

Sous la direction de
François Chagnon
Brian L. Mishara

Évaluation de programmes en prévention du suicide



Presses
de l'Université
du Québec

Évaluation
de programmes
en prévention
du suicide

PRESSES DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

Le Delta I, 2875, boulevard Laurier, bureau 450

Sainte-Foy (Québec) G1V 2M2

Téléphone : (418) 657-4399 • Télécopieur : (418) 657-2096

Courriel : puq@puq.ca • Internet : www.puq.ca

Distribution :

CANADA et autres pays

DISTRIBUTION DE LIVRES UNIVERS S.E.N.C.

845, rue Marie-Victorin, Saint-Nicolas (Québec) G7A 3S8

Téléphone : (418) 831-7474 / 1-800-859-7474 • Télécopieur : (418) 831-4021

FRANCE

ÉDITIONS EDK

10, villa d'Orléans, 75014 Paris, France

Téléphone : 01 53 91 06 06

Télécopieur : 01 53 91 06 07

SUISSE

SERVIDIS SA

5, rue des Chaudronniers, CH-1211 Genève 3, Suisse

Téléphone : 022 960 95 25

Télécopieur : 022 776 35 27



La *Loi sur le droit d'auteur* interdit la reproduction des œuvres sans autorisation des titulaires de droits. Or, la photocopie non autorisée – le « photocopillage » – s'est généralisée, provoquant une baisse des ventes de livres et compromettant la rédaction et la production de nouveaux ouvrages par des professionnels.

L'objet du logo apparaissant ci-contre est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit le développement massif du « photocopillage ».

Sous la direction de
François Chagnon
et Brian L. Mishara

Évaluation de programmes en prévention du suicide



2004



Presses de l'Université du Québec
Le Delta I, 2875, boul. Laurier, bur. 450
Sainte-Foy (Québec) Canada G1V 2M2

Catalogage avant publication de la Bibliothèque nationale du Canada

Vedette principale au titre :

Évaluation de programmes en prévention du suicide

Comprend des réf. bibliogr.

ISBN 2-7605-1282-7

1. Suicide – Prévention. 2. Évaluation de programme. 3. Santé mentale, Services de – Évaluation. 4. Comportement suicidaire – Facteurs de risque. 5. Suicide – Québec (Province) – Prévention. I. Chagnon, François, 1957- II. Mishara, Brian L.

HV6545.E92 2004

362.287

C2004-940268-4

Nous reconnaissons l'aide financière du gouvernement du Canada par l'entremise du Programme d'aide au développement de l'industrie de l'édition (PADIÉ) pour nos activités d'édition.

Révision linguistique : MONELLE GÉLINAS

Mise en pages : PRESSES DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

Couverture : RICHARD HODGSON

1 2 3 4 5 6 7 8 9 PUQ 2004 9 8 7 6 5 4 3 2 1

Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation réservés

© 2004 Presses de l'Université du Québec

Dépôt légal – 2^e trimestre 2004

Bibliothèque nationale du Québec / Bibliothèque nationale du Canada

Imprimé au Canada

Table des matières

INTRODUCTION

Les défis en évaluation des actions de prévention du suicide	1
<i>Brian L. Mishara et François Chagnon</i>	

CHAPITRE 1

La recherche évaluative et la prévention du suicide au Québec : historique et état de la situation	7
<i>François Chagnon</i>	

1.1. La recherche sociale et l'évaluation des programmes :	
les influences américaines	8
1.1.1. L'évolution de l'évaluation de programmes au Québec	9
1.2. Survol des principales approches	
en évaluation de programmes	10
1.2.1. L'approche expérimentale ou centrée sur les effets	11
1.2.2. Les approches axées sur les processus et la théorie du programme	12

1.2.3. L'approche orientée vers les utilisateurs	13
1.3. L'évaluation des programmes en suicidologie au Québec	14
Conclusion	19
Annexe 1.1. – Liste des programmes recensés	20
Bibliographies	21
 CHAPITRE 2	
L'importance de l'évaluation fondée sur la théorie en suicidologie	23
<i>Marc Daigle</i>	
2.1. Quelques repères conceptuels	24
2.2. L'évaluation centrée sur la théorie	28
2.3. Les avantages en suicidologie	32
2.4. Exemple d'application en suicidologie	34
Conclusion	38
Bibliographie	39
 CHAPITRE 3	
Les indicateurs en prévention du suicide: proposition d'un cadre conceptuel pour le XXI^e siècle	41
<i>Jean-Jacques Breton</i>	
3.1. Les critères scientifiques des indicateurs en santé publique	43
3.2. Le cadre conceptuel du XX ^e siècle	45
3.3. Les implications pour les indicateurs	48
3.3.1. L'indicateur de mortalité	48
3.3.2. Les indicateurs de morbidité	50
3.3.3. Les indicateurs de signes de risque et de protection	51
3.4. Un cadre conceptuel pour le XXI ^e siècle	52
3.5. Les implications pour les indicateurs	58
3.5.1. Les indicateurs de mortalité et de morbidité	58
3.5.2. Les indicateurs de signes de risque et de protection	58
3.5.3. Les indicateurs de signes de pronostic	59
Conclusion	59
Bibliographie	59
 CHAPITRE 4	
L'épidémiologie évaluative: les limites en suicidologie	65
<i>Françoise Facy et Michel Debout</i>	
4.1. L'épidémiologie et l'évaluation en santé publique	66
4.2. La place du suicide dans la santé publique	68
4.2.1. La part du suicide dans la mortalité générale	69
4.2.2. Les tendances évolutives	70
4.2.3. La comparaison avec les autres pays	70

4.2.4.	La géographie du suicide	71
4.2.5.	Le mode de suicide	71
4.2.6.	La comorbidité	72
4.3.	La politique de santé publique et les limites de l'évaluation ...	73
4.3.1.	La stratégie nationale	73
4.3.2.	La sous-estimation de la mortalité et la méconnaissance de la morbidité précédant la mortalité	74
4.4.	La recherche sur les suicides et les morts violentes dans la Loire	75
4.4.1.	Les causes de décès de l'échantillon analysé	77
4.4.2.	Comparaison du groupe des suicidés aux autres morts violentes	77
4.5.	Discussion	81
	Conclusion	81
	Bibliographie	82
 CHAPITRE 5		
	Les questions éthiques et l'évaluation de programmes en suicidologie	83
	<i>Brian L. Mishara</i>	
5.1.	Le rôle et le choix de l'évaluateur	84
5.2.	Déterminer les vrais objectifs de l'évaluation	85
5.3.	Le choix d'un devis d'évaluation	85
5.4.	Le choix des participants	88
5.4.1.	Le consentement éclairé	88
5.4.2.	La confidentialité et le secret	90
5.5.	L'interprétation et la diffusion des résultats	91
5.6.	L'entente d'évaluation	92
5.7.	Les principes permettant de régler les conflits d'éthique	93
 CHAPITRE 6		
	L'audit clinique appliqué à la prise en charge hospitalière des jeunes suicidants : bilan d'une expérience	95
	<i>Roland Bouet</i>	
6.1.	L'audit clinique	96
6.1.1.	L'audit clinique et la prise en charge hospitalière des suicidants	97
6.2.	La méthode	98
6.2.1.	Le contexte de réalisation de l'audit	98
6.2.2.	Les critères	99
6.2.3.	La procédure	99
6.3.	Les résultats du premier tour de l'audit	102
6.3.1.	Élaboration des actions d'amélioration	104

6.3.2. Commentaires	105
6.4. Les résultats du deuxième tour de l'audit	106
6.5. La généralisation de l'audit	109
Conclusion et recommandations	112
Annexe 6.1. - Grille d'analyse des résultats	114

CHAPITRE 7

L'audit clinique : une expérience québécoise	115
<i>Johanne Renaud, Alain Lesage, Johanne Boivin, Christian Legendre, Patricia Garel, Annick Bernier et Claude Marquette</i>	
7.1. Le milieu d'étude	116
7.2. Les résultats de l'étude pilote	117
7.3. Les jeunes hospitalisés	119
7.4. Les critères étant le plus souvent remplis	119
7.5. Les critères étant le plus souvent non remplis	122
7.6. La diffusion des résultats	123
7.7. Comparaison des résultats de l'audit français et de l'audit québécois	123
7.8. Réflexion sur les façons d'améliorer les critères de l'audit clinique au Québec	124

CHAPITRE 8

L'évaluation des formations en intervention sur le suicide : concepts, mesures et enjeux	127
<i>Isabelle Marcoux</i>	
8.1. L'approche par compétences comme modèle théorique de l'évaluation des formations	128
8.1.1. L'origine de l'approche par compétences	128
8.1.2. Qu'est-ce qu'une compétence?	129
8.1.3. Le modèle tripartite de la compétence	129
8.1.4. Les types d'évaluation des formations complémentaires ...	132
8.2. Les méthodes d'évaluation des compétences	135
8.2.1. La procédure d'observation <i>in vivo</i>	136
8.2.2. La simulation	136
8.2.3. Les tests objectifs (papier-crayon)	138
8.2.4. L'auto-évaluation	138
8.3. Les différents enjeux de l'évaluation des formations en intervention sur le suicide	141
8.3.1. Quelques enjeux théoriques	141
8.3.2. Quelques enjeux méthodologiques	141
8.3.3. Quelques enjeux pratiques	146
Bibliographie	148

CHAPITRE 9

L'évaluation de l'implantation de la <i>Stratégie québécoise d'action face au suicide</i> : résultats préliminaires	151
<i>Nelson Potvin</i>	
9.1. Le cadre d'évaluation	152
9.2. La démarche d'évaluation : les différentes composantes de la <i>Stratégie québécoise d'action face au suicide</i>	153
9.2.1. Le modèle d'évaluation	153
9.2.2. L'objectif de la démarche d'évaluation	154
9.2.3. Le questionnement évaluatif	154
9.2.4. L'outil d'évaluation	155
9.2.5. Les interlocuteurs consultés	155
9.2.6. La forme des rencontres et leur déroulement	156
9.3. Les limites et les avantages de la démarche	157
9.4. Les premiers résultats de l'évaluation	157
9.4.1. Le contexte et les orientations	157
9.4.2. Le partenariat	158
9.4.3. L'organisation des services	158
9.4.4. La gamme de services	159
9.4.5. Le soutien clinique et la formation des intervenants	160
9.4.6. L'intervention auprès des groupes à risque	161
9.4.7. La promotion et la prévention auprès des jeunes	162
9.4.8. La réduction de l'accès aux moyens	162
9.4.9. La banalisation et la dramatisation du suicide	163
9.4.10. Le monitoring, la recherche et l'évaluation	164
9.5. Discussion	164
Conclusion	165

CHAPITRE 10

L'avenir de l'évaluation de programmes en prévention du suicide	167
<i>François Chagnon et Brian L. Mishara</i>	
10.1. L'évaluation de programmes : vers un rapprochement entre la recherche et la pratique ?	168
10.2. L'approche fondée sur la théorie du programme et le cadre théorique du suicide	169
10.3. Les indicateurs du suicide et les mesures	170
10.4. Les choix éthiques pour l'avenir	171
10.5. L'évaluation de programmes : volonté politique, données probantes et valeurs	172
Notices biographiques	175

Introduction

LES DÉFIS EN ÉVALUATION DES ACTIONS DE PRÉVENTION DU SUICIDE

Brian L. Mishara • François Chagnon

Pourquoi un livre sur l'évaluation des actions en prévention du suicide ? Ne serait-il pas plus simple d'appliquer les connaissances actuelles en évaluation de programmes en général plutôt que de rédiger un livre spécifique sur l'évaluation en suicidologie ? Le suicide est différent des autres problèmes et il est important d'être conscient de cette spécificité lors de l'évaluation des programmes en suicidologie. Ce livre est le premier ouvrage à traiter des différentes questions liées à l'évaluation de programmes en prévention du suicide. Il apporte des solutions pour choisir des indicateurs valables et des méthodes de recherche adaptées à la problématique du suicide.

