesures d'évaluation.

Fiche 4. Programmes d'intervention auprès des hommes ayant fait une tentative de suicide – prise en charge dès le milieu hospitalier

FIGURE 10



Les informations qui suivent sont basées sur les recommandations faites par les experts participants dans le cadre du forum de consensus, à partir des programmes types et enrichies des données de la recherche.

À quelles problématiques s'adresse ce type de programme?

Ce type de programme n'a pas été construit spécifiquement pour les clientèles masculines. Cependant, la logique sous-tendant son développement a été jugée très pertinente pour aborder les problèmes rencontrés particulièrement par ces derniers. Cette section insiste sur les éléments de ce type de programme les plus appropriés pour répondre aux besoins des hommes suicidaires.

Ce type de programme visant le suivi post-tentative a été développé suite au constat que les personnes ayant fait une tentative de suicide ou ayant des idéations sérieuses et qui se présentent aux urgences des hôpitaux sont dans une situation de grande vulnérabilité. Leur situation exige une intervention immédiate et soutenue puisque la recherche montre que le risque de récidive suite à la sortie de l'hôpital est particulièrement élevé. En outre, la continuité du traitement pose des problèmes importants. Le passage des services d'urgence aux rendez-vous de clinique externe est trop souvent l'occasion d'un abandon de traitement et d'une rupture de continuité dans le suivi psychiatrique. Par ailleurs, même lorsque ce suivi est indiqué, il doit être complété par d'autres mesures d'aide psychosociale et communautaire afin de diminuer le risque suicidaire. Toutefois, les milieux hospitaliers ne disposent pas toujours d'ententes de collaboration suffisantes avec les milieux communautaires afin d'offrir aux patients des alternatives pertinentes de suivi post-hospitalier.

Quels sont les objectifs de ce type de programme?

Les programmes de prise en charge posthospitalière cherchent à réduire la récidive et le suicide chez les hommes par la mise en place d'une offre de services adaptée à chaque personne suicidaire et à son milieu. À cette fin, le programme vise à :

- établir un contact personnalisé avec l'homme suicidaire lors de son séjour à l'hôpital;

- favoriser une meilleure adéquation des services par une analyse précise de la situation et des besoins de l'homme couplée à une bonne connaissance des services disponibles dans la communauté;

- favoriser, une adhérence plus grande au traitement et une réduction des symptômes suicidaires;

- favoriser une meilleure intégration de la personne suicidaire dans son réseau social;

- faciliter l'établissement et le maintien de contacts entre l'homme suicidaire et les services d'aide de son environnement.

Quelle est la logique d'action de ce type de programme?

Ce type de programme s'articule autour de la logique selon laquelle offrir un suivi intensif dans la communauté

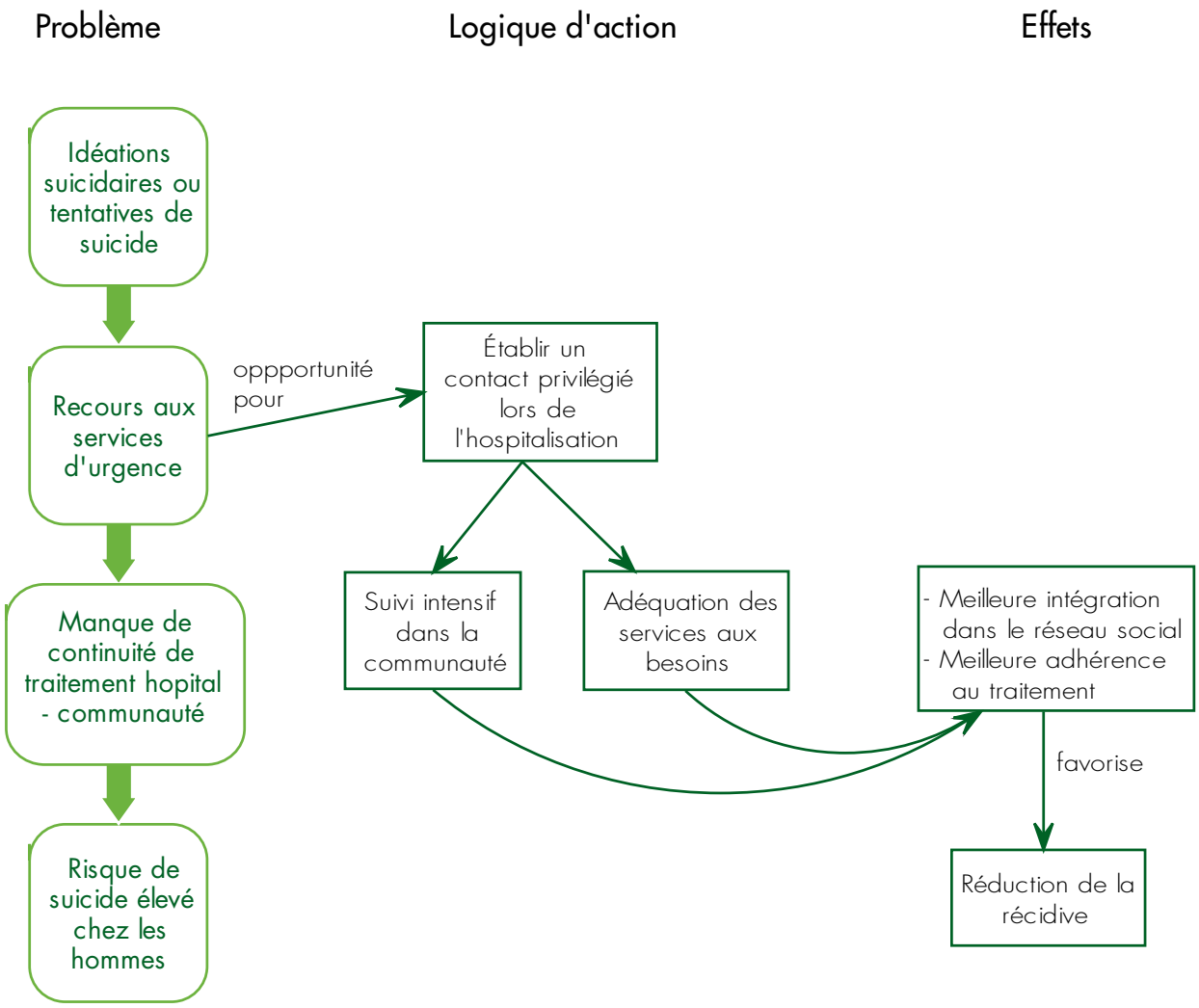
après la sortie de l'hôpital à des hommes, suite à des idées suicidaires ou à une tentative de suicide, permet de mieux définir conjointement les objectifs de l'intervention, favoriser l'établissement d'un lien de confiance avec les milieux de soin et réduire l'accessibilité aux moyens suicidaires.

À cette fin, un des objectifs est d'inclure des proches dans le suivi des traitements dispensés aux hommes afin d'assurer un filet de sécurité en développant un plan de suivi concerté avec eux et qui comprend une phase explicite de soutien leur étant spécifique.

La figure 11 décrit le rationnel appuyant ce programme :

FIGURE 11

L'intervention auprès d'hommes ayant fait une tentative de suicide - suivi post hospitalier



Quelles sont les personnes visées par ce type de programme?

Tout homme de plus de 18 ans, ayant eu recours aux services hospitaliers suite à une tentative de suicide ou à des idéations sérieuses, est admissible à ce programme.

Comment peut-on les identifier et les atteindre?

Afin de mieux identifier et atteindre les hommes ayant fait une tentative de suicide, on doit s'assurer de contacter tout homme hospitalisé pour des conduites suicidaires avant sa sortie de l'hôpital. Cette action doit être développée dans le cadre d'une entente avec les établissements hospitaliers. On doit cibler, en priorité, les hommes qui ont fait une tentative de suicide et qui n'ont pas un suivi psychiatrique en cours.

Ce type de programme de suivi pourrait être particulièrement indiqué pour les hommes présentant un niveau élevé d'idéations sérieuses et une combinaison de facteurs aggravant le risque suicidaire (par exemple les consommations de substances, la toxicomanie, les troubles de santé mentale grave, la violence, l'impulsivité, l'accès à des moyens, etc.) et qui tendent généralement à ne pas demander l'aide dont ils ont besoin.

À qui ne pas offrir le programme?

Certains hommes à risque suicidaire ne peuvent pas bénéficier du programme. Il s'agit particulièrement des hommes présentant un trouble mental sévère nécessitant des soins psychiatriques en contexte d'hospitalisation et qui ne sont pas stabilisés par la médication.

Quels sont les milieux dans lesquels on peut implanter ce type de programme?

Tous les milieux hospitaliers pourraient bénéficier de ce type de programme de suivi afin d'améliorer le traitement des hommes à risque suicidaire. Certains milieux, comme les milieux et régions dans lesquels les services d'urgence sont engorgés, ou les milieux dans lesquels la concertation entre les services hospitaliers et communautaires est faible sont certainement des cibles prioritaires pour l'implantation de programmes de suivi posthospitalier.

Quelles sont les activités de ce type de programme?

Quelle est la formation requise pour les intervenants?

La formation des intervenants faisant le suivi posthospitalier doit mettre l'accent sur :

- Le développement d'une approche proactive avec les hommes, en s'assurant de rejoindre ceux qui sont ciblés par le programme;

- L'acquisition de bonnes habiletés interpersonnelles;

- La connaissance des caractéristiques masculines liées au risque suicidaire et à la demande d'aide;

- Les habiletés à travailler en concertation entre établissements publics (CSSS, Centre de réadaptation, etc.) et organismes communautaires.

Quel est le déroulement du programme?

Ce type de programme cherche à favoriser l'établissement d'un contact personnalisé avec le patient dans un délai maximal de 48 heures suivant l'admission aux urgences, afin de proposer et établir les modalités d'une intervention intensive de suivi dans la communauté.

L'élaboration du plan de suivi communautaire

L'approche préconisée a pour objectif de mettre en place un suivi individualisé et adapté aux besoins et aux caractéristiques de chaque participant. Les méthodes de travail et les interventions sont en ce sens basées sur les expériences, les préférences et la situation de chacune des personnes ciblées. L'intervention adopte les principes de l'approche orientée vers les solutions, fondée sur la thérapie brève et l'intervention de crise. On offre ainsi par ce suivi une démarche concrète de résolution de problèmes à court terme. L'intervention vise à identifier et comprendre la source de la crise suicidaire et à développer des solutions alternatives à court terme, tout en établissant des priorités de traitement en partenariat avec l'homme suicidaire, son milieu et les ressources de son environnement.

La personne et ses compétences sont placées au premier plan de l'intervention en mobilisant ses habiletés et compétences dans la recherche de solutions personnalisées.

Les interventions consistent à accompagner la personne suicidaire dans toutes les sphères importantes de sa vie afin de faciliter sa fonctionnalité et la reprise de ses activités quotidiennes.

Le suivi travaille à rétablir ou à augmenter l'autonomie fonctionnelle de la personne et favoriser son intégration dans la communauté.

Le rôle de l'intervenant

Le suivi est proactif plutôt que réactif. On n'attend pas que l'homme suicidaire prenne contact avec les services, on propose les services dès qu'on sait que l'homme est vulnérable. En conséquence, le risque de récidive est anticipé et des moyens sont mis en place afin de le prévenir. Il est crucial de relancer les hommes qui ne se présentent pas aux rendez-vous fixés dans le cadre du programme.

L'intervention doit être porteuse d'espoir. L'intervenant doit travailler à convaincre l'homme suicidaire qu'il peut continuer à apprendre, à changer, à croître, à donner un sens à sa vie et qu'il peut être aidé en ce sens.

Les rencontres

On peut prévoir un suivi à court terme comprenant entre 8 et 12 rencontres, selon les besoins du client. Celles-ci peuvent se faire au domicile du client, dans les bureaux de l'intervenant ou dans tout autre lieu pertinent. Ainsi, le choix du lieu variera selon les besoins du client. Pour certains hommes qui ont des difficultés à demander de l'aide ou à parler de leurs problèmes, il peut être approprié d'offrir des rencontres de groupe favorisant ainsi le processus de normalisation de leur situation.