Le suicide est un des rares problèmes de santé des populations à travers le monde où les victimes initient volontairement les comportements menant à leur mort. Selon l'Organisation mondiale de la santé (2002), il y a plus de décès par suicide annuellement à travers le monde, soit près d'un million de morts par suicide, que de décès par guerre et acte de terrorisme confondus. Le suicide existe depuis toujours. On trouve des histoires de personnes suicidaires et décédées par suicide dans les premiers écrits des

êtres humains inscrits sur des tablettes d'argile et des papyrus. Il n'y a pas de pays au monde sans suicide. Les chercheurs en suicidologie s'entendent sur le fait que le suicide est multidéterminé et que les motivations qui mènent à ce comportement sont très diverses. Malgré le fait que certains facteurs de risque, par exemple les troubles mentaux, soient fortement associés aux suicides, il n'y a pas de cause unique qui y conduit. Les personnes se suicident pour des raisons très différentes et le suicide prend un sens particulier selon les personnes et les sociétés. Lorsque l'on considère la longue histoire du suicide dans toutes les cultures et à toutes les époques, on peut se demander s'il est possible de faire de la prévention du suicide et si l'on peut espérer que des évaluations concluent que les actions de prévention et d'intervention ont des effets bénéfiques. La complexité de la problématique du suicide, son importance et sa spécificité justifient que l'on examine en profondeur les défis que pose ce champ d'application pour l'évaluation des programmes.

Bien que ses conséquences soient très souvent désastreuses pour l'entourage de la victime et sa communauté, le décès par suicide demeure un événement rare d'où l'importance du défi qu'il représente pour l'évaluation des actions de prévention. Ainsi, de vingt à trente décès par cent mille habitants par année dans une population donnée est considéré comme un taux « élevé » de suicide. De plus, la grande majorité des personnes qui présentent des caractéristiques associées au risque suicidaire ne se suicideront jamais ou ne feront même pas une tentative de suicide. Même les personnes souffrant de problèmes de santé mentale (liés au risque élevé de suicide) ont un risque relativement faible de mourir par suicide. Les études suggèrent qu'environ 3,4 % des personnes ayant reçu un diagnostic de dépression majeure, principalement des hommes, décéderont par suicide (Blair-West, Cantor, Mellsoy et Eyeson-Annan, 1999). En raison de la rareté des cas de suicide, il est difficile de prédire qui, parmi toutes les personnes présentant des facteurs de risque, va éventuellement se tuer. À cause de cette rareté, les évaluations des interventions doivent se faire à une grande échelle pour montrer les effets de diminution des taux de suicide dans une population donnée. Les évaluateurs¹ de programmes doivent soit utiliser de très grands échantillons pour effectuer des recherches évaluatives, soit développer d'autres méthodes pour répondre aux défis posés par ces constats épidémiologiques. Bien qu'il soit possible d'identifier les sous-populations à très haut risque de suicide pour estimer les effets des programmes, cette stratégie se révèle peu profitable pour comprendre la prévention dans la population générale, à moins de pouvoir justifier la généralisation des résultats obtenus aux populations qui ne présentent pas

1. Dans cet ouvrage, les auteurs utilisent les mots évaluateur ou évaluteur de programmes pour désigner la personne responsable de l'évaluation de programmes en prévention du suicide.

autant de risque de décès par suicide. Une autre approche serait de ne pas utiliser les taux de décès comme indicateurs distaux et de centrer davantage les évaluations sur les variables intermédiaires et les processus d'intervention, afin de lier cette chaîne d'effets plus proximaux aux théories sous-jacentes à l'intervention. Ce livre traite des différentes façons de déterminer des indicateurs valables des effets des actions en prévention du suicide et il aborde des questions méthodologiques spécifiques à la problématique du suicide.

Nous avons déjà mentionné que le suicide est multidéterminé. Un décès par suicide est le résultat d'une conjonction de facteurs de risque contrebalancée par des facteurs de protection. Cette conjonction de facteurs de risque implique des événements déclencheurs et nécessite la disponibilité de moyens «convenables» pour les victimes. Le suicide se produit souvent dans un contexte où la surveillance, l'entraide et les interventions nécessaires à sa prévention ne sont pas suffisamment disponibles et les solutions aux problèmes apparaissent inexistantes.

Presque toutes les actions en prévention du suicide ont lieu dans un système ouvert. Les êtres humains potentiellement suicidaires vivent dans une société où ils interagissent continuellement avec des individus et des organismes. Ils sont constamment exposés aux messages culturels véhiculés par les médias et la société dans laquelle ils vivent. Les interventions ne sont donc jamais les seuls facteurs pouvant influencer le potentiel suicidaire d'un individu. Les personnes qui appellent un centre de prévention du suicide, qui consultent un thérapeute pour leurs problèmes, qui prennent des médicaments prescrits pour traiter leurs difficultés de santé mentale ou qui participent à un programme intensif de traitement sont toutes exposées à des expériences qui peuvent augmenter ou diminuer le risque suicidaire. Elles côtoient des amis, des membres de leur famille, naviguent sur Internet (où l'on trouve des sites qui incitent les gens au suicide et d'autres qui offrent des conseils et de l'aide aux personnes suicidaires). Généralement très efficaces, les interventions peuvent être influencées négativement ou positivement par ces expériences. Des variables inattendues peuvent toujours influencer les résultats. Les évaluateurs doivent donc départager les effets provoqués par les actions qu'ils sont en train d'évaluer des autres expériences de vie des participants afin de distinguer les effets plus globaux des interventions sur le bien-être des individus des effets spécifiques liés au risque suicidaire.

Pour contourner les difficultés d'évaluation des effets de la prévention du suicide, de nombreux évaluateurs se concentrent sur les indicateurs de qualité des programmes et l'appréciation des actions par les clients ou les professionnels plutôt que sur les effets. Cependant, il reste à déterminer jusqu'à quel point ces indicateurs sont représentatifs des effets escomptés. De la même façon, on s'intéresse de plus en plus aux théories de prévention et d'intervention implicites ou invoquées pour justifier une approche

particulière en prévention du suicide. Encore une fois cependant, l'importance d'une bonne théorie est sujette à débat puisque, jusqu'à maintenant, nous n'avons pas prouvé l'utilité des théories malgré un bon argumentaire justifiant certaines approches.

L'évaluation des effets, particulièrement sur les taux de suicide et de tentatives de suicide, pose d'autres défis importants. Ces effets sont souvent impossibles à déterminer en raison de la rareté des événements suicidaires et de la difficulté de différencier les effets des actions préventives de ceux d'autres variables en jeu dans la vie des participants. Diverses approches créatives en évaluation ont tenté de tenir compte de ces problèmes. Il est certain que les avancées de la recherche en évaluation dans d'autres problématiques concourent au développement de méthodes d'évaluation en suicidologie. Cependant, confrontés aux difficultés spécifiques de la problématique du suicide, les chercheurs ont dû développer des méthodes sophistiquées pour bien comprendre le processus et les effets des actions de prévention. Les expériences en évaluation dans le domaine de la suicidologie pourront donc se révéler pertinentes pour toute personne s'intéressant à la problématique de l'évaluation en général.

Les défis déontologiques et pratiques en recherche constituent un autre problème en évaluation des pratiques de prévention du suicide. L'objet de l'étude, à savoir la mort des êtres humains, est si désastreux et le risque d'augmenter le nombre de décès par des devis de recherche est souvent considéré comme si élevé que plusieurs méthodologies de recherche suivies dans des problématiques moins « graves » ne sont pas jugées acceptables en recherche évaluative sur le suicide. Notamment, le recours à l'utilisation de groupes témoins est souvent difficile, sinon impossible.

Ce livre traite de façon détaillée ces questions éthiques que soulève l'évaluation en prévention du suicide. Dans le premier chapitre, François Chagnon trace d'abord l'historique de l'évaluation de programmes en Amérique du Nord et dresse un bilan des principales approches théoriques en ce domaine. Il propose ensuite un portrait critique de la situation de l'évaluation des programmes en prévention du suicide au Québec. Dans le deuxième chapitre, Marc Daigle insiste sur l'importance d'appuyer l'évaluation sur la théorie du programme et montre, par des exemples concrets, les avantages à suivre cette approche dans l'évaluation des actions en prévention du suicide.

Le choix des bons indicateurs pour évaluer les programmes de prévention du suicide pose un défi particulier. Dans le troisième chapitre, Jean-Jacques Breton étudie cette question et montre que le choix des indicateurs est tributaire en grande partie du cadre théorique adopté au cours de l'évaluation. Dans le quatrième chapitre, Françoise Facy et Michel Debout décrivent les avantages, les défis et les limites de l'approche épidémiologique appliquée à l'évaluation des programmes en suicidologie. Par-delà

ces importants aspects méthodologiques et pratiques, l'évaluation de programmes dans le domaine de la suicidologie soulève aussi des questions éthiques et déontologiques; dans le cinquième chapitre, Brian Mishara les présente de façon nuancée en s'appuyant sur de nombreux exemples.

Les quatre chapitres suivants montrent comment l'évaluation de programmes peut s'appliquer à des situations particulières en suicidologie. Les chapitres 6 et 7 traitent de l'audit clinique comme processus d'évaluation dans deux contextes d'intervention préventive du suicide. Dans le chapitre 6, Roland Bouet expose les objectifs et le déroulement de l'audit clinique. Il décrit son application dans des hôpitaux confrontés à la prise en charge hospitalière de jeunes suicidants en France. Dans le chapitre 7, Johanne Renaud et ses collègues décrivent et discutent de l'application de l'audit clinique, cette fois dans des hôpitaux du Québec. Les auteurs comparent leurs résultats à ceux de leur collègue français.

La formation des intervenants au dépistage et à l'intervention auprès des personnes suicidaires est un élément déterminant de la prévention du suicide. Peu de recherches cependant ont évalué les effets de telles formations. Dans le huitième chapitre, Isabelle Marcoux s'intéresse à cette question et situe le cadre théorique et les défis de l'évaluation en ce domaine. Elle expose les avantages et les limites des différentes approches ainsi que les mesures spécifiques à l'évaluation des formations.

Dans un contexte plus large, Nelson Potvin décrit dans le chapitre 9 le processus d'évaluation de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide*. L'auteur discute de l'approche privilégiée pour évaluer l'application de la stratégie dans un nombre important d'organismes de différents domaines. Il justifie les stratégies retenues pour procéder à l'évaluation et présente les objectifs, les avantages et les limites de cette approche.

En conclusion, François Chagnon et Brian Mishara consacrent le chapitre 10 à l'avenir de l'évaluation de programmes en prévention du suicide. Les auteurs rappellent les constats de cet ouvrage pour définir les principaux défis ainsi que les questions prioritaires à étudier pour le développement de l'évaluation des programmes en suicidologie.

Bibliographie

- Blair-West, G.W., C.H. Cantor, G.W. Mellso et M.L. Eysen-Annan (1999). « Lifetime Suicide Risk in Major Depression: Sex and Age Determinants », *Journal of Affective Disorders*, 55, p. 171-178.
- Organisation mondiale de la santé (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Genève, Organisation mondiale de la santé.

LA RECHERCHE ÉVALUATIVE ET LA PRÉVENTION DU SUICIDE AU QUÉBEC

Historique et état de la situation

François Chagnon

Au cours des deux dernières décennies, le Québec a connu une croissance importante de la recherche évaluative dans le domaine de la santé et des services sociaux. Ce dynamisme influence le champ de la prévention du suicide où l'on observe un maillage de plus en plus étroit entre la recherche évaluative et l'intervention ainsi qu'une augmentation marquée du nombre de programmes évalués en prévention du suicide. Toutefois, ce rapprochement entre chercheurs et intervenants concernés par la prévention du suicide a-t-il vraiment transformé les pratiques en matière de planification et d'évaluation des programmes en prévention du suicide? Quels enseignements peut-on tirer de ce nouveau partenariat dans ce domaine?

Dans ce chapitre, nous traçons un portrait de la situation de la recherche évaluative sur le suicide au Québec. Dans l'introduction, nous proposons un bref historique de l'approche évaluative et rappelons les principaux éléments qui ont ponctué son évolution au Québec. Dans la deuxième partie, nous présentons une typologie des grands courants en évaluation de programme et établissons les principaux liens entre ces

approches et la prévention du suicide. Dans la troisième partie, nous dressons un état de la situation de l'évaluation des programmes en prévention du suicide au Québec. Enfin, dans la conclusion, nous dégagons les constats généraux de la recherche évaluative en prévention du suicide, avant de cibler les principaux défis à relever et les perspectives de recherche à explorer.