L'identification des ressources et les références

Les interventions cherchent à considérer tous les aspects de l'environnement de la personne (personnel, professionnel, familial, social). Elles prônent la consolidation et le développement de réseaux de soutien plus efficaces. Des activités de liaison effectuées dans le cadre du programme sont mises en place afin de favoriser la continuité et la complémentarité des services.
Les interventions ne sont pas dirigées uniquement vers l'usager, mais également vers sa famille et/ou ses proches et se font en complémentarité avec les autres ressources du milieu.

Quelles sont les conditions gagnantes de l'implantation de ce type de programme?

A chaque étape, des éléments clés peuvent faciliter l'implantation et le déroulement de ce type de programme de suivi posthospitalier. On peut regrouper ces éléments selon trois catégories, soit (1) l'élaboration des protocoles d'ententes, (2) le programme de référence et de suivi des patients, (3) le suivi d'implantation.

Implantation des protocoles d'entente inter-établissements

- Prévoir une étape préparatoire à l'implantation de tout nouveau service, particulièrement lorsque celle-ci nécessite l'instauration d'un partenariat entre deux secteurs d'activité différents (ex. : réseau communautaire et milieu hospitalier). Il est important d'établir des liens afin de s'assurer que la référence inter-établissements se fasse.

- S'assurer de mettre en place des modalités efficaces de communication et d'échanges entre l'organisme mandataire qui supervise le programme de suivi, les organismes de référence qui accueillent les hommes suicidaires référés et le milieu hospitalier référent qui établit le premier contact avec l'homme suicidaire.

Programme de référence et de suivi

- S'assurer que tous les intervenants concernés sont sensibilisés aux réalités masculines liées au risque suicidaire.

- Définir une trajectoire des services offerts dans le cadre du programme. Il faut tenir compte, pour établir une planification adéquate, du temps requis pour le déplacement des intervenants de l'organisme qui offre le programme à l'urgence, des horaires de travail des différents organismes, de la possibilité de mettre en place une permanence de nuit et des procédures spécifiques aux fins de semaines et aux congés.

- Assurer dans le milieu hospitalier la disponibilité de lieux propices à l'intervention de crise au moment d'établir les ententes avec les milieux référents.

Suivi d'implantation

L'implantation de ce type de programme devrait :

- Prévoir un comité chargé d'instaurer le projet de suivi intensif. Ce comité aura pour tâche d'assurer une bonne coordination du projet et d'apporter les ajustements nécessaires dans les délais indiqués. Le comité aura

aussi pour but de faciliter une bonne compréhension des rôles de chacun et une continuité dans l'implication des intervenants.

- Clarifier les éléments ayant trait à la responsabilité légale de l'organisme mandataire et des milieux référents au regard de l'usager et de son évolution.

- Prévoir des mécanismes de rétroaction entre l'organisme mandataire et les milieux référents.

Que savons-nous de la pertinence de ce type de programme?

Les recommandations prioritaires dégagées par le processus de consensus d'experts soulignent l'importance des mesures de suivi des hommes ayant fait une tentative de suicide dès qu'ils obtiennent leur congé de l'hôpital et la mise en œuvre d'approches dites « proactives » auprès de ceux-ci afin de faciliter l'accès à l'aide et la réceptivité aux interventions.

Ces recommandations sont appuyées par certaines données issues de la recherche. En effet, des études démontrent que la continuité des soins après la sortie de l'hôpital a un effet positif sur l'adhérence au traitement (Hawton et col., 1987; Houle et al., 2006) et qu'en général il y a une faible utilisation des ressources d'aide par les hommes (Suominen et col., 2002),

Les programmes de suivi qui ont été évalués sont majoritairement des traitements psychologiques, accompagnés ou non de protocoles cherchant à encourager l'adhérence des patients. Par contre, aucun programme visant spécifiquement le suivi posthospitalier auprès d'hommes ayant tenté de se suicider n'a été évalué empiriquement. Pour cette raison, la mise en place de tels programmes doit être accompagnée de mesures d'évaluation.

Le programme de suivi posthospitalier développé et implanté au Québec (Projet Silar à Québec par Racine et col., 2003) aborde la question du suivi posthospitalier sous un angle différent, plus communautaire, prônant une plus grande intégration des services. Ce type de programme novateur offre des alternatives potentiellement fort encourageantes dans la facilitation du suivi et devrait être examiné dans le cadre de recherches futures. Comme il n'existe pas de preuves d'efficacité de ce type de programmes, leur mise en place doit être accompagnée de mesures d'évaluation.

1. Le processus du forum

Ce projet a été développé en réponse aux besoins exprimés par les intervenants en prévention du suicide. Il avait pour but de contribuer à l'amélioration de la prévention du suicide en intégrant à la fois les connaissances scientifiques et celles issues de la pratique des intervenants et autres professionnels en ce domaine.

La méthode retenue afin d'intégrer ces connaissances a été l'organisation d'un forum de consensus, structuré de façon rigoureuse autour de l'étude de quatre types de programmes en prévention du suicide. Ce processus s'est avéré efficace. Il a permis de dégager des consensus sur des recommandations prioritaires et les composantes essentielles des programmes de prévention du suicide chez les hommes. Ces recommandations ont ensuite été intégrées sous la forme de fiches analytiques décrivant quatre types de programmes[6] . Nous tirons de cette expérience quelques constats généraux, présentés ci-dessous.

2. La prévention du suicide chez les hommes au Québec

Seulement deux programmes de prévention s'adressant spécifiquement aux hommes suicidaires et implantés au Québec ont été recensés dans le cadre de ce projet. Nous avons parallèlement identifié cinq programmes s'adressant plus largement aux hommes en difficulté. Ces résultats témoignent de la rareté des programmes spécifiquement adaptés aux besoins des hommes et confirment le besoin de soutenir le développement de tels programmes. Outre ces sept programmes ciblant la clientèle masculine, nous avons aussi relevé cinq autres programmes visant cette fois plus largement les personnes suicidaires sans distinction de genre.

Par contre, il est important de noter que la problématique de la prévention du suicide chez les hommes fait l'objet d'un intérêt accru depuis peu. En effet, en 2007, le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) a financé sept projets pilotes visant à évaluer la pertinence d'interventions novatrices de prévention du suicide auprès des hommes. Ces projets sont encore trop récents pour avoir été évalués, mais ils sont prometteurs et un suivi devra être fait quant à leur implantation et leurs effets sur les comportements suicidaires des hommes qu'ils ciblent. Lorsqu'ils seront rendus publics, les résultats de ces projets pilotes pourront aider l'élaboration de programmes ciblant spécifiquement les hommes suicidaires.

Les recommandations

L'analyse des programmes réalisée dans le cadre de ce projet a permis de dégager des recommandations générales afin d'adapter les programmes de prévention aux réalités masculines. Les grandes lignes directrices énoncées par les experts ayant participé au forum de consensus sont reprises ici :

- Il est important de mieux comprendre les différences de genre dans les manifestations des symptômes des troubles mentaux afin d'établir des diagnostics fiables. Puisque les hommes ressentent et expriment différemment des femmes leurs affects et leurs besoins, les services d'aide doivent apprendre à interpréter correctement les signaux de ces hommes.

- Il faut adapter les interventions d'aide en réponse aux besoins des hommes. Les hommes sont plus réticents à demander de l'aide et plusieurs attendent une aggravation de leur état avant de recourir à l'aide qui peut leur être nécessaire. Une référence personnalisée soutenue par un proche ou une personne partageant le même milieu de vie peut faciliter la demande d'aide. Les services d'aide doivent développer différentes interfaces pour entrer en relation avec les hommes et être plus proactifs dans leurs milieux de vie afin de favoriser le recours à l'aide («reach-out»).

- La prévention du suicide auprès des hommes doit éviter le piège des stéréotypes masculins. Il n'existe pas un profil type de l'homme suicidaire. La mise en place d'un programme basé sur une image masculine traditionnelle stéréotypée peut être contreproductive.

- La collaboration entre les milieux d'intervention auprès des hommes suicidaires doit être renforcée afin de favoriser la continuité des services et améliorer l'efficacité des interventions. La collaboration entre milieux hospitaliers, de santé et communautaires est essentielle. Les programmes de prévention du suicide

[6] *Le ecteur trouvera la liste complète des recommandations, par type de programmes à l'annexe 4 du présent guide.*

auprès des hommes doivent assurer la collaboration de ces différents partenaires.

- Assurer une réponse rapide. Un appel à l'aide, s'il est difficile à faire, doit d'autant plus recevoir une réponse adaptée lors du tout premier contact. L'intervention doit s'adapter à l'évolution de la crise sans bris de relation et sans discontinuité.

- La collaboration des tiers et des milieux de vie des hommes est essentielle au succès des programmes de prévention du suicide. En effet, les hommes en difficulté sont souvent référés par leurs proches aux services d'aide.

- L'abus et la dépendance à l'alcool et aux drogues sont fortement associés au suicide des hommes. Les programmes de prévention du suicide chez les hommes doivent développer des interventions adaptées aux hommes présentant ces problématiques. Les organismes ayant un mandat d'intervention sur ces problématiques doivent être au nombre des partenaires des programmes de prévention du suicide chez les hommes.

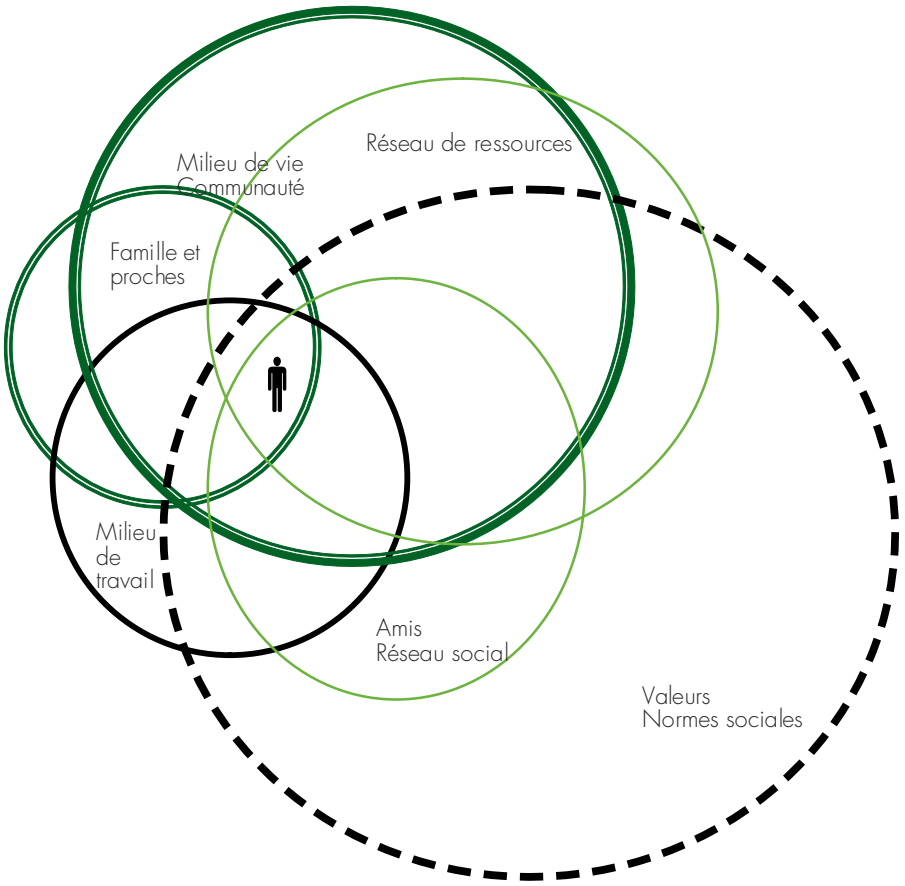
- Bien que la thématique des relations conjugales soit inscrite dans la formation aux intervenants comme une thématique reliée aux difficultés masculines, il serait nécessaire d'aborder le rôle des proches (parents, enfants, conjoints) dans le dépistage et le suivi des hommes suicidaires. De même, les groupes de soutien thérapeutiques et les suivis posthospitaliers tiennent compte explicitement des proches des hommes suivis, comme étant à la fois vulnérables et une source de soutien à l'intervention. Cependant, le statut des proches dans l'intervention doit être défini plus précisément dans le cadre de ces programmes d'intervention.