1.1. La recherche sociale et l'évaluation des programmes : les influences américaines

L'évaluation de programmes dans le domaine des sciences sociales au Québec a été, et est encore, fortement influencée par les programmes sociaux et de recherche évaluative développés aux États-Unis. Historiquement, il faut se reporter à la période de prospérité qui a suivi la Seconde Guerre mondiale en Amérique du Nord pour trouver les origines de ce courant. C'est dans ce contexte que la lutte contre la pauvreté, initiée sous l'administration Kennedy et poursuivie sous celle du président Johnson, a stimulé la mise en place de programmes sociaux et éducatifs ainsi que l'investissement massif de fonds pour contrer les effets négatifs de la pauvreté (Rossi, Freeman et Lipsey, 1999). Shadish, Cook et Leviton (1995) rapportent qu'à la fin des années 1960, les pressions pour vérifier les résultats de ces programmes sont telles qu'elles excèdent la disponibilité des personnes possédant les compétences nécessaires pour le faire. Les effets très mitigés de ces programmes ont incité les administrateurs à exiger que les résultats de telles initiatives soient jugés et qu'on dégage les ressources nécessaires pour y parvenir. Cela aura notamment pour effet de stimuler le développement de la recherche évaluative. Au cours des années 1970, la recherche évaluative se distingue comme une spécialité des sciences sociales. On assiste alors à l'apparition d'une variété de manuels d'évaluation, notamment le périodique *Evaluation Review* qui fait figure de référence dans le domaine (Rossi *et al.*, 1999). À cette époque, la recherche évaluative s'appuie surtout sur des approches expérimentales et quasi expérimentales qui cherchent à établir un lien de causalité entre le programme et ses effets (Shadish *et al.*, 1995).

Durant les années 1980, sous la gouverne des administrations républicaines des présidents Reagan et Bush, la lutte contre le déficit s'est traduite par des restrictions financières dans les programmes sociaux. Ces gouvernements ont influencé le courant de l'approche évaluative en lui demandant de démontrer le bien-fondé et la pertinence des programmes. L'évaluation devient alors une exigence pour le financement des programmes sociaux. Cette exigence, récurrente au cours de la décennie suivante, aura pour effet d'influencer les valeurs dans le domaine des programmes sociaux qui se doivent dès lors d'être fondés sur de meilleures preuves et de faire la démonstration de leur efficience.

En contrepartie à ce courant dominant de rationalité et d'efficacité, on voit émerger des approches alternatives qui se soucient des processus liés aux programmes et à l'atteinte de leurs objectifs plutôt qu'à la simple démonstration de leurs effets (Rossi *et al.*, 1999). Ces approches privilégient nettement les valeurs et l'intérêt des individus et des groupes touchés par les problématiques ciblées par les programmes. Ce nouveau courant se caractérise par un paradigme théorique pluraliste dans lequel s'intègrent les données quantitatives et qualitatives et se multiplient les sources d'observation (Guba et Lincoln, 1989).

Ces changements ont influencé de manière significative l'évolution de la recherche évaluative au Québec. Dans la section qui suit, nous proposons un tour d'horizon de l'évolution de nos pratiques et rappelons les éléments contextuels qui ont orienté l'évaluation de programmes.

1.1.1. L'évolution de l'évaluation de programmes au Québec

Au Québec, au cours des dernières décennies, les changements politiques qui ont marqué le secteur social ont aussi influencé le développement des programmes sociaux. Ainsi, la transformation du rôle de l'État dans la dispensation des services sociaux et de santé – ce que certains ont nommé la fin de l'État-providence – coïncide avec la fin de la forte croissance économique observée au cours des années 1960. Cette transformation a privilégié une philosophie nettement plus orientée vers la démonstration de l'efficacité des programmes sociaux (Ouellette et Lampron, 1987). Cette nouvelle orientation a commandé l'adoption de nombreuses réformes dans les programmes de santé et de services sociaux qui se sont traduites par des coupures financières importantes. Avec des ressources financières plus limitées, les administrateurs se sont vus obligés de justifier la pertinence de nouveaux programmes, ce qui a entraîné la nécessité de mieux démontrer le bien-fondé des actions et évidemment leur efficacité.

Cette situation n'est pas unique au Québec, elle s'observe aussi ailleurs au Canada ainsi qu'aux États-Unis, où l'accès aux ressources financières nécessaires à la mise en place des programmes sociaux et de santé est étroitement lié à leur évaluation. L'un des effets positifs de cette situation est qu'elle aura contribué, au cours des années 1990, à l'émergence de partenariats entre chercheurs et organismes promoteurs de programmes pour satisfaire aux exigences de l'évaluation. Au Québec, la création de ces partenariats a aussi été motivée par le changement des critères d'admission des programmes de subventions, notamment au Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) et au pays. L'accès à la plupart des programmes de financement de recherche sociale au Québec est aujourd'hui conditionnel à l'établissement de ces partenariats.

Parallèlement à ces transformations économiques et politiques, il faut aussi tenir compte de la mise sur pied d'organismes communautaires au Québec, laquelle a été fortement inspirée par le courant américain de l'approche communautaire en santé mentale et coïncide avec un certain retrait de l'État dans la dispensation des services sociaux et de santé au Québec (Ouellette et Lampron, 1987). Dans le domaine de la prévention du suicide, la formation de centres de prévention est un exemple probant du développement des organismes communautaires puisqu'il existe maintenant un centre de prévention du suicide dans chaque région du Québec. Ces organismes assurent aujourd'hui une très grande partie des services de première ligne en prévention du suicide.

Les pressions pour évaluer les programmes et le rapprochement entre les chercheurs et les activités du terrain, bien qu'obligés en partie par des motifs économiques, auront par ailleurs été particulièrement fertiles sur le plan théorique. En effet, les chercheurs ont transformé leurs méthodes pour les adapter aux contraintes et aux besoins des différents acteurs touchés par le développement des programmes. On assiste au cours des années 1980 et 1990 à l'émergence de nouvelles approches évaluatives qui favorisent l'analyse des processus (Rossi *et al.*, 1999), l'utilisation maximale des résultats aux différentes phases du programme (Patton, 1988), la théorisation du programme (Chen et Rossi, 1980; Chen, 1990), la participation des différents acteurs touchés par le programme à ses différentes phases de développement (Weiss, 1983) et enfin l'appropriation du programme par ces groupes et leur communauté (Guba et Lincoln, 1989).

Ces développements, nous le verrons, ont fortement marqué l'évolution de l'évaluation des programmes dans le domaine de la prévention du suicide au Québec. Pour faire état de la situation de l'évaluation des programmes dans le domaine de la prévention du suicide, nous décrirons brièvement dans la section suivante, les grands courants théoriques en évaluation de programmes. Cet exercice nous permettra de discuter de la situation au Québec et des questions que soulève le développement de programmes en suicidologie.

1.2. Survol des principales approches en évaluation de programmes

Selon leur orientation, on peut associer les principaux courants en évaluation de programmes à trois grandes écoles (Desrosiers *et al.*, 1998) : l'approche expérimentale ou centrée sur les effets, les approches axées sur les processus et la théorie du programme et l'approche orientée vers les utilisateurs. Chacune de ces approches a des objectifs propres et résulte d'une orientation théorique particulière.

1.2.1. L'approche expérimentale ou centrée sur les effets

Les premières applications des méthodes de recherche sociale à l'évaluation de programmes s'inspirent essentiellement de l'approche expérimentale classique. Cette approche a largement dominé les débuts de l'évaluation de programmes et visait principalement à vérifier la relation causale entre l'intervention prônée par le programme (la variable indépendante) et les résultats observés (la variable dépendante) en contrôlant les variables pouvant porter atteinte à la validité interne de la recherche. Ses principales caractéristiques sont : la neutralité du chercheur par rapport à l'expérimentation et aux participants, la comparaison entre des participants recevant l'intervention (les cas) et des participants présentant des caractéristiques comparables mais non exposés à l'intervention (les témoins) et le fait d'assigner aléatoirement les participants dans le groupe d'expérimentation et le groupe témoin. Lorsqu'il est impossible d'assigner au hasard les participants dans l'un ou l'autre des groupes, les participants exposés à l'intervention sont comparés à des sujets présentant des caractéristiques comparables en plusieurs points. L'approche expérimentale demeure en théorie la plus puissante pour inférer une relation causale entre l'intervention proposée par le programme et les effets qu'il produit chez les sujets. Aujourd'hui encore, elle occupe une large part du champ de l'évaluation de programmes en suicidologie. Son application au domaine des programmes sociaux a cependant rapidement rencontré des obstacles sur le terrain et elle s'est révélée en plusieurs points insatisfaisante, eu égard aux attentes des personnes concernées par le programme.

D'une part, plusieurs l'ont qualifiée de « boîte noire » (Shadish *et al.*, 1995) puisque, bien qu'elle permette de vérifier si les résultats observés sont causés par le programme en éliminant les obstacles à la validité, elle se montre somme toute peu utile pour comprendre les processus et les mécanismes en jeu dans ces effets. Or, les programmes visant à intervenir sur les problématiques sociales doivent composer avec les réalités du terrain et exercent peu de contrôle sur plusieurs facettes pouvant affecter leur intervention (ressources humaines ou financières, changements politiques et organisationnels, caractéristiques changeantes des participants et autres). Vu ces nombreux facteurs de changement, les interventions prescrites par les programmes doivent pouvoir être rapidement modifiées pour s'adapter aux contraintes de leur environnement interne et externe. En ce sens, les personnes visées par le programme attendent de l'évaluation qu'elle puisse les informer non seulement de l'efficacité de leur action pour ce qui est des résultats, mais aussi des éléments à l'œuvre dans la production de ces effets et des correctifs susceptibles d'améliorer le programme. L'évaluation récente de la Semaine québécoise de prévention du suicide est une bonne illustration de cela (Daigle *et al.*, 2002). En effet, l'évaluation établit que la campagne médiatique n'a pas entraîné de diminution des taux de suicide au Québec.

Cette stricte conclusion peut inciter à mettre fin à une telle initiative. Avant de décider de poursuivre ou non ces campagnes médiatiques, les promoteurs du projet disposaient toutefois, grâce à la méthode d'évaluation utilisée, d'informations déterminantes susceptibles d'améliorer leur campagne (notamment sur l'intensité des moyens et les ressources nécessaires pour le succès de leur initiative).

D'autre part, l'application de l'approche expérimentale aux programmes sociaux rencontre un autre obstacle majeur dans les contraintes liées à la comparaison de sujets exposés à l'intervention et de sujets témoins. L'assignation aléatoire de sujets à l'exposition au programme ou au groupe témoin est très difficilement réalisable dans le domaine des problématiques sociales, et ce, en grande partie pour des raisons éthiques. À titre d'exemple, il serait inacceptable sur le plan éthique de priver des personnes suicidaires d'une intervention pour former un groupe de comparaison. Il est souvent difficile de soumettre ces sujets à une intervention dont les bénéfices anticipés sont comparables à ceux espérés dans la condition d'expérimentation.

Enfin, pour ce qui est de la collaboration entre professionnels et chercheurs, la neutralité des scientifiques à l'égard de l'objet d'étude, préconisée par l'approche expérimentale, va à contre-courant de l'évolution des pratiques dans le domaine des programmes sociaux et communautaires où l'on assiste à un partenariat de plus en plus étroit entre la pratique et la recherche. Comme dans des programmes visant d'autres problématiques sociales, les personnes intéressées par le développement de programmes de prévention du suicide, notamment dans le milieu communautaire, doivent composer avec des ressources souvent très réduites qui obligent les chercheurs à se rapprocher du contexte d'implantation des programmes afin de proposer des méthodes d'évaluation qui soient à la fois valides scientifiquement et vraisemblables aux yeux des utilisateurs.