- La prévention du suicide auprès des hommes doit s'appuyer sur les acquis de la prévention du suicide en général en évitant les pièges des généralisations abusives. En effet, comme nous l'avons vu, il existe nombre de programmes visant une clientèle suicidaire plus générale ayant fait leurs preuves. Il convient d'exploiter adéquatement leurs acquis auprès des clientèles masculines. De plus, on ne peut pas parler de « la »clientèle masculine comme d'un groupe homogène. Il existe de fait « des » clientèles masculines, partageant un certain nombre de points communs, mais variant toutefois sur de nombreuses caractéristiques. Les interventions doivent s'adapter autant à ces variations intergroupes qu'aux éléments communs chez les hommes suicidaires. Dans ce contexte, les interventions validées empiriquement pour des clientèles ciblées autrement que par le genre peuvent apporter des éléments utiles au développement de programmes destinés à des groupes d'hommes spécifiques. Par exemple, les programmes efficaces pour les clientèles toxicomanes suicidaires peuvent fournir des éléments très pertinents au suivi des hommes suicidaires présentant un trouble de toxicomanie.

Le besoin de modéliser l'intervention auprès des hommes suicidaires

L'analyse des programmes réalisée dans le cadre de ce projet permet de tracer un cadre conceptuel pour une approche intégrée des services sur le continuum d'intervention. Ce cadre repose sur une analyse qui intègre à la fois les caractéristiques propres aux hommes ciblées par les programmes (dynamique de fonctionnement et caractéristiques de la demande d'aide) ainsi que les caractéristiques des milieux de vie des hommes et des services d'aide existants dans la communauté où sera développé le programme. Une telle approche de type « écologique » propose une logique d'action pour le fondement des programmes qui tient compte de différents niveaux de besoins (voir figure 12). Par l'adoption d'une telle compréhension élargie des niveaux de besoins, on favorisera la mise à contribution de différents partenaires de la communauté et des milieux de vie au développement des programmes.

FIGURE 12
Perspective écologique de la compréhension du suicide et des cibles des programmes de prévention du suicide chez les hommes



Cette logique d'action devrait également reposer sur une perspective longitudinale du parcours de l'homme suicidaire afin de déterminer où se situe l'intervention sur le continuum de Silverman et al (1995) décrit dans le module 3. Rappelons que ce continuum découpe les activités de prévention et d'intervention selon quatre groupes d'activités complémentaires, soit la prévention universelle, la prévention sélective, la prévention indiquée et le traitement. En effet, on ne développe pas de la même façon un programme visant la promotion d'habitudes saines de vie qu'un programme de prévention ciblant un facteur de risque spécifique ou un programme d'intervention post-tentative.

Les objectifs du projet doivent clairement définir la cible sur laquelle on veut intervenir dans le continuum suicidaire de façon à identifier les partenaires qui doivent être impliqués dans le programme. Ainsi, un programme de prévention ciblant la réduction des facteurs de risque (comme les groupes de soutien thérapeutique, programme 3, module 3) ne peut fonctionner efficacement s'il ne tient pas compte de différents niveaux écologiques dans lesquels l'homme à risque de suicide est impliqué (sa famille, son milieu de travail, les attentes sociales liées à ses rôles et son genre, etc.). De même, un programme de suivi post-tentative doit tenir compte du milieu de vie de l'homme suicidaire, de ses proches, du réseau de ressources disponibles (comme le suivi dans la communauté, programme 4, module 3). De manière différente, l'intervention en milieu hospitalier visant à réduire la crise suicidaire (comme celles décrites dans nombre des études recensées dans le module 2) cible davantage des éléments au niveau intra individuel (troubles mentaux, consommation, etc.).

Une telle analyse écologique et longitudinale du milieu et de la clientèle ciblée par le programme peut faciliter l'adaptation d'un programme à un milieu particulier. Elle permet ainsi d'améliorer son efficacité en assurant que les activités répondent mieux aux besoins et au milieu de vie des personnes ciblées.

Intégration de la recherche et de la pratique

La recherche et la pratique produisent deux types de connaissances : empirique et pratique. Il est nécessaire d'intégrer ces connaissances afin d'améliorer la prévention du suicide chez les hommes. Un tel exercice d'intégration des connaissances issues de l'expertise clinique, de la planification des programmes et de la recherche sur le suicide chez les hommes n'avait, à notre connaissance, jamais été fait au Québec. La méthode adoptée dans le cadre de ce processus aura permis d'augmenter la généralisation des données issues de la recherche et d'enrichir les connaissances en ce domaine. Ce processus a aussi été l'occasion d'entreprendre une collaboration nouvelle entre des acteurs issus de domaines différents qui, à ce jour, travaillaient souvent de façon isolée les uns des autres. Il aura aussi permis de mieux comprendre les besoins en matière de recherche et de pratique en prévention du suicide chez les hommes. Nous croyons que ce processus est ainsi propice à susciter de nouvelles initiatives et projets de collaboration entre les différents groupes de partenaires regroupés dans le cadre ce projet.

Enfin, ce processus a démontré qu'il est nécessaire de développer et d'évaluer des programmes d'intervention visant la réduction des comportements suicidaires chez les hommes. Afin d'augmenter leur chance de succès, ces programmes devraient être développés dans le contexte d'un partenariat entre milieux de planification, d'intervention et de recherche.

Les limites du processus

Un forum de consensus cherche à identifier des recommandations sur lesquelles s'accordent des experts de différents milieux. La synthèse des informations ainsi obtenues est la force du processus. En contrepartie, la recherche de consensus présente certaines limites et peut avoir un effet réducteur lorsqu'elle cible la recherche d'une conclusion commune à partir d'un ensemble de situations complexes.

Par ailleurs, il est difficile d'établir un consensus d'experts sur des pratiques expérimentales ou très novatrices. Ces consensus s'exercent évidemment plus facilement sur des pratiques éprouvées pour lesquelles des données empiriques sont disponibles. Dans le contexte de ce projet, peu de données empiriques étaient disponibles sur la prévention du suicide.

La durée limitée du forum, lequel a été tenu dans le cadre d'une journée, a également ajouté aux contraintes en obligeant un imposant exercice de synthèse. Bien que ce choix relève des coûts financiers inhérents au processus, nous croyons qu'un tel exercice gagnerait à se dérouler sur une période de deux jours afin de développer davantage les recommandations.

RÉFÉRENCES

Allard, R., Marshall, M. et Plante, M.-C. (1992). Intensive follow-up does not decrease the risk of repeat suicide attempts. Suicide and Life-Threatening Behavior, 22(3), 303-314.

American Psychiatric Association. Pratice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors American Psychiatric Association - Medical Specialty Society. 2003 Nov. 60 pages. NGC:003343. http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=4529&nbr=003343&string=suicide

Babin, J., Larouche, M., Deshaye, D. (2006). Le projet RÉMI expliqué. Complément au protocole d'entente en prévention du suicide. Région Chaudière Appalaches. Document interne du CSSS du grand littoral.

Biddle, L., Gunnell, D., Sharp, D. et Donovan, J.L. (2004). Factors influencing help seeking in mentally distressed young adults: a cross-sectional survey. British Journal of General Practice, 54(501), 248-253.

Boyer, R., Saint-Laurent, D., Préville, M., Légaré, G., Massé, R. et Poulin, C. (2000). Idées suicidaires et parasuicides. In Enquête Sociale et de Santé 1998 (pp. 355-382). Québec: Institut de la statistique du Québec.

Brådvik, L., Mattisson, C., Bogren, M. et Nettelbladt, P. (2008). Long-term suicide risk of depression in the Lundby cohort 1947-1997 - severity and gender. Acta Psychiatrica Scandinavica, 117(3), 185-91.

Breton, J.J., Bilodeau, H. et Boyer, R. (2001). Guide pratique pour un programme en santé mentale: planifier, implanter et évaluer. Montréal: Service de recherche de l'Hôpital Rivière-des-Prairies.

Bronisch, T. et Hecht, H. (1990). Major depression with and without a coexisting anxiety disorder: Social dysfunction, social integration, and personality features. Journal of Affective Disorders, 20(3), 151-157.

Brown, Gregory K., Have, Thomas Ten, Henriques, Gregg R, Xie, Sharon X., Hollander, Judd E., Beck, Aaron T. Cognitive Therapy for the Prevention of Suicide Attempts: A Randomized Controlled Trial.JAMA: Journal of the American Medical Association. Vol 294(5), Aug 2005, pp. 563-570

Burvill, P.W. (1990). The epidemiology of psychological disorders in general medical settings. In Sartorius, N., Goldberg, D., de Girolamo, G. et al. Psychological disorders in general medical settings (pp. 9-20). Ashland, OH: Hogrefe & Huber.

Canetto, S.S. et Lester, D. (1995). Gender and the primary prevention of suicide mortality. Suicide & Life-Threatening Behavior, 25(1), 58-69.

Carter, Gregory L, Clover, Kerrie, Whyte, Ian M., Dawson, Andrew H., D'Este, Catherine. Postcards from the EDge project: Randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self poisoning. BMJ: British Medical Journal. Vol 331(7520), Oct 2005, pp. 805

Cassells, C., Paterson, B., Dowding, D. et Morrison, R. (2005). Long- and short-term risk factors in the prediction of inpatient suicide: A review of the literature. Crisis, 26(2), 53-63.

Cedereke, M., Monti, K. et Öjehagen, A. (2002). Telephone contact with patients in the year after a suicide attempt: Does it affect treatment attendance and outcome? A randomised controlled study. European Psychiatry, 17(2), 82-91.

Centre de prévention du suicide 02 (2002). Un peu d'écoute peut sauver une vie. Évaluation d'un projet pilote de parrainage auprès d'hommes adultes présentant des problèmes d'abus ou de dépendance à l'alcool, aux drogues ou autres substances psychotropes et à risque de suicide ou de tentatives de suicide sur le territoire de Saguenay. [Chicoutimi]: Centre de prévention du suicide 02.

Chagnon, F, Mishara, B.L., Daigle, M., Houle, J., Bardon, C. (2007). Expérimentation d'une stratégie d'intervention favorisant l'utilisation des connaissances scientifiques dans les milieux de prévention du suicide. Rapport final soumis au MDEIE.

Chagnon, F. et Houle, J. (2005). Demande d'aide, soutien social et suicide chez les hommes. Présentation effectuée le 17 novembre 2005 au cours de la journée « Le suicide des hommes au Québec, un problème majeur de santé publique » dans le cadre des Journées annuelles de santé publique (JASP) 2005.

Chagnon, F. et Mishara, B.L. (2006). Concertation entre recherche et pratique en prévention du suicide: Trois exemples québécois. In Facy, F. et Debout, M. (éds.), Acteurs et chercheurs en suicidologie (pp. 136-148). Paris: Éditions EDK.

Chiles, J.A. et Strosahl, K.D. (2004). Clinical Manual For Assessment and Treatment of Suicidal Patients. Washington, DC: American Psychiatric.

Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes (2004). Les hommes: s'ouvrir à leurs réalité et répondre à leurs besoins. Québec: Gouvernement du Québec.

Cusack, J., Deane, F.P., Wilson, C.J. et Ciarrochi, J. (2004). Who influence men to go to therapy? Reports from men attending psychological services. International Journal for the Advancement of Counselling, 26(3), 271-283.

Dahlen, E.R. et Canetto, S.S. (2002). The role of gender and suicide precipitant in attitudes toward nonfatal suicidal behavior. Death Studies, 26(2), 99-116.

Daigle, M. (2004). L'évaluation fondée sur la théorie du programme en prévention du suicide. In Chagnon, F. et Mishara, B. Évaluation de programmes en prévention du suicide. Ste-Foy: Presses de l'Université du Québec.

Daigle, M., Beasoleil, L., Brisoux, J., Raymond, S., Charbonneau, L. et Desaulniers, J. (2006). Reaching suicidal people with media campaigns: New challenges for a new century. Crisis, 27(4), 172-180.