1.2.2. Les approches axées sur les processus et la théorie du programme

Au cours des années 1980, le rapprochement des chercheurs et des autres personnes intéressées par le développement des programmes favorise l'émergence de nouvelles approches théoriques visant à apporter une réponse plus adaptée aux exigences de l'évaluation des programmes de santé et de services sociaux. Ces nouvelles approches se démarquent du courant expérimental classique notamment parce qu'elles accordent plus d'importance aux processus et aux éléments pouvant affecter l'implantation du programme et ses effets (Herman, 1987; Rossi *et al.*, 1999). Ce deuxième type d'approche se distingue du premier courant, car non seulement il s'intéresse aux effets positifs ou négatifs du programme, mais il cherche aussi à comprendre les mécanismes en cause dans ces effets. Il étudie la

logique entre les causes du problème, les objectifs du programme, ses moyens d'action, son contexte d'implantation et ses effets à court, moyen et long terme, soit la théorie du programme (Chen, 1990). Ce deuxième courant en évaluation semble a priori plus adapté aux programmes de santé et de services sociaux, car il permet aux professionnels d'ajuster leurs actions aux obstacles qu'ils rencontrent sur le terrain et d'avoir une meilleure compréhension des éléments internes et externes en cause dans les effets du programme. De plus, cette approche favorise une participation nettement plus active des personnes touchées par le programme¹. Cependant, et de manière quelque peu paradoxale considérant ses avantages potentiels, l'utilisation de l'approche centrée sur la théorie du programme est peu répandue dans le domaine de la suicidologie.

1.2.3. L'approche orientée vers les utilisateurs

L'analyse des programmes dans leur contexte d'implantation et la recherche d'une utilisation maximale de l'évaluation comme outil pour favoriser le développement des programmes ont précédé l'apparition d'un troisième courant, nettement centré cette fois sur l'intérêt des utilisateurs (Guba et Lincoln, 1989 ; Stake et Trumbull, 1982). Selon cette approche dite « orientée vers les utilisateurs », l'évaluation est un moyen mis au service des praticiens pour s'assurer que le programme répond de manière optimale à leurs besoins. L'évaluation devient un outil d'aide à la prise de décision à toutes les étapes du développement du programme, de sa planification à sa réalisation. De ce fait, cette approche table sur la participation active des utilisateurs et positionne le responsable de l'évaluation au centre d'un processus visant à éclairer et à orienter leurs choix dans le développement du programme. Elle se révèle particulièrement adaptée aux programmes implantés en contexte naturel qui concernent un grand nombre de partenaires de milieux différents et poursuivent plusieurs objectifs. Cette évaluation favorise l'appropriation et l'émergence de consensus. Le Projet d'intervention concertée sur le suicide chez les jeunes en difficulté à Montréal² est un bon exemple de l'utilisation de cette approche pour soutenir la mise sur pied d'un programme. Ce projet vise à améliorer la concertation, l'accès aux services et la continuité des interventions auprès de jeunes à risque de suicide. Il impliquait la collaboration de plus de soixante-dix organismes des domaines psychosocial, éducatif, médical et communautaire établis sur plusieurs territoires de CLSC de Montréal. À la phase pilote, pour tenir

-
1. Le chapitre 2 du présent ouvrage décrit dans le détail l'approche centrée sur la théorie du programme et ses avantages pour le développement et l'évaluation des programmes dans le domaine de la prévention du suicide.
 2. Ce projet, sous la responsabilité du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, de l'Hôpital Sainte-Justine-CHU mère-enfant et de Suicide-Action Montréal, est subventionné par la Régie régionale de Montréal-Centre.

compte de la complexité de l'organisation des ressources sociales et de santé à Montréal, les partenaires du projet avaient pour objectif de développer un modèle d'action qui augmenterait la concertation et assurerait la constance des interventions pratiquées d'un organisme à l'autre. À cette fin, les partenaires de la pratique et les chercheurs ont convenu d'utiliser la recherche évaluative d'abord comme un outil pour appuyer la construction de la théorie d'action sur laquelle ils ont fondé leur intervention. La collecte de données et l'échange avec les participants permettaient d'atteindre cet objectif. L'évaluation a ensuite permis de guider l'implantation du modèle et sa généralisation.

Après avoir retracé les facteurs qui ont marqué l'évolution de l'évaluation des programmes au Québec et ses principaux courants théoriques, nous pouvons nous demander ce qu'il en est de leur application au domaine de la prévention du suicide. Dans la prochaine section, nous examinons donc la situation de l'approche évaluative des programmes de prévention du suicide au Québec.

1.3. L'évaluation des programmes en suicidologie au Québec

La très grande majorité des programmes de prévention du suicide évalués au Canada ont été mis sur pied au Québec. L'étude récente de Breton *et al.* (2002), qui a examiné en profondeur les programmes canadiens de prévention du suicide chez les jeunes évalués de 1970 à 1996, rapporte en effet que sur quinze programmes retenus pour l'étude, douze avaient été créés dans cette province. Le Québec est la seule province dotée d'un organisme (l'Association québécoise de prévention du suicide), sur le plan national, qui coordonne l'ensemble des activités de prévention du suicide réalisées par ses membres et assure la liaison entre les milieux d'intervention, les programmes nationaux et la recherche, ce qui explique en partie pourquoi la majorité des programmes sont créés dans cette province (Breton *et al.*, 2002).

À l'analyse des caractéristiques des programmes étudiés par ces chercheurs, on constate qu'ils sont pour la plupart implantés en milieu scolaire et qu'ils privilégient l'éducation générale comme stratégie de prévention. En soi, cette stratégie peut être discutable parce que de tels programmes se sont révélés peu probants quant à leur efficacité pour réduire les idées suicidaires et les tentatives de suicide chez les jeunes (Gould et Kramer, 2001). Breton et ses collègues rapportent en outre un certain nombre de lacunes en ce qui a trait au contenu des programmes. Ils ne décrivent pas suffisamment leurs objectifs (seulement six mentionnent les objectifs spécifiques). Ils s'inspirent principalement d'une approche centrée sur la vérification des effets. Ils n'expliquent ni les fondements théoriques ni la

logique pouvant justifier leurs actions. Ces auteurs en concluent que les programmes de prévention du suicide devraient s'appuyer sur une explication de leur logique d'action et sur l'exploitation de connaissances issues des recherches. En effet, selon eux, ces lacunes pourraient être comblées si les programmes reposaient sur une théorie explicative du suicide qui guiderait le choix des actions à privilégier selon une logique de causalité entre les objectifs et les moyens.

Des données récentes recueillies pour offrir un atelier sur l'évaluation des programmes en suicidologie³ et dresser le portrait de la situation des programmes de prévention du suicide au Québec corroborent les résultats de Breton *et al.* (2002). Ces données sont extraites de vingt-sept programmes de prévention du suicide qui ont été évalués de 1982 à 2002⁴. Pour recenser ces programmes, plusieurs bases de données ont été consultées : Medline, Psychinfo, Eric, Psychological Abstract, ainsi que celles du Centre de documentation du Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE, Québec), du Suicide Information and Education Center (SIEC, Alberta) et de la Banque de la recherche sociale et en santé au Québec. Sans pouvoir prétendre à l'exhaustivité (il est possible que des programmes lancés localement ne soient pas répertoriés), cette recension témoigne toutefois de l'évolution de l'évaluation des programmes dans le domaine de la prévention du suicide au Québec.

À l'examen de la distribution des programmes selon les années, un premier constat s'impose : le développement des programmes se caractérise par des cycles de production plus intenses, suivis de plateaux (voir la figure 1.1). Parmi les hypothèses pouvant expliquer ces fluctuations, retenons la suivante : les collaborations entre les chercheurs et les praticiens contribuent au développement des programmes. Les cycles de création des programmes correspondent aux étapes de production des recherches. Les demandes financières pour évaluer les programmes, la réalisation des évaluations et la production des rapports se répercutent donc sur l'adoption de programmes.

L'analyse des domaines ciblés par les programmes montre qu'un peu plus de la moitié (53 %) des programmes évalués concentrent leurs actions en milieu scolaire, ce qui converge avec les résultats de Breton *et al.* (2002). Par ailleurs, les résultats de la recherche sont particulièrement interpellant, car ils révèlent qu'une minorité des programmes recensés ciblent des clientèles considérées comme à risque élevé de suicide (clientèle psychiatrique, détenus, endeuillés). Enfin, un seul de ces programmes vise directement les personnes identifiées comme suicidaires (voir la figure 1.2).

3. Journées ateliers sur l'évaluation des programmes en suicidologie, Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie, Montréal, novembre 2001.

4. La liste de ces programmes est présentée en annexe.

Figure 1.1
Répartition du nombre de programmes de prévention du suicide au Québec de 1982 à 2002

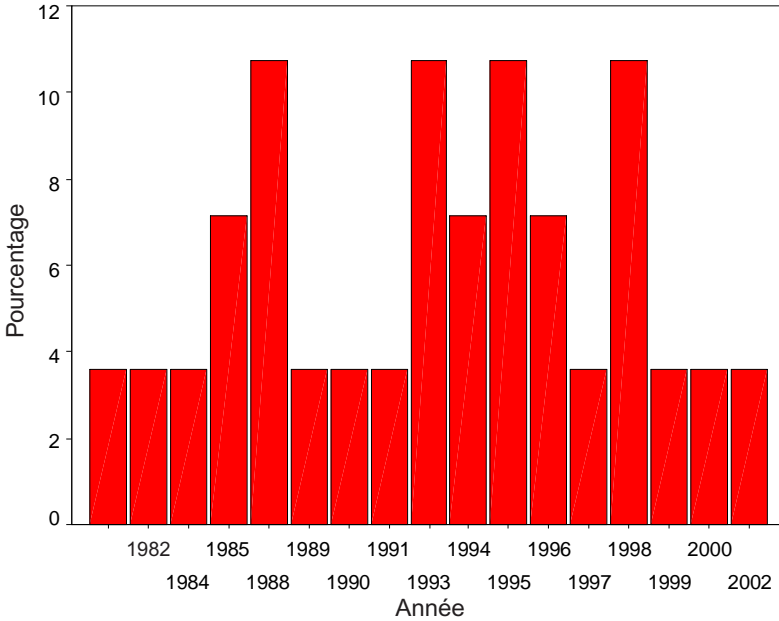
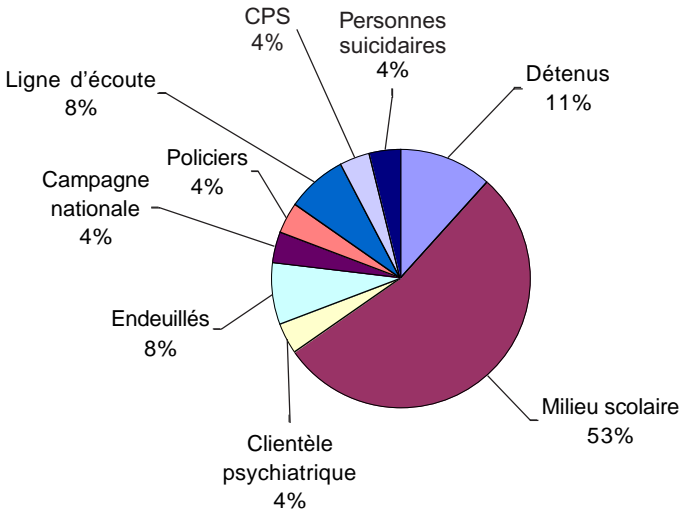


Figure 1.2
Domaines ciblés par les programmes de prévention du suicide au Québec de 1982 à 2002



Diverses hypothèses pourraient être avancées pour expliquer cette situation. D'une part, comme le concluent Breton *et al.* (2002), l'absence d'une théorie du suicide reconnue par les personnes et les organismes engagés dans la prévention du suicide explique pourquoi peu de programmes visent à prévenir le suicide auprès de groupes à risque élevé. Une telle théorie devrait guider le développement des programmes de prévention du suicide, aider à cibler les groupes les plus à risque ainsi que les stratégies et les interventions les plus pertinentes à adopter auprès de ces groupes.

Pour ce qui est de la planification des programmes à l'échelle nationale, l'absence d'une théorie sur le suicide, qui précise les causes et les mécanismes de causalité liés au suicide, fait obstacle à la détermination des programmes à mettre sur pied et à évaluer en priorité. Dans ce contexte, la création et l'évaluation de programmes sont tributaires des possibilités de recherches, des intérêts des chercheurs ou des dispensateurs, parce qu'il n'y a pas de développement planifié. L'adoption de ces programmes ne repose donc pas sur une logique qui justifierait leur développement. Cette situation pourrait expliquer pourquoi un grand nombre de programmes sont évalués en milieu scolaire.

Sans compter que, peu importe l'existence d'un tel référent théorique, la détermination de la théorie du programme et la formulation d'objectifs précis exigent un investissement important en ressources humaines, ce dont les milieux de pratique ne disposent pas toujours. En effet, bien que souhaitable, ce processus se heurte souvent aux ressources très limitées des organismes communautaires, ce qui nuit à l'identification des actions. Une part importante des programmes examinés (12/28) impliquait la collaboration d'organismes communautaires, principalement les centres de prévention du suicide, comme partenaire principal de l'évaluation. L'investissement qu'exige le développement des programmes fondés sur la théorie représente donc un défi de taille pour les organismes et les chercheurs.

L'absence d'une logique explicite fondant les actions prescrites par le programme a une autre conséquence importante : elle n'encourage pas la généralisation du programme. Faute d'une théorie pour expliquer les liens de causalité entre les composantes du programme, il est difficile de définir ses caractéristiques ainsi que les éléments de l'environnement les plus susceptibles de garantir son succès. Sa généralisation à d'autres contextes devient ainsi ardue. Cette situation pourrait expliquer la tendance à procéder à l'évaluation des programmes implantés en milieu scolaire. Généraliser les actions dont l'évaluation aurait montré les effets positifs serait pourtant une avenue à privilégier.

Cette analyse soulève des interrogations sur l'efficacité potentielle des programmes de prévention du suicide. Peuvent-ils avoir des impacts significatifs sur le suicide ? La réponse à cette question n'est pas simple et

suppose l'étude de leurs objectifs et des critères d'appréciation de leur performance. Du point de vue de la recherche, rien ne prouve que les programmes réussissent à diminuer le taux de suicide et les comportements suicidaires au Québec. En effet, ces vingt dernières années, les taux de suicide sont demeurés relativement stables et élevés dans la province. Ils n'enregistrent pas de fléchissement significatif à long terme. Les études sur la capacité des programmes de prévention à réduire l'incidence du suicide ne permettent pas de déduire qu'ils sont efficaces. De plus, l'étude de Breton *et al.* (2002), portant sur quinze programmes canadiens, ne rapporte aucun effet sur les suicides complétés, mais conclut que deux de ces programmes ont des effets significatifs sur la réduction des idées suicidaires.

Il faut préciser que ces constats ne sont pas exclusifs aux programmes canadiens. Dans leur recension critique des programmes de prévention du suicide chez les jeunes, Gould et Kramer (2001) ne reconnaissent à ces programmes aucun effet significatif sur l'incidence du suicide et indiquent que leurs résultats quant à la réduction des comportements suicidaires sont eux aussi relativement modestes. Les méta-analyses de Hawton *et al.* (1998) et de Linehan (2000) pour valider l'efficacité des traitements psychosociaux et pharmaceutiques concluent à l'inefficacité des programmes sur la stricte incidence des suicides complétés. Ces auteurs observent néanmoins quelques effets significatifs sur la réduction des idées suicidaires et la répétition des tentatives de suicide.

Bien que ces résultats soient peu convaincants, il faut se garder de conclure à l'inefficacité des programmes et éviter de réduire leur valeur à leur seule capacité de diminuer les décès par suicide. Ainsi, il est impossible de savoir ce qu'aurait été l'évolution des taux de suicide au Québec en l'absence de ces programmes. Certains pourraient croire que les taux auraient été comparables à ceux observés et conclure à l'inefficacité des programmes, alors que d'autres pourraient prétendre que les taux auraient été supérieurs.

Par ailleurs, il faut mettre en perspective le fait que des programmes implantés à l'extérieur du Québec ont utilisé les taux de mortalité comme indicateurs et n'ont pas atteint de résultats probants. On doit en effet tenir compte des limites qu'impose l'utilisation des taux de mortalité comme indicateur de l'efficacité des programmes. En effet, plusieurs s'interrogent sur la pertinence de cette pratique. La rareté du suicide et le peu de clients potentiels exposés aux programmes affectent directement la possibilité de faire la preuve des effets des programmes destinés à des populations restreintes (Gould et Kramer, 2001 ; Hawton *et al.*, 1998). En fait, puisqu'il n'y a pas de consensus sur une théorie explicative des relations causales entre les variables impliquées dans le suicide, il est difficile d'en établir un sur ce qui peut être considéré comme un bon indicateur des effets des programmes

de prévention. Dans la mesure où le suicide est conceptualisé comme l'impact négatif ultime de toute une chaîne de comportements et de symptômes qui ont des effets négatifs sur les personnes, les impacts positifs des programmes de prévention devraient être recherchés dans les effets plus proximaux de ces derniers et se rapporter à l'ensemble des symptômes négatifs plutôt qu'aux seules conséquences très distales du suicide. Par exemple, la réduction de la détresse psychologique, de même que celle du sentiment d'isolement ou d'impuissance qu'éprouvent les personnes suicidaires, pourrait être considérée comme un impact important des programmes de prévention du suicide. Dans la mesure, bien sûr, où l'on peut établir clairement leur lien causal avec le suicide. Dans cette perspective, l'utilisation d'une approche évaluative centrée sur la théorie du programme peut se révéler particulièrement pertinente pour établir la logique d'action et déterminer une série d'indicateurs en amont du décès par suicide. Ces indicateurs permettraient ensuite de faire des liens entre le programme et la réduction du suicide et de ses conséquences négatives.

Conclusion

Les théories américaines ont une influence sur l'évaluation des programmes au Québec. Dans le domaine de la prévention du suicide, l'évaluation de programmes évolue depuis quelques décennies et se caractérise notamment par une importante implication des organismes communautaires, qui sont souvent les maîtres d'œuvre des programmes de prévention du suicide, et par un rapprochement entre les chercheurs et les milieux de pratique. Ce rapprochement, s'il est productif et prometteur pour la prévention du suicide, oblige toutefois les chercheurs à adapter leurs méthodes à la réalité du terrain et les organismes communautaires à consacrer des ressources humaines à la conceptualisation de leurs programmes. Le défi consiste à assurer la validité scientifique des évaluations, tout en adoptant des moyens jugés réalistes et vraisemblables par les utilisateurs. Dans ce contexte, l'application d'une approche évaluative expérimentale classique, centrée sur l'examen des effets, se révèle incomplète, peu réaliste et commande l'adoption de méthodes qui répondent mieux aux besoins des utilisateurs.

L'examen des programmes en prévention du suicide évalués au Québec et au Canada témoigne du dynamisme de ce champ d'études, mais fait cependant ressortir des lacunes importantes avec lesquelles les milieux de pratique et les chercheurs doivent composer. Peu de ces programmes s'adressent aux groupes reconnus comme à risque élevé de suicide et la majorité a été implantée en milieu scolaire. Le choix des groupes ciblés par ces programmes ne repose pas sur une planification stratégique claire. Les objectifs poursuivis sont peu explicites. De plus, il n'est pas sûr que les moyens employés soient suffisants ou adéquats pour atteindre les buts fixés.

Dans ce contexte, il semble plus pertinent de recourir à une approche évaluative centrée sur la théorie du programme pour concevoir des programmes ayant des objectifs clairs et qui s'appuient sur un rationnel fondé. Cette approche permet de tenir compte des causes du problème et de la logique des moyens prescrits par le programme. Parce qu'elle s'efforce de rendre explicites la logique d'action, les objectifs et les moyens du programme, une telle approche permet de l'améliorer pendant sa phase d'implantation. Ces informations sur les correctifs qui s'imposent sont cruciales pour les promoteurs du programme. Elles leur permettent d'apprécier les effets du programme et de comprendre les conditions nécessaires à sa généralisation.

L'approche évaluative centrée sur la théorie du programme pourrait par ailleurs être particulièrement pertinente pour déterminer de bons indicateurs des effets du programme. Non seulement pour les cibles proximales telles que le suicide et les tentatives de suicide, mais aussi pour toute une série d'effets distaux dont le lien de causalité avec le suicide et l'importance auront été démontrés durant l'élaboration de la théorie du programme. Pour y parvenir, il faut absolument faciliter la détermination des priorités en matière de développement de programmes de prévention du suicide. Espérons que les recherches futures permettront de dégager un modèle théorique du suicide qui fera consensus auprès des planificateurs des programmes, des chercheurs et des milieux professionnels.

Annexe 1.1

Liste des programmes recensés

1. *Choisir la vie : programme de prévention du suicide en milieu carcéral* (Raymond, R., 1995).
2. *Effets d'un programme de prévention du suicide en milieu scolaire sur des enseignants* (Gauthier, S. et D. Cohen, 1993).
3. *Effect of Different Telephone Intervention Styles with Suicidal Callers* (Mishara, B.L. et M. Daigle, 1997).
4. « *En parler c'est notre solution* » : *Une évaluation d'un programme de prévention du suicide en milieu scolaire* (Raymond, S. et al., 1989).
5. *Évaluation du centre de prévention du suicide de Québec* (Ministère des Affaires sociales, 1982).
6. *Évaluation du programme de prévention du suicide pour les policiers et les policières du service de police de la Ville de Montréal « Ensemble pour la vie »* (Mishara, B.L., 2002).
7. *Évaluation d'un programme de prévention du suicide auprès d'adolescents en milieu scolaire* (Giroux, G., 1984).

Annexe 1.1 (suite)

8. *Évaluation d'un programme de prévention du suicide dans un milieu scolaire: rapport synthèse* (Denoncourt, S. et al., 1994).
9. *Évaluation d'un programme de prévention du suicide en milieu scolaire* (Bélanger, J., 1991).
10. *Évaluation d'un programme de prévention du suicide mis en application au département de psychiatrie de l'Hôpital Jean-Talon* (Filion, G., 1985).
11. *Évaluation d'un programme de sensibilisation au suicide auprès de détenus d'un pénitencier québécois* (Girard, S., 1998).
12. *Évaluation d'un programme de soutien aux endeuillés suite à un suicide* (Tremblay et al., 2000).
13. *Évaluation d'un service visant la prévention du suicide (aide amicale) mis à la disposition de patients suicidaires montréalais* (Pronovost, J., 1985).
14. *Evaluation of a Postvention Program* (Simon, R. et al., 1993).
15. *La postvention en milieu scolaire* (Chagnon, J. et al., 1996).
16. *La prévention, l'intervention et la postvention du suicide en milieu scolaire secondaire* (Morin, 1996).
17. *La prévention du suicide: et si on en parlait... Évaluation du projet éducatif* (Labissonnière, L. et C. Poulain, 1988).
18. *La prévention du suicide en milieu carcéral: Évaluation d'une expérience novatrice* (Bistodeau, D. et M. Daigle, 1999).
19. *La prévention du suicide en milieu collégial: est-ce possible?* (Séguin, M. et al., 1990).
20. *La semaine de prévention du suicide: où en sommes-nous après tant d'efforts?* (Daigle, M. et al., 1998).
21. *L'effet d'une intervention préventive du suicide auprès d'une population adolescente en milieu scolaire* (Raymond, S., 1988).
22. *Les jeunes et l'entraide: implantation d'un programme de soutien entre pairs chez les jeunes de 12 à 16 ans* (Laurendeau, M.C., R. Perreault et M. Allard, 1993).
23. *Prévenir le suicide, c'est agir maintenant: bilan 1992-1994 et prospective 1994-1996* (Breault, R., 1994).
24. *Rapport d'évaluation du programme de prévention du suicide et de son implantation en milieu scolaire* (De Luca, T. et L. Leblanc, 1988).
25. *Résultats préliminaires d'une évaluation des effets du programme de prévention primaire auprès des jeunes « Plein le dos »* (Mishara, B.L., 1998).
26. *Short-term, Efficacy of Interventions by a Youth Crisis Team* (Greenfield, B. et al., 1995).
27. *The Relationship Between Coping Strategies and Perceived Stress in Telephone Intervention Volunteers at Suicide Prevention Center* (Mishara, B.L. et G. Giroux, 1995).