Duhamel, D. (2007). Toxicomanie et phénomènes suicidaires : Savoir pour mieux intervenir. Montréal: Centre Dollard-Cormier.

Dulac, G. (1999). Intervenir auprès des clientèles masculines. Théories et pratiques Québécoises. A.I.D.R.A.H., 82 pages.

Dumais, A., Lesage, A. D., Alda, M., Rouleau, G., Dumont, M., Chawky, N., Roy, M., Mann, J. J., Benkelfat, C., Turecki, Gustavo. Risk Factors for Suicide Completion in Major Depression: A Case-Control Study of Impulsive and Aggressive Behaviors in Men. American Journal of Psychiatry. Vol 162(11), Nov 2005, pp. 2116-2124

Geddes, J. R., Juszczak, E., O'Brien, F. et Kendrick, S. (1997). Suicide in the 12 months after discharge from psychiatric inpatient care, Scotland 1968-92. Journal of Epidemiology & Community Health, 51(4), 430-434.

Girón, M., Manjón-Arce, P., Puerto-Barber, J., Sánchez-Garciá, E. et Gómez-Beneyto, M. (1998). Clinical interview skills and identification of emotional disorders in primary care. American Journal of Psychiatry, 155(4), 530-535.

Goldberg, D. et Huxley, P. (1980). Mental Illness in the Community: The Pathway to Psychiatric Care. New York: Tavistock.

Goldberg, D. (1990). Reasons for misdiagnosis. In Sartorius, N., Goldberg, D., de Girolamo et al. Psychological disorders in general medical settings (pp. 139-145). Ashland, OH: Hogrefe & Huber Publishers.

Good, G.E., Dell, D.M. et Mintz, L.B. (1989). Male role and gender role conflict: Relations to help seeking in men. Journal of Counseling Psychology, 36(3), 295-300.

Granello, D.H. et Granello, P.F. (2007). Suicide: An Essential Guide for Helping Professionals and Educators. Boston, MA: Allyn & Bacon.

Green, L.W., Glasgow, R.E. (2006). Evaluating the relevance, generalization, and applicability of research: Issues in external validation and translation methodology. Evaluation and the Health Professions, 29(1), 126-53.

Hao, Z. et Liang, B. (2007). Predictors of college students' attitudes toward seeking professional psychological help. Chinese Journal of Clinical Psychology, 15(3), 321-325.

Harland, K., Barclay, L., McNamee, D. (2006). RU right in the head? The development and dissemination of educational resources addressing positive mental and emotional health issues for adolescent males in Northern Ireland. Journal of Men's Health and Gender, 3(2), 204-209.

Haw, C., Houston, K., Townsend, E., & Hawton, K. (2002). Deliberate self harm patients with depressive disorders: Treatment and outcome. Journal of Affective Disorders, 70(1), 57-65.

Hawton, K., Bancroft, J., Catalan, J., Kingston, B., Stedeford, A. et Welch, N. et al. (1981). Domiciliary and out-patient treatment of self-poisoning patients by medical and non-medical staff. Psychological Medicine, 11(1), 169-177.

Hawton, K., McKeown, S., Day, A., Martin, P. et al. (1987). Evaluation of out-patient counselling compared with general practitioner care following overdoses. Psychological Medicine, 17(3), 751-761.

Houle, J. (2005). La demande d'aide, le soutien social et le rôle masculin chez des hommes qui ont fait une tentative de suicide. Thèse de doctorat. Montréal: Université du Québec à Montréal.

Houle, J., Poulin, C. et Van Nieuwenhuyse, H. (2006). Vers une meilleure continuité de services pour les personnes suicidaires: Évaluation d'implantation du protocole MARCO. Montréal: Direction de santé publique. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Howerton, A., Byng, R., Campbell, J., Hess, D., Owens, C. et Aitken, P. (2007). Understanding help seeking behaviour among male offenders: qualitative interview study. British Medical Journal, 334(7588), 303.

Institue of Medicine (1994) Reducing risk for mental disorder : frontiers for preventive intervention research. Washington, DC: National Academy Press

Junker, G., Beeler, A. et Bates, J. (2005). Using trained inmate observers for suicide watch in a federal correctional setting: A win-win solution. Psychological Services, 2(1), 20-27.

Kates, N., Craven, M.A., Crustolo, A.-M., Nikolaou, L., Allen, C. et Farrar, S. (1997). Sharing care: The psychiatrist in the family physician's office. The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie, 42(9), 960-965.

Knox, K.L., Litts, D.A., Talcott, G.W., Feig, J.C. et Caine, E.D. (2003). Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study. British Medical Journal, 327, 1376-1380.

Kohr J.M., Strack R.W., Newton-Ward M. et Cooke C.H. (2008). The use of programme planning and social marketing models by a state public health agency: a case study. Public Health. 122(3),300-306.

Krulee, D.A. et Hales, R.E. (1988). Compliance with psychiatric referrals from a general hospital psychiatry outpatient clinic. General Hospital Psychiatry, 10(5), 339-345.

Luoma, J.B., Martin, C.E. et Pearson, J.L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. American Journal of Psychiatry, 159(6), 909-916.

Martielli, R.P. (2007). Effectiveness of psychoeducational interventions in improving men's attitudes towards help seeking for depression. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 67(10-B), 6068.

Millar, A. (2003). Men's experience of considering counselling: 'Entering the unknown'.
Counselling & Psychotherapy Research, 3(1), 16-24.

Mishara, B.L. et Houle, J. (2003). Évaluation des projets-pilotes d'aide aux hommes suicidaires par l'intermédiaire de leurs proches : Rapport final, Montréal: CRISE.

Mishara, B.L., Houle, J. et Lavoie B. (2005). Comparison of the effects of four suicide prevention programs for family and friends of high-risk suicidal men who do not seek help themselves. Suicide and Life-Threatening Behavior, 35(3), 329-342.

Mishara, B.L., Chagnon, F., Daigle, M., Balan, B., Raymond, S., Marcoux, I., Bardon, C., Campbell, J.K. et Berman, A. (2007). Which helper behaviors and intervention styles are related to better short term outcomes in telephone crisis intervention? Results from a silent monitoring study of calls to the U.S. 1-800-SUICIDE network. Suicide and Life-Threatening Behavior, 37(3), 308-321.

Möller-Leimkühler, A.M. (2002). Barriers to help-seeking by men: A review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. Journal of Affective Disorders, 71(1-3), 1-9.

Morgan, H. G., Jones, E. M. et Owen, J. H. (1993). Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm. The green card study. British Journal of Psychiatry,163, 111-112.

Motto, J. A. et Bostrom, A. G. (2001). A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. Psychiatric Services, 52(6), 828-833.

National Collaborating Centre for Mental Health. Self-harm: the short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. National Collaborating Centre for Mental Health - National Government Agency [Non-U.S.]. 2004. 199 pages. NGC:003976. http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=6177&nbr=003976&string=self-harm

New Zealand Guidelines Group. The assessment and management of people at risk of suicide. New Zealand Guidelines Group - Private Nonprofit Organization. 2003 May. 72 pages. NGC:003273. http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=4340&nbr=003273&string=suicide

O'Brien, R., Hunt, K. et Hart, G. (2005). 'It's caveman stuff, but that is to a certain extent how guys still operate': Men's accounts of masculinity and help seeking. Social Science & Medicine, 61(3), 503-516.

Oliver, J.M., Reed, C.K.S., Katz, B.M. et Haugh, J.A. (1999). Students' self-reports of help-seeking: The impact of psychological problems, stress, and demographic variables on utilization of formal and informal support. Social Behavior and Personality, 27(2), 109-128

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2007). Prévenir le suicide pour préserver la vie.

Parikh, S.V., Lin, E. et Lesage, A.D. (1997). Mental health treatment in Ontario: Selected comparisons between the primary care and specialty sectors. The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie, 42(9), 929-934.

Pederson, E.L. et Vogel, D.L. (2007). Male gender role conflict and willingness to seek counseling: Testing a mediation model on college-aged men. Journal of Counseling Psychology, 54(4), 373-384.

Pinard, C. (2007). Implantation de la coordination régionale et développement des réseaux de sentinelles: Plan triennal 2007-2010. Programme de réseaux de sentinelles en prévention du suicide. Laval: CSSS de Laval.

Pineault, R. et Daveluy, C. (1995). Health Planning – Concepts, Methods, Strategies. Revised Edition. Ottawa: Éditions Nouvelles.

Pirkis, J.E. et Burgess, P.M. (1998). Suicide and recency of health care contacts: A systematic review. British Journal of Psychiatry, 173, 462-474.

Pirkis, J.E., Burgess, P.M., Meadows, G.N. et Dunt, D.R. (2001). Suicidal ideation and suicide attempts as predictors of mental health service use. The Medical Journal of Australia, 175(10), 542-545.

Préville, P., Potvin, L. et Boyer R. (1998). Psychological distress and use of ambulatory medical services in the Quebec Medicare system. Health Services Research, 33(2 Pt 1), 275-286.

Préville, M. (2004). Caractéristiques psychosociales et de santé des personnes âgées de 60 ans et plus, décédées par suicide au Québec. In Natalis, M.-F. (éd.). Prévention du suicide & pratiques de réseaux. Deuxième congrès international de la francophonie en prévention du suicide. Les Actes (131-134). Liège: Maison du social.

Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux (2003). Programme national de santé publique 2003-2012. [Québec]: Santé et services sociaux, Direction des communications.

Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux (2006). Implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide – cadre de référence. [Québec]: Santé et services sociaux, Direction des communications.

Racine, P., Cardinal, L. et Gagnon, C. (2003). Expérimentation d'un service de suivi communautaire intensif auprès des personnes ayant fait une tentative de suicide et se présentant dans une salle d'urgence : Évaluation de l'implantation. Québec: Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.

Rickwood, D.J. et Braithwaite, V.A. (1994). Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. Social Science & Medicine, 39(4), 563-572.

Rochlen, A.B., McKelly, R.A. et Pituch, K.A. (2006). A preliminary examination of the "Real Men, Real Depression" campaign. Psychology of Men and Masculinity, 7(1), 1-13.

Rochlen, A.B., Whilde, M.R. et Hoyer, W.D. (2005). The Real Men. Real Depression Campaign: Overview, theoretical implication, and research considerations. Psychology of Men and Masculinity, 6(3), 186-194.

Rudd, M.D., Rajab, M.H., Orman, D.T., Stulman, D.A., Joiner, T. et Dixon, W. (1996). Effectiveness of an outpatient intervention targeting suicidal young adults: Preliminary results. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64(1), 179-190.

Rutz, W. (2001). Preventing suicide and premature death by education and treatment. Journal of Affective Disorders, 62, 123-129.

Rutz, W., Walinder, J., Piblgren, H., Von Knorring, L. et Rihmer, Z. (1995). Lessons from the Gotland study "Suicide and education" – effects, shortcomings, challenges. The Lancet, 345, 524.

Salkovskis, P.M., Atha, C. et Storer, D. (1990). Cognitive-behavioural problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide: A controlled trial. British Journal of Psychiatry, 157, 871-876.

Segal, Z., Vincent, P., & Levitt, A. (2002). Efficacy of combined, sequential and crossover psychotherapy and pharmacotherapy in improving outcomes in depression. Journal of Psychiatry & Neuroscience, 27(4), 281-290.

Séguin, M., Lesage, A., Turecki, G., Daigle, F. et Guy, A. (2005). Projet de recherche sur les décès par suicide au Nouveau-Brunswick entre avril 2002 et mai 2003. Montréal: Hôpital Douglas.

Semeteys, A. (2006). L'approche de formation professionnelle par compétence et l'organisation modulaire des contenus. In Éditions Éducaweb, Blog des lecteurs [En ligne], samedi 8 avril 2006, http://www.educaweb.org/spip/article.php3?id_article=16 (page consulté le 2 Juillet 2008).

Service MASC (2006). Service en prévention du suicide « Ensemble… pour la vie! » – Document de référence du Service MASC.

Shadish,W.R., Cook, T.D. et Campbell, D.T. (2002). Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference. Boston: Houghton Mifflin.

Silverman, M.M. et Felner, R.D. (1995). The place of suicide prevention in the spectrum of intervention : definitions of critical terms and constructs. Suicide and Life-Threatening Behavior, 25(1), 70-81.