Bibliographie

- Breton, J.-J., R. Boyer, H. Bilodeau, S. Raymond, N. Joubert et M.A. Nantel (2002). « Is Evaluative Research on Youth Suicide Programs Theory-Driven? The Canadian Experience », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(2), 176-190.
- Chen, H.T. (1990). *Theory-driven Evaluations*, Newbury Park, CA, Sage.
- Chen, H.T. et P.H. Rossi (1980). « The Multi-goal, Theory-driven Approach to Evaluation: A Model Linking Basic and Applied Social Science », *Social Forces*, 59, 106-122.
- Daigle, M., L. Beausoleil, J. Brisoux, S. Raymond, L. Charbonneau et J. Desautniers (2002). *Rapport d'évaluation : Semaine de prévention du suicide et clientèle hommes*, Montréal, Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie.
- Desrosiers, H., N. Desjardins, N. Kishchuk, F. Ouellette, N. Perreault, C. Bourgault et G. Vermette (1998). *Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes : application en promotion de la santé et en toxicomanie*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Gould, M.S. et R.A. Kramer (2001). « Youth Suicide Prevention », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31 (Suppl.), 6-30.
- Guba, E.G. et Y.S. Lincoln (1989). *Fourth Generation Evaluation*, Newbury Park, CA, Sage.
- Hawton, K., E. Arensman, E. Townsend, S. Bremmer, E. Feldman, R. Goldney, D. Gunnel, P. Hazell, K. van Heeringen, A. House, D. Owens, I. Sakinofsky et L. Träskman-Benz (1998). « Deliberate Self Harm: Systematic Review of Efficacy of Psychosocial and Pharmacological Treatments in Preventing Repetition », *British Medical Journal*, 317, 441-447.
- Herman, J.L. (1987). *Program Evaluation Kit* (2^e éd.), Newbury Park, CA, Sage.
- Linehan, M.M. (2000). « Behavioral Treatments of Suicidal Behaviors: Definitional Obfuscation and Treatment Outcomes », dans R.W. Maris, S.S. Canetto, J.L. McIntosh et M.M. Silverman (dir.), *Review of Suicidology 2000*, New York, Guilford Press, 84-112.
- Ouellette, F. et C. Lampron (1987). *Bilan des évaluations portant sur les services sociaux au Québec*, Québec, Les Publications du Québec.
- Patton, M.Q. (1988). « The Evaluator's Responsibility for Utilization », *Evaluation Practice*, 9, 5-24.
- Rossi, P., H.E. Freeman et M.W. Lipsey (1999). *Evaluation: A Systematic Approach* (6^e éd.), Newbury Park, CA, Sage.
- Shadish, W.R., T.D. Cook et L.C. Leviton (1995). *Foundations of Program Evaluation: Theories of Practices*, Newbury Park, CA, Sage.
- Stake, R.E. et D.L. Trumbull (1982). « Naturalistic Generalizations », *Review Journal of Philosophy and Social Science*, 7, 1-12.
- Weiss, C.H. (1983). « The Stakeholders Approach to Evaluation: Origins and Promise », dans A.S. Bryk (dir.), *Stakeholder-based Evaluation*, San Francisco, Jossey-Bass, 3-14.

L'IMPORTANCE DE L'ÉVALUATION FONDÉE SUR LA THÉORIE EN SUICIDOLOGIE

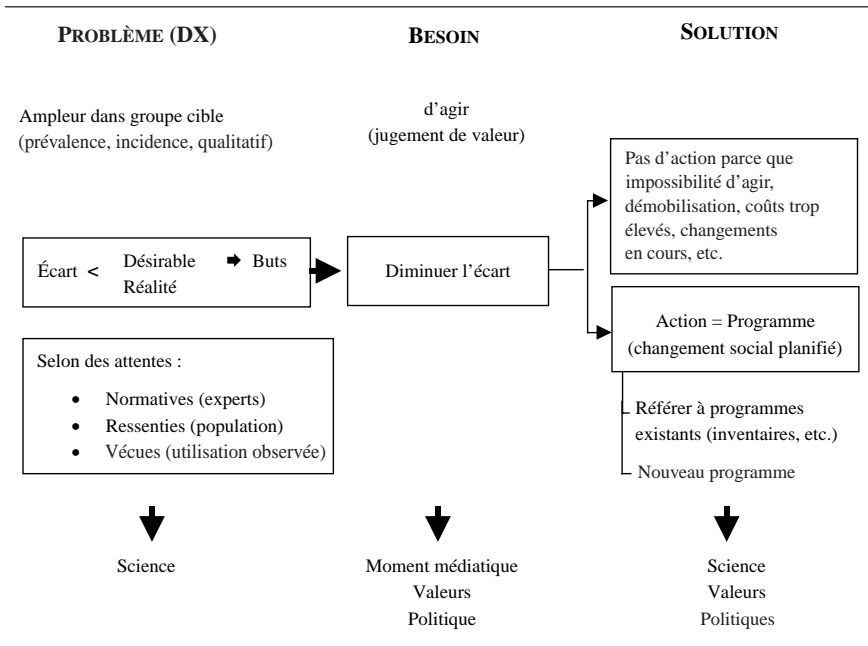
Marc Daigle

Les gens engagés dans la prévention du suicide espèrent, par définition, changer le cours des choses et ils le tentent par divers moyens. Lorsque ce changement est bien planifié, bien structuré, nous parlons alors d'un programme de prévention du suicide. En effet, à sa plus simple expression, un programme est un changement social planifié. Nadeau relève aussi la notion inhérente de changement et précise qu'il s'agit d'un « ensemble d'activités qui regroupent, pour leur réalisation, des ressources humaines, matérielles et financières, en vue de produire des services particuliers à une population dans le but d'en changer l'état » (Nadeau, 1988, p. 421). Mais, en disant cela, nous sommes déjà loin dans les différentes étapes qui jalonnent ou devraient jalonner toute démarche d'intervention sociale et de planification de programme. D'où l'intérêt de fournir d'abord quelques repères conceptuels dans le domaine, surtout si nous voulons nous intéresser plus particulièrement ensuite à l'évaluation de programmes fondée sur la théorie. Puis, nous verrons les avantages que cette approche présente en suicidologie, pour finalement étudier un exemple d'application.

2.1. Quelques repères conceptuels

On devrait d’abord cerner précisément le problème dans le milieu social qui nous intéresse. Or, il y a problème lorsque nous constatons un écart entre la réalité et ce qui paraît désirable: «Les taux de suicide sont trop élevés.» Il s’agit, en quelque sorte, d’un diagnostic (DX) qui est posé ici et représenté dans la figure 2.1. L’ampleur de cet écart, c’est-à-dire la différence entre l’état initial et l’état désiré, sera rapportée le plus souvent en termes quantitatifs (prévalence, incidence), mais aussi parfois en termes qualitatifs. En effet, différentes attentes sont ici en jeu et elles s’expriment souvent de manière normative («les taux de suicide sont plus élevés dans notre région que dans les autres régions»). Ces attentes correspondent aussi à ce que ressentent les citoyens («notre communauté est trop affectée par le phénomène du suicide des jeunes») ou à ce qu’ils vivent plus spécifiquement («j’observe de plus en plus de suicides dans mon entourage»). Par ailleurs, rien n’est définitif à cette étape, puisque la définition même d’un problème veut que ce soit un ensemble de perceptions courantes que nous avons à propos d’un écart toujours fluctuant entre un état existant et un état désiré (Van Gundy, 1988).

Figure 2.1
Les étapes menant à l’apparition (ou non) d’un programme



N'empêche, une certaine rationalité scientifique peut s'exprimer à cette étape et réussir à contrebalancer des éléments trop subjectifs. Par exemple, des données épidémiologiques claires réussiront éventuellement à relativiser l'ampleur, par rapport à tel autre groupe d'âge, du phénomène du suicide des jeunes, pourtant cruellement ressenti dans la population. Mais la science n'est pas gage de tout à ce sujet et les débats ne sont pas toujours clos. Ainsi, la norme utilisée pour effectuer des comparaisons statistiques peut être contestée : le taux de suicide des hommes incarcérés peut être estimé à onze fois plus élevé que celui des hommes du même âge vivant en communauté. Considérée de cette manière, l'ampleur de l'écart constituerait un problème sur lequel il faut décidément agir. Mais une autre norme peut être adoptée : celle du taux de suicide des délinquants qui, eux, ne sont pas incarcérés. Dans ce nouveau calcul, l'écart serait presque nul dans la comparaison effectuée ; il faudrait de nouveau se demander s'il y a des raisons de s'inquiéter et ce sont des éléments plus subjectifs qui entreraient finalement en jeu.

Si cela nous indique à quel point il est important d'avoir un groupe normatif (groupe témoin, groupe de comparaison) adéquat, il subsiste encore une autre difficulté : la façon de calculer les taux de suicide. En règle générale, les taux de suicide dans les populations sont estimés en fonction d'un dénominateur qui est assez stable, soit la population d'une région ou d'un état pour une année donnée. Or, dans les institutions (prisons, mais aussi collèges, casernes militaires, hôpitaux psychiatriques, centres de jeunes, etc.), les populations sont fluctuantes. Par exemple, 56 921 individus sont admis, pour une année donnée, dans les prisons du Québec, mais il n'y en a, en moyenne, que 3302 qui y vivent. Quel dénominateur nous servira alors pour évaluer un taux de suicide ? De notre choix dépendra la reconnaissance ou non d'un problème.

Cette démarche plus ou moins scientifique conduira à une deuxième étape, celle de l'identification d'un besoin d'agir, besoin de diminuer l'écart constaté précédemment. Ici, plusieurs jugements de valeur interviendront, ne serait-ce que, politiquement, sur l'acceptation d'une responsabilité sociale. Rappelons, pour ce qui est du problème du suicide, qu'il y a au moins quatre niveaux où nous sommes interpellés : celui de la société entière, celui des institutions concernées, celui des intervenants spécialisés et, naturellement, celui des clients des services (Daigle, 1999). Philosophiquement cependant, certains s'interrogeront pourtant sur le droit que s'arrogue la société d'intervenir dans ce qui serait le « choix » des individus de se suicider. Certains seront également réticents à intervenir auprès d'individus qui ne le « mériteraient » pas (les délinquants qui ont déjà fait souffrir la société, par exemple) ou de ceux qui ont, de toute façon, « adopté » un mode de vie suicidaire (les toxicomanes, par exemple). De la même façon, d'autres voudront agir sur d'autres problèmes qu'ils jugent, à tort

ou à raison, prioritaires ou plus émouvants. (Pour s'appuyer sur un exemple québécois récent, les rares décès par méningite chez les jeunes enfants.) Inversement, d'autres voudront agir très rapidement pour diminuer les taux de suicide, mais surtout dans des populations qu'ils jugent, à tort ou à raison, plus touchées (les jeunes par exemple).

On le voit ici, à cette deuxième étape, le scientifique a encore moins d'emprise sur le cheminement de la société et l'issue de la question peut dépendre du moment médiatique ou de l'influence de certains leaders. Et pourtant, faut-il le rappeler, ces éléments « subjectifs » qui semblent gêner le travail des scientifiques sont tout de même ceux qui permettent généralement à une société de progresser. En effet, que ferions-nous de nos données scientifiques et estimations rationnelles des besoins s'il n'y avait pas, par-delà les gestionnaires de la santé, de grands débats publics opposant de grands penseurs et leaders d'opinion ? Là-dessus, il est d'ailleurs intéressant d'invoquer Lomas (1997 ; cité dans Bouchard, 2001), qui précise l'univers dans lequel les politiques sont élaborées. Il identifie certes des structures officielles, mais aussi des structures plus officieuses : courtiers en politique, coalitions, intervenants et citoyens. Selon cette vision des choses, les chercheurs, tout comme les maisons de sondage, sont essentiellement des producteurs de connaissances qui doivent le plus souvent composer avec des fournisseurs de connaissances : médias, porte-parole, réseaux.