Simon, Thomas R., Swann, Alan C., Powell, Kenneth E., Potter, Lloyd B., Kresnow, Marcie-jo, O'Carroll, Patrick W Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. Suicide and Life-Threatening Behavior. Vol 32(Suppl), 2001, pp. 49-59

St-Laurent, D. (2007) Données inédites produites par l'Institut nationale de la santé publique du Québec, présentée lors de l'assemblée des membres du CRISE. Montréal, janvier 2007.

St-Laurent, D. et Gagné, M. (2008). Surveillance de la mortalité par suicide au Québec: ampleur et évolution du problème de 1981 à 2006. [Québec]: Institut national de santé publique.

Statistiques Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes: Santé mentale et bien-être. Le Quotidien [En ligne], mercredi 3 septembre 2003, http://www.statcan.ca/Daily/Francais/030903/q030903a.htm (page consultée le 12 octobre 2007).

Suominen, K., Isometsä, E., Heilä, H., Lönnqvist, J. et Henriksson, M. (2002). General hospital suicides: A psychological autopsy study in Finland. General Hospital Psychiatry, 24(6), 412-416.

Torhorst, A, Möller, H.J., Bürk, F., Kurz, A., Wächtler, C. et Lauter, H. (1987). The psychiatric management of parasuicide patients: a controlled clinical study comparing different strategies of outpatient treatment. Crisis, 8(1), 53-61.

Tremblay G. et L'Heureux P. Former à l'intervention auprès des garçons/hommes ou opérer un changement de paradigme qui comporte des enjeux importants. Manuscrit inédit.

Tremblay, G., Morin, M.-A., Desbiens, V. et Bouchard, P. (2007). Conflits de rôle de genre et dépression chez les hommes. Collection Études et Analyses, 36, Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes. Québec: CRI-VIFF.

Tylee, A. et Walter, P. (2004). Can suicide in young men be prevented by improving and delivery among primary care services? British Journal of General practice, 54(501), 242-243.

U.S. Preventive Services Task Force (1996). Guide to Clinical Preventive Services, 2nd Edition. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.

Vaiva, Guillaume, Ducrocq, François, Meyer, Philippe, Mathieu, Daniel, Philippe, Alain, Libersa, Christian, Goudemand, Michel. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: Randomised controlled study. BMJ: British Medical Journal. Vol 332(7552), May 2006, pp. 1241-1245

Van Heeringen, C., Jannes, S., Buylaert, W., Henderick, H. et al. (1995). The management of non-compliance with referral to out-patient after-care among attempted suicide patient: A controlled intervention study. Psychological Medicine, 25(5), 963-970.

Van Heeringen, C. (1992). The management of non-compliance with out-patient aftercare in suicide attempters: A review. Giornale Italiano di Suicidologia, 2(2), 79-83.
Wakai, Sara T., Trestman, Robert L. Impulsivity and aggression. Simon, Robert I., Tardiff, Kenneth (2008). Textbook of violence assessment and management. (pp. 211-234). Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.. xiv, 614 pp.

Welu, T.C. (1977). A follow-up program for suicide attempters: evaluation of effectiveness. Suicide and Life-Threatening Behavior, 7(1), 17-29.

Zouk, Hana, Tousignant, Michel, Seguin, Monique, Lesage, Alain, Turecki, Gustavo. Characterization of impulsivity in suicide completers: Clinical, behavioral and psychosocial dimensions. Journal of Affective Disorders. Vol 92(2-3), Jun 2006, pp. 195-204

ANNEXES

ANNEXE 1 – Fiche de critères de sélection des programmes

ANNEXE 1A – liste des programmes recensés dans la première phase du projet

ANNEXE 2 – Grille d'analyse des programmes

ANNEXE 3 – Ordre du jour de la journée de forum

ANNEXE 4 – Questionnaire de consensus, incluant les taux de réponses et les recommandations faites par les experts

Annexe 1 - Fiche de critères de sélection des programmes

A. Planification et implantation du programme

1. Ont utilisé des connaissances scientifiques (dont des données probantes) pour planifier leur programme : Écrits, contacts informels avec chercheurs, conférences, colloques.

2. Ont prévu une façon d'évaluer leur programme (monitoring, liens avec des évaluateurs…).

3. Ont un cadre théorique pour comprendre le problème sur lequel ils veulent travailler : littérature spécifique, grille de lecture, groupe de référence (mobilisation, engagement sociopolitique, lobby…).

4. Ont identifié, notamment à partir du cadre théorique, le ou les facteurs sur lesquels ils veulent agir dans leur programme. Clarté des objectifs d'intervention.

5. Ont une théorie du processus d'intervention qu'ils utilisent dans leur programme (comment ils veulent intervenir pour régler le problème) : approche d'intervention, tâches à accomplir en intervention, éléments essentiels à une intervention…

6. Ont une théorie du changement : savent sur quels éléments il faut agir pour amener tel ou tel changement chez les clients du programme.

B. Intrants du programme

1. Ont une équipe de gestion et d'intervention qui a une expertise spécifique aux problématiques homme.

2. Ont une équipe de gestion et d'intervention qui a une expertise spécifique aux problématiques suicide.

3. Ont une équipe de gestion et d'intervention qui a une expertise multidisciplinaire ou systémique.

4. Ont une équipe de gestion et d'intervention avec formation appropriée :
- formation de base (CEGEP, Université)
- formation spécifique (formation continue, cours d'appoint…)
- expérience

5. Partagent des valeurs communes dans l'intervention.

6. Respect des caractéristiques propres aux hommes.

7. Entretiennent des liens productifs avec différents milieux d'intervention (institutionnels, communautaires). Partenariat.

C. Clientèles spécifiques

1. Ont bien défini la clientèle à laquelle ils s'adressent (critères d'inclusion et d'exclusion).

2. Occupent une niche où personne d'autre n'intervenait.

3. S'intéressent à des clientèles plus vulnérables (ou difficiles). Ne refusent pas trop de clientèles lourdes.

D. Processus d'intervention

1. Ont formalisé le programme dans un document permettant de le diffuser (manuel, vidéo…).

2. Suivent un processus d'intervention pré-établi mais également ouvert aux particularités.

3. Focalisent sur la promotion, la prévention, l'intervention ou la postvention.

D. Effets du programme

1. Ont une théorie du changement (fondements théoriques) permettant de croire qu'ils vont amener certains changements dans leur clientèle.

ou bien

2. Ont déjà démontré que leur programme avait certains effets.

E. Évaluation

Ont formellement été évalués (à l'interne ou à l'externe).

Annexe 1a

Liste des programmes recensés au Québec dans la première phase du projet

- « Formation à l'intervention auprès des Garçons / hommes ou opérer un changement de paradigme qui comporte des enjeux importants ». Tremblay et L'Heureux, Québec

- « Campagne de publicité pour contrer le suicide chez les hommes ». Arc en ciel. Portneuf

- Sentinelles en prévention du suicide. À travers la province

- Protocole de relance téléphonique. CSSS Pierre Boucher. Longueuil

- « Service MASC ». Service en prévention du suicide « Ensemble… pour la vie! ». Organisme CHOC, Laval

- « Un peu d'écoute qui peut sauver une vie ». Projet de parrainage auprès d'hommes adultes présentant des problèmes d'abus ou de dépendance à l'alcool, aux drogues ou autres substances psychotropes et à risque de suicide ou de tentative de suicde sur le territoire du Saguenay. CPS 02. Chicoutimi

- « SILAR ». Service communautaire intensif auprès de personnes ayant fait une tentative de suicide et se présentant dans une salle d'urgence. CPS Québec

- « Intégration masculine avec une attitude gagnate et épanouie » (Groupe I.M.A.G.E.). St-Eugène de Guigues. Abitibi-Témiscamongue

- Réseau d'aide aux familles en transition. (RAFT.INC.). Drummond

- « Groupes masculins d'écoute et de parole ». Réseau des hommes du Québec. À travers la province.

- « Groupe d'entraide pour homme séparés ». Regroupement des familles monoparentales et recomposées de Laval (RFMRL). Laval

- « Réduire l'impact d'un suicide ». Guide de postvention en milieu carcéral. Comité de prévention du Suicide. Amos

Annexe 2 – Grille d'analyse des programmes

Consensus entre la recherche et la pratique
pour améliorer les programmes
de prévention du suicide chez les hommes

GRILLE D'ANALYSE DES PROJETS

Clientèle cible

Quels sont les groupes d'hommes les plus susceptibles de profiter d'un programme de ce type?
Y a-t-il des groupes d'hommes à risque de suicide pour lesquels ce programme ne devrait pas être offert? Si oui, lesquels et pourquoi?
Quels devraient être les critères de sélection et d'exclusion des clientèles d'un tel programme?
Des outils d'évaluation devraient-ils être inclus afin de sélectionner les clientèles? Si oui, lesquels?

Objectifs du programme

Tous les objectifs du programme sont-ils pertinents, réalistes et mesurables?
Si non, devrait-on en éliminer quelques uns? Lesquels? Devrait-on en ajouter d'autres? Lesquels?

Logique d'action et processus

Considérant les objectifs de ce type de programme, la logique d'action vous semble-t-elle plausible, fondée au plan clinique ou scientifique? Est-elle en accord avec les objectifs ciblés?
Quels sont les composantes essentielles de ce type de programme?
Des éléments peu susceptibles de favoriser l'atteinte des objectifs de ce type de programme pourraient-ils être éliminés? Si oui, lesquels?

Formation

Quelles qualités devraient avoir les intervenants qui dispensent ce type de programme?
Quels devraient être les critères de sélection (inclusion et exclusion) du personnel dans ce type de programme?
Quelles formation est-il essentiel d'offrir aux intervenants oeuvrant dans ce type de programme?
Que devrait-on faire prioritairement afin d'assurer une sélection et une formation optimale des intervenants oeuvrant dans ce type de programmes?

Recommandations

Quelles seraient vos recommandations afin d'assurer qu'un programme de ce type puisse atteindre l'ensemble de la population susceptible d'en bénéficier?
Quelles seraient vos recommandations afin d'améliorer les objectifs ciblés par ce type de programme?
Quelles sont vos recommandations prioritaires afin d'améliorer les activités de ce type de programme?
Quelles sont vos recommandations afin d'améliorer la formation des intervenants qui dispensent ce type de programme?
Avez-vous d'autres recommandations prioritaires à formuler afin d'améliorer ce type de programme?

Annexe 3 – Ordre du jour de la journée de Forum

Phase	Horaire	Activité
	8 h – 8 h 30	ACCUEIL Café, thé, viennoiseries
	8 h 30 – 8 h 45	MOT DE BIENVENUE
	8 h 45 – 12 h 30	PLÉNIÈRE
Phase I Les apports de la recherche et bases de discussion	8 h 45 – 9 h	- Promotion et prévention, où en sommes-nous? M. Julien
	9 h – 9 h 15	- Quelques notions théoriques sur les programmes M. Daigle
	9 h 15 – 9 h 30	- Synthèse des recherches sur les programmes de prévention du suicide M. Tousignant
	9 h 30 – 9 h 45	- Présentation du programme Former à l'intervention auprès des garçons/hommes ou opérer un changement de paradigme qui comporte des enjeux importants P. L'heureux
	9 h 45 – 10 h	- Présentation du programme Réseaux de sentinelles en prévention du suicide F. Roy
	10 h – 10 h 15	- Présentation du programme Service en prévention du suicide « Ensemble … pour la vie! » Service MASC A. Overy, D. Beaulieu
	10 h 15 – 10 h 30	- Synthèse des recherches : les programmes d'intervention sur le suicide J. Houle
	10 h 30 – 10 h45	Présentation du programme SILAR (service intensif d'accompagnement, de liaison et de référence) B. Deschênes
Phase II Analyse en groupes des types de programme	10 h 45 – 11 h	PAUSE SANTÉ
	11 h – 12 h 30	ATELIERS SIMULTANÉS
	12 h 30 – 13 h 30	DÎNER SERVI SUR PLACE
Phase III Discussion des recommandations	13 h 30 – 16 h 15	PLÉNIÈRE
	13 h 30 – 13 h 35	- Mot de bienvenue
	13 h 35 – 13 h 45	- Brève présentation sur les recommandations de l'atelier portant sur les programmes de prévention agissant sur les tiers (intervenants)
	13 h 45 – 14 h 30	- Retour sur les recommandations de l'atelier portant sur les programmes de prévention agissant sur les tiers
	14 h 30 – 14 h 45	PAUSE SANTÉ
	14 h 45 – 15 h 30	- Retour sur les recommandations de l'atelier portant sur les programmes agissant sur la clientèle hommes
	15 h 30 – 16 h 15	- Retour sur les recommandations de l'atelier portant sur les programmes d'intervention
	16 h 15 – 16 h 30	MOT DE LA FIN

Annexe 4 – Questionnaire de consensus

CONSENSUS ENTRE LA RECHERCHE ET LA PRATIQUE POUR AMLIORER LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU SUICIDE CHEZ LES HOMMES

QUESTIONNAIRE DE CONSENSUS[1]

Type de Programme :

I. Formation/Éducation visant les intervenants

- Objectif : Ce type de programme a pour objectif de former les intervenants à intervenir adéquatement auprès des hommes en les aidant à changer leur conception des hommes et des problématiques masculines.

- Logique d'action : Ce type de programme de formation prévoit que les intervenants ayant participé au programme: 1) prendront conscience des réactions contre-transférentielles qui interfèrent dans la relation d'aide face à des comportements souvent négatifs de clients masculins; 2) comprendront davantage la dynamique de demande d'aide des hommes plus traditionnels; 3) identifieront des habiletés facilitant l'intervention auprès des hommes en détresse.

- Activités : Ce type de programme offre aux intervenants des formations de 2-3 jours en petit groupes autour de diverses thématiques (ex. : transfert/contre-transfert; construction de l'identité de rôle de genre; intervention auprès des hommes; etc.).

Veuillez indiquer dans quelle mesure vous estimez que chaque recommandation est importante à suivre afin d'améliorer l'intervention en cochant (X) la case appropriée, selon l'échelle suivante : 1 = pas important du tout; 2 = peu important; 3 = importance moyenne; 4 = important; 5 = très important. Veuillez aussi identifier deux recommandations que vous jugez prioritaires pour améliorer les quatre types de programmes en cochant (X) la ou les case(s) appropriée(s).

CIBLE A : IDENTIFIER ET ATTEINDRE LA POPULATION CIBLE		
RECOMMANDATIONS	IMPORTANCE POUR AMÉLIORER LE PROGRAMME	IDENTIFIER DEUX RECOMMANDATIONS PRIORITAIRES POUR AMÉLIORER LE PROGRAMME
1. S'assurer d'offrir la formation non seulement aux intervenants du domaine psychosocial mais aussi à ceux du domaine de la santé (particulièrement aux médecins généralistes)	4,32	27
2. Inclure les spécificités de l'intervention auprès des clientèles masculines dans la formation continue des ordres professionnels (psychologues, travailleurs sociaux, etc.)	4,42	25
3. S'assurer d'offrir la formation à des intervenants qui ont déjà une expérience pertinente avec la clientèle homme	3,48	6

[1] *N = 32 répondants*

ANNEXE 4

CIBLE B : AMÉLIORER LES OBJECTIFS DU PROGRAMME		
RECOMMANDATIONS	IMPORTANCE POUR AMÉLIORER LE PROGRAMME	IDENTIFIER DEUX RECOMMANDATIONS PRIORITAIRES POUR AMÉLIORER LE PROGRAMME
1. Identifier en groupe les présupposés (préjugés) entretenus par les intervenants au sujet des clientèles masculines	3,77	11
2. S'assurer que le contenu du programme permette de mieux comprendre le rôle de la socialisation dans le développement du genre masculin et pas uniquement dans la demande d'aide	4,03	18
3. Identifier les habiletés facilitant l'intervention auprès des hommes	4,58	27

CIBLE C : AMÉLIORER LES ACTIVITÉS DU PROGRAMME		
RECOMMANDATIONS	IMPORTANCE POUR AMÉLIORER LE PROGRAMME	IDENTIFIER LA RECOMMANDATION PRIORITAIRE POUR AMÉLIORER LE PROGRAMME
1. Tenir compte du contexte social et géographique des participants à la formation afin d'assurer les adaptations nécessaires (par exemple, au contexte rural et multiculturel)	4,13	25
2. Retirer le terme cliché «traditionnel» associé aux hommes dans le programme : parler *d'hommes* et non plus *d'hommes traditionnels*	3,39	3

CIBLE D : AMÉLIORER LA FORMATION DES INTERVENANTS DANS UN TEL PROGRAMME		
RECOMMANDATIONS	IMPORTANCE POUR AMÉLIORER LE PROGRAMME	IDENTIFIER DEUX RECOMMANDATIONS PRIORITAIRES POUR AMÉLIORER LE PROGRAMME
1. Définir un profil de compétences et d'aptitudes pour les formateurs (qu'ils adhèrent à certaines valeurs de base qui demeurent à définir)	3,83	15
2. Former à la fois des hommes et des femmes à devenir des formateurs du programme; privilégier les dyades mixtes de formateurs	4,06	18
3. S'assurer que cette formation soit une formation spécialisée offerte à des intervenants qui ont des pré-requis	3,67	8
4. Offrir un suivi et une réévaluation des formateurs dans le cadre d'une formation continue	4,13	15

Auriez-vous d'autres recommandations à formuler afin d'améliorer l'implantation et la gestion d'un programme de formation à l'intervention auprès des clientèles masculines? Lesquelles?

- Il devrait y avoir différentes formations adaptées à différents types d'intervenants (organismes communautaires, centres de crise), pas seulement à des intervenants spécialisés, parce que les hommes en détresse ne vont pas toujours directement vers les intervenants spécialisés et on risque de les perdre avant qu'ils soient rendus là.

- Rendre accessible et soutenir cette formation auprès des intervenants autant au public qu'au communautaire et rejoindre tous les secteurs d'activités d'intervention, ex : justice, sécurité publique, emploi, étude, loisirs etc.

- Lorsque j'analyse des objectifs de la formation présents dans le libellé, je constate qu'ils visent à favoriser une « prise de conscience », à favoriser « la compréhension », à « identifier des habiletés ». Ces objectifs, bien qu'intéressants, ne sont pas orientés selon une approche par compétences dans l'optique d'augmenter les chances que les participants transfèrent leurs apprentissages dans le cadre de leur travail.

- Plus l'intervenant est en relation avec la clientèle homme, plus la formation est pertinente.

- Le degré de « théorie » de la masculinité doit être adapté à l'intérêt du groupe pour ce type de connaissance.
- S'assurer que ce programme est offert dans chacune des régions du Québec et constitue une priorité pour chacune des Agences.

- Encourager les intervenants qui recevront la formation à identifier les modifications à apporter à leur milieu d'intervention, afin d'adapter les services et approches du milieu.

- Le problème de certains professionnels se situe dans l'objectif poursuivi, c'est-à-dire de résoudre un problème, à la limite de casser la personne pour qu'elle perde sa mauvaise personnalité ses mauvais comportements qui à la rigueur définissent cette personne ; l'objectif poursuivi de remplir son mandat, que la personne reconnaisse son problème ; c'est trop tôt. La solution réside plutôt dans le désir de la rencontre de l'humain devant soi, le désir de connaître et d'accompagner qui résultera dans la confiance et la résolution de problèmes que la personne a et non qu'elle est ; la résolution de problèmes qu'elle peut maintenant identifier, que l'accompagnement a permis de reconnaître et de développer des pistes de solution.

- La formation des intervenants(es) doit être axée sur cette capacité d'entrer en relation, d'identifier et contrer ses préjugés, de s'engager avec empathie, de croire aux capacités de la personne et prendre le temps de la connaître, ses croyances, son mode de fonctionnement, etc. pour découvrir avec elles les pistes qui mènent vers l'estime de soi, le respect de l'autre et les solutions aux problèmes.

- Cette formation devrait être systématiquement dispensée à toutes les personnes susceptibles d'être en relation avec une clientèle masculine et même intégrée au programme de formation académique de futurs intervenants(es) afin de leur donner l'heure juste dès le début.

- Les formateurs doivent posséder un minimum d'expérience en intervention auprès des hommes et manifester un réel intérêt envers la clientèle masculine.

- Si on veut élargir la formation à différents ordres professionnels, il faut ajuster à leur « pré-acquis » et non demander des pré-requis…

Type de Programme :

II. Prévention auprés de la clientèle hommes présentant un risque suicidaire

- Objectif : Ce type de programme vise à aider les hommes en détresse à explorer/développer des moyens pour trouver des alternatives au suicide et à apaiser la souffrance reliée à la crise suicidaire actuelle.

- Logique d'action : Ce type de programme prévoit : 1) l'enrichissement des ressources personnelles des participants; 2) leur implication et leur contribution active à la vie du groupe; 3) le développement de leur connaissance de soi; et 4) ainsi prévoit la diminution de leur risque suicidaire.

- Activités : Un groupe de soutien thérapeutique (animé par deux intervenants) qui explore des thématiques variées (ex. : le désir commun des participants, ce qui les lie; le processus suicidaire et de crise; leurs perceptions, croyances et distorsions).

Veuillez indiquer dans quelle mesure vous estimez que chaque recommandation est importante à suivre afin d'améliorer l'intervention en cochant (X) la case appropriée, selon l'échelle suivante : 1 = pas important du tout; 2 = peu important; 3 = importance moyenne; 4 = important; 5 = très important. Veuillez aussi identifier deux recommandations que vous jugez prioritaires pour améliorer les quatre types de programmes en cochant (X) la ou les case(s) appropriée(s).

CIBLE A : IDENTIFIER ET ATTEINDRE LA POPULATION CIBLE		
RECOMMANDATIONS	IMPORTANCE POUR AMÉLIORER LE PROGRAMME	IDENTIFIER DEUX RECOMMANDATIONS PRIORITAIRES POUR AMÉLIORER LE PROGRAMME
1. Utiliser les réseaux disponibles dans les milieux de vie des hommes, tels les sentinelles, pour identifier et référer les clients potentiels au programme.	4,13	13
2. Entretenir un réseau de relations avec les services du milieu	4,03	9
3. Assurer un lien personnalisé entre l'homme et les services d'aide lorsque celui-ci présente des problématiques plus lourdes (dépression, bipolaire, toxicomanie)	4,48	12
4. Favoriser l'accompagnement lors de la référence	4,23	14
5. S'assurer que le programme ne soit par fondé sur le profil de l'homme stéréotypé	3,81	1
6. Adapter le programme aux milieux particuliers (rural versus urbain, par exemple) afin de mieux rejoindre des hommes différents	3,87	6

CIBLE B : AMÉLIORER LES OBJECTIFS DU PROGRAMME		
RECOMMANDATIONS	IMPORTANCE POUR AMÉLIORER LE PROGRAMME	IDENTIFIER DEUX RECOMMANDATIONS PRIORITAIRES POUR AMÉLIORER LE PROGRAMME
1. Améliorer les habilités relationnelles des participants afin qu'ils puissent mieux exprimer ce qu'ils ressentent (sur le plan verbal et non-verbal)	4,06	15
2. Aider les participants à briser leur isolement en favorisant leur ouverture aux autres, à leur milieu et leur entourage tout en soutenant leurs proches dans ce processus	4,45	19
3. S'assurer que les participants prennent l'engagement de se confier à un proche	3,90	4
4. S'assurer que les participants s'engagent à ne pas poser de geste suicidaire au cours du programme	4,17	8
5. S'assurer que les participants s'engagent à mettre en pratique les outils acquis durant leur participation au programme	4,13	11