Mais comment agir pour régler les problèmes sociaux, pour diminuer les écarts constatés ? À cette troisième étape, celle qui propose d'apporter des solutions, la science peut intervenir de nouveau, mais il subsiste encore bien des écueils inhérents aux valeurs et aux enjeux politiques. Tout d'abord, il faut bien admettre qu'il n'y a pas toujours de solutions pour contrer les problèmes que nous avons relevés. Par exemple, nous savons qu'il n'existe toujours pas de médicaments pour soigner certaines maladies. De la même façon, certains pourraient alléguer qu'il n'y a pas vraiment de solutions pour faire diminuer les taux de suicide dans tel ou tel segment de la population. Ce point de vue, peut-être réaliste dans certaines circonstances, sera rejeté d'emblée par ceux qui, à l'étape précédente de l'identification du besoin d'agir, ont porté le flambeau de l'action. En effet, le militantisme inhérent à une étape peut être incompatible avec la démarche rationnelle d'une autre étape. De façon réaliste, il faut aussi envisager ici la possibilité que la mobilisation sociale ne soit pas suffisante à un moment donné ou bien que le changement recherché soit déjà en cours à l'intérieur d'un mouvement social plus vaste. Par exemple, la courbe démographique d'un pays peut être en train de subir des modifications importantes, ce qui ramènerait éventuellement les taux de suicide de ce pays à un niveau comparable à d'autres. Des changements socioculturels majeurs pourraient aussi modifier rapidement les attitudes des hommes, pour prendre l'exemple du genre le plus affecté par le suicide, ce qui éventuellement diminuerait

le problème reconnu chez eux. Tous ces arguments, on le voit bien, ne seront cependant pas entendus par ceux pour qui chaque suicide est de trop (un point de vue qui est certes très juste moralement et socialement). Et pourtant, tout ce qui a été avancé plus haut n'est qu'un minimum de considérations à prendre en compte, non seulement pour bien faire l'exercice de planification d'un programme (un « changement social planifié »), mais aussi pour être capable de maintenir ensuite la cohérence du programme d'intervention et la motivation des intervenants à long terme.

Si la nécessité de passer à l'action, de mettre en œuvre un programme, est maintenue, le besoin de bien cibler le type de programme en cause et son ampleur est aussi impératif. En effet, il reste encore à préciser quels objectifs le programme va retenir. Il ne faut pas présumer que le programme peut s'attaquer à l'ensemble des problèmes découverts à la première étape. Il faut en même temps préciser la place que le nouveau programme prendra par rapport aux interventions sociales déjà existantes et, éventuellement, les aspects originaux qu'il apportera ou non. En effet, à la limite, le programme ne pourrait qu'être la réplique d'un programme déjà existant ailleurs, qu'il soit recensé ou non dans la littérature. De plus, comme nous le verrons plus loin, le programme choisi devrait avoir une cohérence telle que nous puissions espérer le voir produire certains changements, c'est-à-dire qu'il doit reposer sur de bons fondements théoriques.

Donc, toute une démarche précède la création d'un programme. Et c'est une démarche qui ne s'observe pas souvent, du moins de façon bien explicite. En effet, l'histoire de la prévention du suicide, de la création des Samaritains en Angleterre aux centres de prévention en Californie, est influencée par bien des considérations beaucoup plus subjectives. Cela n'empêche pas de tendre vers cette rationalité si nous voulons finalement être capables d'évaluer les programmes qui nous intéressent. Il s'agit donc d'un long processus de recherche de sens qui, rappelons-le, s'effectue particulièrement bien avec l'évaluation de programmes fondée sur la théorie.

Par ailleurs, toute la démarche de programmation décrite précédemment n'est pas sans inconvénients, notamment à cause de l'homogénéisation des besoins exprimés par la clientèle. Guay (2001, p. 291) nous rappelle le caractère « bureaucratique et centralisé » de l'approche programme et le danger de s'éloigner de l'approche client. En effet, le programme, tel qu'il est finalement constitué, risque de conditionner, en bout de piste, l'offre de services et les demandes mêmes des clients. Ces derniers « se conforment au service prédéfini qui est la seule porte d'entrée pour recevoir de l'aide » (Guay, 2001, p. 287). Néanmoins, il faut considérer que ces critiques sont peut-être moins pertinentes dans le domaine de la suicidologie et l'approche programme, si elle est bien menée, constitue un moindre mal dans un monde où la confusion règne souvent pour définir les problèmes, exprimer les « besoins » et y répondre.

2.2. L'évaluation centrée sur la théorie

L'évaluation fondée sur la théorie nous place donc au cœur de toutes les considérations mentionnées ci-dessus et pose deux questions fondamentales aux intervenants et aux gestionnaires : « Comment intervenez-vous en prévention du suicide ? » et « Sur quoi basez-vous vos interventions ? » En somme, « quel est le principe de l'action ? » (Terra, 2000). Quoiqu'il n'y ait pas d'incompatibilité (plusieurs démarches peuvent s'effectuer en parallèle), cette approche plus théorique se distingue nettement de deux autres approches importantes en évaluation de programmes : celle centrée sur les effets et celle centrée sur les utilisateurs.

L'approche centrée sur les effets est dite « classique » en évaluation, ne serait-ce que parce que, historiquement, c'est la première question qui a été posée aux évaluateurs : « Quels sont les effets de ce programme ? » L'approche est donc sommative et s'intéresse moins au processus qui s'opère à l'intérieur d'un programme qu'à ses résultats. Le processus du programme n'est alors, à la limite, qu'une boîte noire que nous pourrions tout aussi bien ignorer pour nous concentrer sur la mesure de l'efficacité (Rossi, Freeman et Lipsey, 1999). Or, en suicidologie, cette approche n'est pas toujours très judicieuse puisque, de toute façon, les effets recherchés (la diminution ou la disparition des comportements suicidaires) sont souvent très difficiles à mesurer, ne serait-ce que parce qu'ils peuvent survenir (ou non) très longtemps après le déroulement du programme, c'est-à-dire pendant toute la vie normale des personnes ciblées. Entre-temps, ces phénomènes « distaux » ont donc pu être soumis à bien d'autres influences qu'à celles du programme, et c'est sans compter la difficulté de mesurer des changements dans des événements qui surviennent relativement rarement dans des grands ensembles (ils sont d'ailleurs mesurés par 100 000 personnes). La solution sera alors de s'intéresser à la mesure de phénomènes intermédiaires (plus « proximaux »), mais, dans ce cas, c'est probablement une approche fondée sur la théorie qui nous aidera le plus à les reconnaître. Quoi qu'il en soit, un exemple typique de cette approche est l'étude que Miller, Coombs, Leeper et Barton ont faite en 1984. En comparant les taux de suicide dans les États américains qui recevaient (ou non) les services des centres de prévention du suicide, ces chercheurs ont découvert que ces derniers étaient efficaces, mais uniquement auprès des femmes de race blanche âgées de moins de vingt-cinq ans. Dans ce cas-ci, les auteurs ont observé que cette clientèle féminine était néanmoins celle des centres de prévention, mais ils n'ont pas étudié plus avant le processus même de l'intervention téléphonique ni sa logique interne.

L'autre grande approche, celle centrée sur les utilisateurs, est plus axée sur les besoins exprimés par les acteurs du milieu de l'intervention. Il s'agit d'une démarche plus formative que sommative et l'évaluateur doit

relever ici le défi d'être plus flexible et plus polyvalent, notamment dans le choix des méthodes qu'il utilise. Les acteurs du milieu sont plus sollicités et plus actifs. Le but de cette démarche est de favoriser la prise de décision, l'action et le changement. Divers modèles d'évaluation peuvent être regroupés sous ce grand vocable, mais, dans l'ensemble, ils mettent l'accent sur les questions et les valeurs des utilisateurs, de même que sur leur réappropriation des résultats de l'évaluation (Desrosiers, 1998). Au Québec, divers projets suivent cette approche qui a notamment été adoptée pour mener une recherche dans les centres de prévention du suicide de la Montérégie (Daigle et Gariépy, 2002). Dans cet exemple, les intervenants et les gestionnaires s'inquiétaient de la faible utilisation de leurs services par la clientèle masculine et voulaient définir aussi bien les contraintes que d'éventuelles solutions. Ils suggéraient d'ailleurs eux-mêmes des pistes de solution à explorer, notamment la concertation avec des organismes parallèles. Dans un tel contexte, l'évaluateur doit donc souvent utiliser des approches plus qualitatives, ou du moins faire des observations plus approfondies.

Par rapport à ces deux approches, l'une centrée sur les effets et l'autre sur les utilisateurs, celle centrée sur la théorie se veut plus fondamentale. Dans le devis qui doit être établi pour un programme, elle s'intéresse à la modélisation d'une logique interne, à l'établissement d'un cadre causal. Il s'agit donc d'un cadre théorique pour décrire les effets et les conséquences d'un programme dans leurs relations avec le développement et l'implantation de celui-ci (Mayeske et Lambur, 2001). Dans la littérature, cette approche connaît diverses variantes, soit *theory-based*, *theory-driven*, *causal-path*, *causal-model*, *logic-model*, *program-model*, *outcome-line*, *cause-map*, *action-theory*, mais s'inspire essentiellement des principes déjà énoncés (Chen, 1989; Cordray, 1989; Petrosino, 2000; Rossi *et al.*, 1999; Weiss, 1997).

Deux types de fondement théorique nous intéressent finalement ici, soit celui qui se rapporte à la compréhension du problème et celui qui réfère au programme. Le premier se concentre sur les facteurs (plus ou moins causaux) associés au problème et le second sur les facteurs retenus et ciblés par le programme. Certes, la question n'est pas simple. En suicidologie, plusieurs théories peuvent être retenues pour définir le problème, certaines étant convergentes, d'autres étant carrément incompatibles (Lester, 1992, 1994). Ici comme dans bien d'autres domaines, la simplicité d'un modèle est gage de sa clarté et de sa validité. De même, l'identification précise des variables en cause a l'avantage de permettre ensuite de greffer des éléments qui seront plus spécifiques à la théorie du programme. Par exemple, le modèle développé par Mishara (2002b) établit les facteurs de risque, mais aussi les sept étapes que traverse la personne confrontée à un problème qu'elle juge insupportable : recherche de solutions, option suicide envisagée, intention suicidaire, motivation suicidaire, accès à un moyen jugé acceptable,

tentative de suicide et éventuellement suicide. Ce modèle définit aussi des lieux, à l'intérieur de ce processus suicidaire, où l'intervention aurait plus d'emprise, tant sur le plan individuel que sur le plan environnemental.

Par ailleurs, plusieurs éléments étiologiques peuvent être communs à d'autres problèmes. Par exemple, selon le modèle de Plutchik et van Praag (1994), les mêmes facteurs peuvent conduire à l'expression d'une violence dirigée contre soi ou contre les autres. Nous sommes alors interpellés par les objectifs que nous voulons atteindre puisque nous débordons rapidement du cadre initial.

Pour ce qui est de la théorie du programme, qui découle de la théorie du problème précédemment adoptée, elle doit donc se concentrer sur les éléments du problème sur lesquels nous pensons pouvoir agir et que nous croyons susceptibles d'entraîner une conséquence heureuse. Cette causalité supposée est au cœur de la question et elle justifie ou non la mise en œuvre d'un programme. Dans le cas qui nous préoccupe, il est présumé que telle intervention pratiquée à telle étape entraînera finalement un changement dans les comportements suicidaires. La théorie du programme suppose donc de définir des moyens pour atteindre certaines fins (Rossi *et al.*, 1999).

Breton, Boyer, Bilodeau, Raymond, Joubert et Nantel (1998, p. viii-ix) précisent que « le modèle théorique du programme permet d'identifier la cause ou facteur ciblé par le programme, de savoir comment les ressources et activités vont modifier cette cause ou facteur ciblé (hypothèse du programme) et comment la modification de cette cause ou facteur permettra d'atteindre les objectifs du programme (hypothèse causale) ». L'hypothèse du programme correspondrait ainsi à une théorie du processus, alors que l'hypothèse causale correspondrait à une théorie de l'impact (Rossi *et al.*, 1999). Ici, l'hypothèse du programme serait par exemple que, en informant sur le suicide, sur les préjugés, les signes précurseurs, les comportements d'aide et les ressources, on contribue à sensibiliser les pairs aux manifestations du processus suicidaire. L'hypothèse causale pourrait être libellée de la manière suivante : en améliorant la sensibilisation des pairs aux signes et indices précurseurs, on peut agir sur le processus suicidaire et finalement diminuer les comportements suicidaires. Par ailleurs, notons que cette hypothèse causale repose sur une hypothèse d'action relativement claire pour ce qui est des effets plus « proximaux », mais sur une hypothèse plus « conceptuelle » pour ce qui est des effets plus « distaux » (Rossi *et al.*, 1999). En effet, le lien présumé entre les interventions effectuées et les effets immédiats peut être bien documenté, alors que le reste peut être plus spéculatif. En toute logique, il faut cependant qu'il y ait une bonne présomption de l'efficacité du programme pour le maintenir.