CIBLE C : AMÉLIORER LES ACTIVITÉS DU PROGRAMME		
RECOMMANDATIONS	IMPORTANCE POUR AMÉLIORER LE PROGRAMME	IDENTIFIER DEUX RECOMMANDATIONS PRIORITAIRES POUR AMÉLIORER LE PROGRAMME
1. Bien définir les interventions et l'approche utilisée auprès des participants	3,71	4
2. Faire signer un contrat aux participants expliquant le fonctionnement du groupe, l'implication au programme, etc.	3,39	4
3. Prévoir des activités de soutien afin de préparer les participants à s'intégrer au groupe	3,74	2
4. Soutenir les hommes référés au programme dans la période d'attente avant l'intégration au programme	4,48	20
5. Assurer la présence d'une personne qui fait le lien entre le programme et les ressources de la communauté	3,94	9
6. Assurer un équilibre entre les activités psychoéducatives et l'expression du vécu émotif dans le curriculum du programme	4,07	5
7. Développer auprès des participants leur réceptivité à recevoir de l'aide	4,00	6
8. Utiliser des équipes mixtes d'animateurs (homme/femme)	3,48	2
9. Développer une approche différentielle selon la lourdeur de la problématique des participants	3,90	5

ANNEXE 4

CIBLE D : AMÉLIORER LA FORMATION DES INTERVENANTS DANS UN TEL PROGRAMME		
RECOMMANDATIONS	IMPORTANCE POUR AMÉLIORER LE PROGRAMME	IDENTIFIER DEUX RECOMMANDATIONS PRIORITAIRES POUR AMÉLIORER LE PROGRAMME
1. Inclure dans ce type de programme la formation à l'évaluation des problématiques qui augmentent le risque suicidaire	4,16	4
2. S'assurer que les intervenants comprennent bien les réalités et les dynamiques masculines	4,52	8
3. S'assurer que les intervenants soient conscients de l'importance de la communication non-verbale chez les hommes	3,97	2
4. S'assurer que les intervenants n'aient pas de points de vue extrêmes sur la situation des hommes (ex. : discours féministe; discours macho)	4,10	6
5. S'assurer que les intervenants aient une capacité d'introspection et de remise en question de leurs pratiques – s'assurer que les structures soient en place dans l'organisme pour accueillir cette introspection et ces remises en cause	4,23	7
6. S'assurer que les intervenants soient habilités et ouverts à travailler sur le transfert et le contre-transfert dans le groupe	4,07	5
7. S'assurer que les intervenants aient confiance en eux et puissent servir de modèles positifs auprès des hommes.	3,74	1
8. S'assurer que les intervenants aient les compétences nécessaires pour aborder la problématique du suicide	4,55	10
9. S'assurer que les intervenants soient capables d'aborder la honte chez les participants	4,16	1
10. S'assurer que les intervenants soient capables de composer avec la souffrance des participants	4,45	3
11. S'assurer que les intervenants soient formés en intervention de groupe	4,00	5
12. S'assurer de la formation continue des intervenants du programme sur la problématique hommes et suicide	4,23	5

CIBLE E : AUTRES RECOMMANDATIONS		
RECOMMANDATIONS	IMPORTANCE POUR AMÉLIORER LE PROGRAMME	IDENTIFIER DEUX RECOMMANDATIONS PRIORITAIRES POUR AMÉLIORER LE PROGRAMME
1. Appuyer ce type de programme et en assurer le financement adéquat	4,43	22
2. Effectuer une évaluation continue du processus et des effets ainsi que des comparaisons avec d'autres programmes similaires	4,17	12
3. Adapter le programme en fonction du milieu social et culturel dans lequel il est implanté	4,24	18

Auriez-vous d'autres recommandations à formuler afin d'améliorer l'implantation et la gestion d'un programme de prévention auprès de la clientèle hommes présentant un risque suicidaire? Lesquelles?

- Cible B4 : question délicate. Cela pourrait l'amener à s'exclure du programme et à ne pas demander d'aide si son état de désorganisation l'amène à ne pas respecter cette entente (tentative, geste para-suicidaire).

- Ce genre de programme est important, mais il serait aussi très important que les intervenants ayant acquis de l'expérience dans ce domaine la transmette aux autres intervenants qui ne sont pas spécialisés et qui sont des personnes clés pour accueillir des hommes (et des femmes) suicidaires.

- Il faut faire attention, lorsque l'on parle de la demande d'aide des hommes, de ne pas renforcer les stéréotypes qui existent déjà, et de confiner les femmes dans un autre stéréotype, surtout que l'on voit que le taux de suicide chez les filles augmente.

- Cible B, recommandation.5 : Au lieu de « viser l'engagement des participants pour qu'ils mettent en pratique les outils », devrait-on s'assurer que le programme permette aux participants de transférer les apprentissages dans leur vie quotidienne. Je crois que c'est au programme de prévoir ce transfert. Même si les participants s'engagent, si le programme n'aide pas en ce sens, il peut parfois être ardu de transférer les outils dans leur propre milieu.

- Développer et rendre accessible des outils, des recettes et des ressources que les hommes pourraient magasiner per eux mêmes dans leur recherche de leurs propres solutions.

- il faut axer le travail de prévention sur le respect de l'individualité de l'homme et lui faciliter les stratégies de contournement à trouver des solutions

- Plusieurs recommandations font déjà partie du cadre clinique de l'Accalmie et démontrent des résultats positifs, notamment l'accompagnement offert entre deux ressources durant la trajectoire d'aide.

- Il pourrait être intéressant d'aborder directement avec la clientèle l'effet perçu du sexe de l'intervenant sur la dynamique relationnelle.

- Adapter le programme en fonction du milieu social et culturel dans lequel il est implanté : tenir compte des réalités comme les hommes immigrants et les jeunes hommes.

- En milieu autochtone, s'assurer que la formation est en langue de chaque nation (Ex. : Innu, Mohawk; Inuit; Anishabe, etc.).

- Assurer le soutien aux intervenants séniors qui auront à subir des changements et à modifier leurs approches. L'embauche de nouveaux intervenants dynamisera les équipes et facilitera les changements. Assurer que les intervenants soient compétents ou aient les ressources disponibles pour être soutenu et formé pour le devenir.

- La préparation des intervenants(es) est essentielle afin de développer une approche exempte de préjugés par rapport aux hommes, tout en assurant le professionnalisme et le climat sécuritaire permettant l'établissement d'un lien de confiance essentiel à l'entreprise d'une démarche thérapeutique.

- Chaque personne est unique et représente un être humain et non un problème. Le travail des professionnels est d'entrer en relation avec la personne, avec l'humain, afin de la comprendre, qu'elle se sente accueillie et qu'elle développe l'envie de s'engager dans l'entreprise de connaissance de soi et de résolution de problème.

- Cible A - 6. Adapter le programme aux milieux particuliers – Cet objectif est important. Coté (4) dans le tableau, il ne l'est pas à 5, car il me semble que ce n'est pas tant le programme qui doive être adapté, que les intervenants(es) qui doivent avoir la curiosité d'aller à la rencontre des personnes qu'elles auront en intervention individuelle ou de groupe et qu'ils chercheront à connaître pour ainsi adapter leur intervention, leur animation aux particularités des personnes rencontrées. Par exemple ils utiliseront des métaphores associées à leurs milieux respectifs, à leurs activités courantes ou professionnelles, etc.

- Cible C - 6. Assurer un équilibre entre les activités psychoéducatives et l'expression du vécu émotif dans le curriculum du programme – En fait, il s'agit davantage d'une approche et d'une attitude des intervenants(es) qui consiste à utiliser le vécu des participants pour illustrer les éléments psychoéducatifs du programme, soit à partir de l'expression du vécu, soit après exposé théorique par partage des expériences personnelles.

- Un financement récurrent et indépendant (pas en lien avec la violence faite aux femmes).

- Des répondants formels pour développer et soutenir la mise en œuvre du programme dans les milieux.

- Une présence suffisante d'intervenants masculins qualifiés et crédibles.

- Cible B1 : Améliorer les habiletés relationnelles des participants afin qu'ils puissent mieux exprimer ce qu'ils ressentent (sur le plan verbal et non-verbal) : mais pas selon les stratégies « féminines ».

- Cible B4 : S'assurer que les participants s'engagent à ne pas poser de geste suicidaire au cours du programme : devrait être fait à chaque rencontre – pas pour tout le programme.

Type de Programme :

III. Prévention agissant auprès des tiers – constitution de réseaux sentinelles

- Objectif : Ce type de programme vise à former des sentinelles dans les milieux fréquentés par des personnes à risque de suicide (incluant les hommes).

- Logique d'action : La formation des sentinelles prévoit : 1) la sensibilisation des milieux à la problématique du suicide; 2) un meilleur dépistage et orientation des personnes à risque suicidaire vers les ressources appropriées.

- Activités : Mise en place de réseaux de partenariats entre organismes participants; formation des sentinelles; structure et soutien apporté aux sentinelles.

Veuillez indiquer dans quelle mesure vous estimez que chaque recommandation est importante à suivre afin d'améliorer l'intervention en cochant (X) la case appropriée, selon l'échelle suivante : 1 = pas important du tout; 2 = peu important; 3 = importance moyenne; 4 = important; 5 = très important. Veuillez aussi identifier deux recommandations que vous jugez prioritaires pour améliorer les quatre types de programmes en cochant (X) la ou les case(s) appropriée(s).

CIBLE A : IDENTIFIER ET ATTEINDRE LA POPULATION CIBLE		
RECOMMANDATIONS	IMPORTANCE POUR AMÉLIORER LE PROGRAMME	IDENTIFIER DEUX RECOMMANDATION PRIORITAIRE POUR AMÉLIORER LE PROGRAMME
1. Développer des indicateurs pour identifier les milieux et les groupes à risque	4,03	10
2. Mettre en place des stratégies pour identifier les groupes et milieux à risque (ex. : utilisation des données du bureau du coroner ou utiliser des indices psychosociaux relatifs au milieu cible)	4,26	21
3. S'assurer que les sentinelles travaillent en lien avec des ressources d'aide	4,71	26

CIBLE B : AMÉLIORER LES OBJECTIFS D'UN TEL PROGRAMME		
RECOMMANDATIONS	IMPORTANCE POUR AMÉLIORER LE PROGRAMME	IDENTIFIER LA RECOMMANDATIONS PRIORITAIRES POUR AMÉLIORER LE PROGRAMME
1. Assurer le relais/lien entre la personne suicidaire et les services d'aide	4,61	18
2. Mettre en place du soutien/accompagnement personnalisé à la personne suicidaire.	4,45	11

CIBLE C : AMÉLIORER LES ACTIVITÉS D'UN TEL PROGRAMME		
RECOMMANDATIONS	IMPORTANCE POUR AMÉLIORER LE PROGRAMME	IDENTIFIER DEUX RECOMMANDATIONS PRIORITAIRES POUR AMÉLIORER LE PROGRAMME
1. Créer et mettre en place un comité d'implantation et de suivi	3,94	7
2. S'assurer que les services auxquels réfèrent les sentinelles soient en place avant le lancement du programme	4,35	21
3. S'assurer que la coordination soit assumée par le CSSS	3,13	1
4. Évaluer le programme (son implantation, son processus) afin de procéder aux ajustements nécessaires	4,16	10
5. Assurer un filet de sécurité tant pour la personne suicidaire que pour la sentinelle	4,74	19

CIBLE D : AMÉLIORER LA FORMATION DES INTERVENANTS		
RECOMMANDATIONS	IMPORTANCE POUR AMÉLIORER LE PROGRAMME	IDENTIFIER DEUX RECOMMANDATIONS PRIORITAIRES POUR AMÉLIORER LE PROGRAMME
1. Assurer la compétence des formateurs	4,52	19
2. Sensibiliser les formateurs au fait que les sentinelles elles-mêmes peuvent être à risque de suicide	4,13	4
3. Offrir une formation continue aux sentinelles – ex. : deux fois par année	4,23	11
4. Exclure de la constitution du réseau de sentinelles les mineurs, les endeuillés, les personnes suicidaires ou en difficulté et les proches	3,97	9
5. Former les sentinelles à agir comme intermédiaire auprès des intervenants pour sensibiliser ces derniers au milieu d'appartenance des sentinelles	3,65	3
6. Mettre en place un programme de sentinelles spécifiquement adapté aux hommes	3,68	9

Auriez-vous d'autres recommandations à formuler afin d'améliorer l'implantation et la gestion d'un programme de prévention agissant auprés des tiers (constitution de réseaux sentinelles)? Lesquelles?

- S'assurer que la coordination s'effectue.

- S'assurer que le programme respecte les particularités de chaque milieu et des individus dans ces milieux.

- Il faudrait envisager d'autres moyens possibles à rendre accessibles pour soutenir les tiers.

- Je ne suis pas expert de la formation sentinelle, mais est-ce que la sensibilisation à la socialisation de genre de Tremblay et L'Heureux est (ou pourrait être) intégrée à la formation sentinelle ?

- Voir à une méthode incitative pour les milieux les plus à risque. Les sentinelles doivent être adéquates, motivées et engagées dans leur rôle.

- Exclure de la constitution du réseau de sentinelles les mineurs, les endeuillés, les personnes suicidaires ou en difficulté et les proches – Il me semble que c'est beaucoup de monde à exclure en bloc. Certaines études font état des risques pour certains jeunes plus vulnérables d'être exposés à des propos ou des images évoquant le suicide. De ce fait, on exclut toute forme de prévention auprès des jeunes et on empêche certains d'entre eux de développer certaines habiletés qui pourraient leur être bénéfiques et l'être pour leurs pairs aussi. Plutôt que d'exclure en bloc, il me semble qu'il y aurait lieu dans ces cas de faire des évaluations personnalisées. Il est cependant clair qu'une personne suicidaire a davantage besoin de soutien que de jouer un rôle de soutien et qu'il n'est pas approprié qu'elle joue le rôle de sentinelle.

- Former les sentinelles à agir comme intermédiaire auprès des intervenants pour sensibiliser ces derniers au milieu d'appartenance des sentinelles – Il me semble qu'il soit davantage pertinent (et ils devraient être habilités pour cela de par leur formation de base) que ce soit les intervenants(es) qui soient sensibles aux réalités des sentinelles et qui aillent chercher l'information sur le milieu d'appartenance de la sentinelle, donc de la personne qu'elle lui réfère.

- Amener les sentinelles à utiliser la ligne 1-866-APPELLE pour ne pas engorger indument le service info-social et leur assurer un accès direct spécifique à la problématique du suicide.

- Prévoir un répondant-terrain régional mandaté de coordonner la mise en œuvre, l'évaluation et le soutien des réseaux.

Type de Programme :

IV. Intervention auprès des hommes ayant fait une tentative de suicide

- Objectif : Ce type de programme vise à intervenir auprès des personnes ayant eu recours à des services hospitaliers suite à des idées suicidaires ou à une tentative de suicide en leur offrant un suivi dans la communauté après leur sortie de l'hôpital.

- Logique d'action : En intervenant auprès des personnes ayant eu recours à des services hospitaliers suite à des idées suicidaires ou à une tentative de suicide et en leur offrant un suivi dans la communauté, ce type de programme d'intervention prévoit : 1) une réduction de la récidive de tentatives de suicide, une réduction des décès; 2) une intégration plus importante de la personne suicidaire dans son réseau social et un maintien de celle-ci dans le milieu; 3) un désengorgement des urgences et une diminution de l'utilisation des lits en psychiatrie par les patients suicidaires; 4) un arrimage facilité entre les ressources et les usagers.

- Activités : 1) Offrir un soutien aux personnes suicidaires pour faire face aux problèmes psychosociaux, éviter un passage à l'acte ultérieur, proposer des solutions aux problèmes, briser leur isolement et soutenir leur réseau ; 2) Aider les hôpitaux à réduire le taux d'hospitalisation des personnes suicidaires; 3) Mettre en place une offre de service adaptée à chaque personne suicidaire et à son milieu.

Veuillez indiquer dans quelle mesure vous estimez que chaque recommandation est importante à suivre afin d'améliorer l'intervention en cochant (X) la case appropriée, selon l'échelle suivante : 1 = pas important du tout; 2 = peu important; 3 = importance moyenne; 4 = important; 5 = très important. Veuillez aussi identifier deux recommandations que vous jugez prioritaires pour améliorer les quatre types de programmes en cochant (X) la ou les case(s) appropriée(s).

CIBLE A : IDENTIFIER ET ATTEINDRE LA POPULATION CIBLE		
RECOMMANDATIONS	IMPORTANCE POUR AMÉLIORER LE PROGRAMME	IDENTIFIER DEUX RECOMMANDATIONS PRIORITAIRES POUR AMÉLIORER LE PROGRAMME
1. Après entente avec les établissements hospitaliers, s'assurer de contacter tout homme ayant fait une tentative avant sa sortie de l'hôpital	4,42	20
2. Développer des relations de confiance avec le milieu médical afin d'assurer la référence des hommes ciblés par le programme aux milieux médicaux	4,39	8
3. Proposer aux différentes ressources (CSSS; CPS; PAE; organismes communautaires; etc.) de contacter les hommes en crise suicidaire dès la détection d'idéations sérieuses	4,10	6
4. Prioriser les hommes qui ont fait une tentative de suicide et qui n'ont pas de suivi psychiatrique	4,19	12
5. Prioriser les personnes motivées à agir pour sortir de leur situation de crise	3,10	1
6. Exclure ceux qui ont des troubles sévères de personnalité (ces hommes pourront être référés à des ressources spécialisées)	2,97	1
7. Développer un programme d'intervention spécifique aux hommes et adapté aux différentes réalités masculines	3,94	8

CIBLE A : IDENTIFIER ET ATTEINDRE LA POPULATION CIBLE		
RECOMMANDATIONS	IMPORTANCE POUR AMÉLIORER LE PROGRAMME	IDENTIFIER DEUX RECOMMANDATIONS PRIORITAIRES POUR AMÉLIORER LE PROGRAMME
1. Après entente avec les établissements hospitaliers, s'assurer de contacter tout homme ayant fait une tentative avant sa sortie de l'hôpital	4,42	20
2. Développer des relations de confiance avec le milieu médical afin d'assurer la référence des hommes ciblés par le programme aux milieux médicaux	4,39	8
3. Proposer aux différentes ressources (CSSS; CPS; PAE; organismes communautaires; etc.) de contacter les hommes en crise suicidaire dès la détection d'idéations sérieuses	4,10	6
4. Prioriser les hommes qui ont fait une tentative de suicide et qui n'ont pas de suivi psychiatrique	4,19	12
5. Prioriser les personnes motivées à agir pour sortir de leur situation de crise	3,10	1
6. Exclure ceux qui ont des troubles sévères de personnalité (ces hommes pourront être référés à des ressources spécialisées)	2,97	1
7. Développer un programme d'intervention spécifique aux hommes et adapté aux différentes réalités masculines	3,94	8

CIBLE B : AMÉLIORER LES OBJECTIFS D'UN TEL PROGRAMME		
RECOMMANDATIONS	IMPORTANCE POUR AMÉLIORER LE PROGRAMME	IDENTIFIER LA RECOMMANDATION PRIORITAIRE POUR AMÉLIORER LE PROGRAMME
1. Définir les objectifs d'intervention en concertation avec les hommes qui ont fait une tentative de suicide.	4,00	23

CIBLE C : AMÉLIORER LES ACTIVITÉS D'UN TEL PROGRAMME		
RECOMMANDATIONS	IMPORTANCE POUR AMÉLIORER LE PROGRAMME	IDENTIFIER DEUX RECOMMANDATIONS PRIORITAIRES POUR AMÉLIORER LE PROGRAMME
1. Dépistage adéquat des hommes en crise suicidaire ou ayant fait une tentative de suicide	4,19	5
2. Relancer les hommes qui ne se présentent pas aux rendez-vous fixés dans le cadre du programme	4,26	12
3. S'assurer de garder une ouverture à une offre d'aide pour ceux qui ont refusé le service au moment du contact initial	4,10	5
4. Offrir une intervention intensive adaptée spécifiquement aux hommes	3,94	5
5. Procéder à une évaluation psychosociale en vue de favoriser la réintégration de l'homme dans son milieu	4,00	5
6. Faire un suivi auprès des organismes qui ont référé la personne afin d'assurer une continuité des soins	4,16	4
7. Former et informer de façon continue les différents partenaires	3,90	0
8. Harmoniser/arrimer les services entre les différents niveaux d'intervention et les ressources	4,19	5
9. Inclure des proches dans le suivi des traitements dispensés aux hommes, dans la mesure du possible tout en leur assurant un filet de sécurité	4,32	12
10. Assurer un soutien aux proches impliqués dans le suivi et le traitement de l'homme suicidaire. (fusionner avec le 9)	4,30	7

CIBLE D : AMÉLIORER LA FORMATION DES INTERVENANTS DANS UN TEL PROGRAMME		
RECOMMANDATIONS	IMPORTANCE POUR AMÉLIORER LE PROGRAMME	IDENTIFIER DEUX RECOMMANDATIONS PRIORITAIRES POUR AMÉLIORER LE PROGRAMME
1. Assurer que les intervenants des milieux psychosocial et hospitalier soient formés à l'intervention auprès des clientèles masculines	4,23	14
2. Former et soutenir les intervenants de façon continue	3,87	4
3. S'assurer que les intervenants aient une formation clinique en intervention de crise auprès d'une clientèle masculine	4,19	12
4. S'assurer que les intervenants soient proactifs dans leur approche avec les hommes et qu'ils possèdent de bonnes habiletés interpersonnelles	4,39	17
5. S'assurer que les intervenants connaissent les partenaires du milieu	4,23	9
6. Exclure des intervenants les personnes endeuillées par le suicide et celles ayant fait une tentative de suicide	3,35	1

CIBLE E : AUTRES RECOMMANDATIONS		
RECOMMANDATIONS	IMPORTANCE POUR AMÉLIORER LE PROGRAMME	IDENTIFIER LA RECOMMANDATION PRIORITAIRE POUR AMÉLIORER LE PROGRAMME
1. Offrir des services de thérapie brève	3,94	12
2. Offrir des rencontres de groupe aux hommes suivis dans le programme pour favoriser le processus de normalisation de sa situation	3,94	15

Auriez-vous d'autres recommandations à formuler afin d'améliorer l'implantation et la gestion d'un programme d'intervention auprès des hommes ayant fait une tentative de suicide? Lesquelles?

- A4 : D'après mon expérience, la majorité des hommes suicidés dans ma région avaient un suivi psychiatrique. Je ne les placerais pas en second plan.

- A5 : motivées à se suicider ou motivées à ne pas se suicider, pour sortir de la crise?

- Avant d'exclure ceux qui ont un trouble sévère de personnalité, s'assurer que le milieu ait vraiment des services adéquats à lui offrir au moment présent.

- Finalement, tout me semble bien important, c'est parfois la réalité du milieu qui va faire qu'une des recommandations prendra davantage d'importance ou encore qu'on s'adaptera à ce qui est réalisable…

- En logique d'action : 5) équiper la personne touchée et ses proches à mieux réagir vis-à-vis leurs propres difficultés.

- Cette intervention peut s'orchestrer aussi avec d'autres types d'établissement (CSSS, CR, etc.) ou organismes communautaires.

- Dans la cible B à améliorer les objectifs d'un tel programme, il faut inclure ou tenir compte du milieu ou de l'entourage de l'homme touché.

- La connaissance des partenaires par les intervenants est essentielle pour TOUT intervenant… pas seulement pour la clientèle masculine suicidaire. Je suis mitigé quant à l'exclusion des endeuillés dans le programme de prévention, une recherche approfondie de cette question serait souhaitable.

- Voir à ne pas exclure les hommes à potentiel élevé et n'ayant pas fait de tentative de suicide (mis sous garde préventive).

- Favoriser le lien médical de confiance pour les hommes.

- Délai raisonnable.

- La concertation et le réseautage sont des éléments clés de ce type de programme

- Tous les acteurs doivent être sensibilisés ou formés aux réalités masculines

- Le suivi étroit d'une personne ayant fait une tentative de suicide est primordial.

- Il ne faut pas attendre une tentative de suicide pour intervenir. Dans les faits, les ressources d'aide adaptées pour les hommes en situation de crise (sans violence) sont pratiquement inexistantes.

- Réduire l'accessibilité aux moyens n'a pas été mentionné et fait partie des actions à envisager.

- Promouvoir la demande d'aide et les services existants sur une base récurrente (en amont) demeure une initiative valable en matière de prévention.