Néanmoins, de multiples contingences interviennent ici et Terra (2000) souligne quatre dimensions à prendre en compte : stratégique, culturelle, technique et structurelle. La dimension stratégique nous encourage

notamment à tenir compte de la dynamique interne entre les personnes impliquées dans le programme et des résistances qui y sont observées. La dimension culturelle nous incite à dégager une représentation commune du problème et des objectifs, et à cultiver la certitude d'un changement possible dans un climat de dialogue. La dimension technique établit les recommandations sur lesquelles se fondent l'action, la formation des personnes intéressées, les méthodes, les outils et, chose importante pour le responsable de l'évaluation, le choix des indicateurs. Finalement, la dimension structurelle définit la mission de l'organisme en cause, les rôles et responsabilités de chacun, la transparence, le pilotage, les systèmes assurant la sécurité et la qualité, de même que l'évaluation des compétences, des organisations, des processus et des résultats.

Cela étant dit, comment l'évaluateur va-t-il réussir à préciser et à discerner les théories propres au problème et au programme à l'étude ? En règle générale, ces théories ne seront pas explicites, ni dans la documentation de l'organisme en cause ni dans le discours des intervenants ou des gestionnaires. Par exemple, une enquête récente effectuée dans les centres de prévention affiliés à l'*American Association of Suicidology* a montré que les responsables étaient capables de définir le type d'interventions qu'ils pratiquaient, mais pas d'établir le lien qu'elles avaient avec une diminution présumée des taux de suicide (Mishara, 2002a). C'est donc par un processus itératif de formulation et de reformulation des théories que l'évaluateur parviendra éventuellement à repérer celles sur lesquelles s'appuiera son travail. On le voit, la démarche n'est pas simple et elle peut constituer, en soi, l'objectif unique de l'évaluation du programme. En effet, une telle démarche peut pointer des problèmes majeurs qui commanderaient une restructuration, sinon l'abandon même du programme. Vue de cette manière, il s'agit aussi d'une démarche dite d'évaluation de l'« éventualité » du programme (Rossi *et al.*, 1999). En effet, à quoi sert de poursuivre l'évaluation du programme pour vérifier ses effets présumés ou répondre aux questions des utilisateurs, s'il ne repose pas sur des fondements théoriques acceptables ?

La théorie est donc tout au plus implicite dans les pratiques et les discours des intervenants et gestionnaires. L'évaluateur de programmes fait alors œuvre de découvreur, et non pas d'inventeur (Rossi *et al.*, 1999), dans la gestation d'un rejeton qui devra finalement être reconnu par ses parents. Dans cette démarche maïeutique, il doit ainsi admettre, en toute humilité, qu'il n'est pas nécessairement le spécialiste du domaine couvert par le programme, ce qui n'empêche pas qu'il soit le spécialiste de l'évaluation, ce pour quoi il est d'ailleurs sollicité. D'un autre côté, ici comme ailleurs, il faut bien faire la distinction entre ce que les gens disent qu'ils font et ce qu'ils font réellement (Cyr, Lecomte et Bouchard, 1990 ; Rhéaume et Sévigny, 1987). En parallèle, il faut aussi distinguer la théorie épousée officiellement

(*espoused theory*) et la théorie en usage (*theory-in-use*), lesquelles peuvent diverger grandement (Argyris, 1982) ne serait-ce qu'à cause de la routine qui s'établit progressivement dans un organisme.

2.3. Les avantages en suicidologie

Nous l'avons vu, une approche fondée sur la théorie n'exclut pas nécessairement les autres approches, quoiqu'elle apparaisse souvent comme un préalable. Dans cette section, nous allons donc chercher à préciser les avantages d'une telle démarche, en nous inspirant notamment de Rossi, Freeman et Lipsey (1999) mais aussi de Desrosiers (1998).

Un des avantages certains de l'approche fondée sur la théorie est qu'elle permet d'isoler les sources potentielles d'échec et de réussite. En effet, avant que ne soit entrepris un long processus d'évaluation de l'efficacité, elle permet de reconnaître le processus causal qui est présumé à l'œuvre dans le programme. Si des incohérences sont relevées dans le modèle ou se révèlent entre le modèle et la pratique, elles pourront être corrigées, de même que des forces pourront être enrichies. Il s'agit, en quelque sorte, de repérer les éléments du modèle qui entraîneront les conséquences les plus heureuses sur les comportements ciblés. Il est alors possible de développer des stratégies effectives de changement dans l'organisme en cause avant que des erreurs trop coûteuses ne soient commises, que les intervenants ne soient démotivés et que, à la limite, le programme ne vienne à disparaître. Par exemple, un modèle d'intervention téléphonique sera repensé en fonction de deux grands types de clientèle suicidaire, les nouveaux appelants et les appelants répétitifs. Le bénéfice présumé des interventions n'étant pas le même, il est alors possible de définir les stratégies à adopter pour chacune des clientèles. En parallèle, la démarche pointera des effets non désirés, non prévus dans la planification originelle. Dans l'exemple précédent, il pourrait s'agir non seulement d'un renforcement de la dépendance pour une partie de la clientèle (les appelants répétitifs), mais aussi d'une démotivation des intervenants qui se sentent impuissants lorsqu'ils travaillent dans ce contexte. Cette approche théorique facilite donc le processus d'implantation du programme parce qu'elle aide à définir tous les éléments à mettre en œuvre pour obtenir un éventuel résultat. Par la même occasion, elle précise lesquels de ces éléments semblent les plus essentiels.

L'approche théorique aide aussi à comprendre le programme dans sa totalité et à mieux le situer dans son contexte social plus large. Cela donne du sens à nos actions et nous permet de garder le cap sur nos objectifs principaux. En effet, comme nous l'avons déjà mentionné, la création d'un programme devrait s'insérer dans une démarche de responsabilisation

sociale plus large. Une société s'inspire normalement de grandes philosophies sociales, lesquelles peuvent être explicitées dans des documents de priorités nationales ou dans de grandes chartes. Des stratégies nationales ou des politiques gouvernementales traduiront concrètement ces grands idéaux, ce qui aboutira éventuellement à la création de programmes, mis en œuvre dans différents sites ou projets. Présentée de la sorte, la démarche est claire, mais elle doit être rappelée, notamment dans une évaluation fondée sur la théorie. En effet, il est important de définir les fondements théoriques (plus ou moins scientifiques) d'un programme, mais il faut aussi inscrire tout cela dans un cadre social qui lui donne un sens. Par ailleurs, le chercheur ou l'évaluateur de programmes engagé dans son milieu n'est pas un observateur passif de ces grandes orientations sociales et il doit plutôt contribuer à mieux les définir (Bouchard, 2001).

En France, une telle stratégie nationale a été annoncée en septembre 2000, mais elle visait plus spécifiquement la prévention du suicide chez les adolescents et les jeunes adultes. Selon Bouet (2001), de telles stratégies sont des « impulsions politiques à l'action ». Au Québec, une démarche semblable s'est conclue par l'adoption de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* mise au point par le ministère de la Santé et des Services sociaux (1998). Cette stratégie précise d'ailleurs des « principes liés à l'action », ce qui montre bien le souci, justement, de définir les principes qui, bien appliqués, devraient conduire à des résultats. De plus, la stratégie québécoise cible des clientèles spécifiques et le type d'interventions à privilégier. Par ailleurs, cette stratégie est appuyée par le rappel médiatique de grands principes philosophiques et sociaux.

Par son effet structurant, ou à tout le moins clarificateur, l'approche fondée sur la théorie peut aussi canaliser toutes les bonnes volontés qui, plus ou moins harmonieusement, agissent dans le champ de la prévention du suicide. En effet, nous savons que, dans un domaine aussi sensible et intime que la prévention du suicide (c'est-à-dire la préservation de la vie), toutes sortes de motivations sont en jeu chez les intervenants, et cela malgré les formations relativement rigoureuses qui leur sont données au départ. Or, il est loin d'être certain que tous s'entendent sur le sens qu'ils donnent à leur action. C'est d'ailleurs ce que constatent souvent les chercheurs qui font de l'observation participante auprès des intervenants, alors que les questionnaires leur avaient pourtant décrit une certaine uniformité de pensée. Le fait de clarifier, avec eux, quels sont les éléments essentiels qui peuvent provoquer un changement chez les personnes suicidaires permet de reconnaître des points qui font consensus chez les partisans de différentes approches d'intervention. En parallèle, cela les conscientise sur ce qu'ils ont réellement à faire et leur permet d'évoluer d'une vision fonctionnelle (attributions de tâches) vers une vision processus (contributions à l'objectif fondamental de changement ; Terra, 2000). Le tout nous renvoie finalement

aux grands débats sur les possibilités et sur les façons d'intervenir en prévention du suicide, mais peut-être avec des repères plus certains ou du moins mieux formulés. On le voit, une telle approche recentre les discussions au sujet d'un programme sur des arguments plus fondamentaux, plus scientifiques. Le débat peut alors passer d'un échange d'opinions à une évaluation des preuves présentées (Pietrzak, Ramler, Renner, Ford et Gilbert, 1990).

Idéalement, tout cela relativise les ambitions de chacun et définit les changements qui sont vraiment réalisables. Cette démarche leur rappelle aussi que la prévention du suicide n'est pas innée, mais qu'elle est un acquis culturel, technique et structurel. À ce sujet, selon Terra (2000), il faut d'ailleurs rappeler que les marches de la prévention doivent être assez hautes pour être un rêve d'espoir, mais assez basses pour être gravies.

Parce qu'elle prélève les éléments essentiels du programme, une évaluation plus théorique facilite également l'application du programme à d'autres contextes. Plus que cela, si l'évaluation est bien menée, elle permet même à des intervenants originaux et productifs de faire entendre leur voix et d'obtenir une certaine reconnaissance. En effet, l'évaluateur contribuera à expliciter leurs interventions et à valoriser leur expertise, souvent acquise hors des sentiers battus ou pour des clientèles bien spécifiques (Bledsoe, 2001).

Par ailleurs, si la causalité est très explicite dans le modèle théorique, une certaine efficacité devrait habituellement en résulter. Cet indicateur (relatif) de l'efficacité est un bon argument pour justifier le financement d'un programme bien planifié et documenté. « Comme disait un Boileau retouché par le Conseil du trésor : ce qui se conçoit bien se finance aisément » (Laplante, 1988, p. 20).

Pour le chercheur ou pour l'évaluateur de programmes, l'approche théorique aide également à mieux formuler et à prioriser les questions d'évaluation, à établir un devis et même à interpréter les résultats de recherche (Rossi *et al.*, 1999). Finalement, une modélisation théorique facilite la reconnaissance des variables plus « proximales » (sur lesquelles nous pouvons d'ailleurs agir plus facilement). Dans le domaine de la prévention du suicide, il s'agit là d'un avantage non négligeable, d'autant plus que, comme nous l'avons déjà vu, les taux de suicide sont justement trop « distaux », inaccessibles ou suspects en raison des interférences. Dans la section suivante, nous étayerons d'ailleurs ce constat.

2.4. Exemple d'application en suicidologie

L'exemple québécois de l'évaluation de la Semaine de prévention du suicide (SPS) illustre bien les avantages d'une approche fondée sur la théorie. La SPS est considérée ici comme un programme parce qu'elle nourrit l'ambition

de provoquer un changement social planifié, planifié dans ce cas-ci par l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS). Il s'agit là d'une des activités de l'AQPS, activité qui est plus visible dans les médias pendant une semaine donnée. La SPS occupe néanmoins l'AQPS et ses collaborateurs toute l'année, et ce, depuis 1989. Ici, l'AQPS avait une certaine présomption que la SPS était justifiée, sinon efficace, et elle mobilisait beaucoup d'énergie. Ne serait-ce que pour cette question d'investissement par rapport à d'autres priorités organisationnelles, l'AQPS voulait donc aller plus loin dans une démarche d'évaluation.

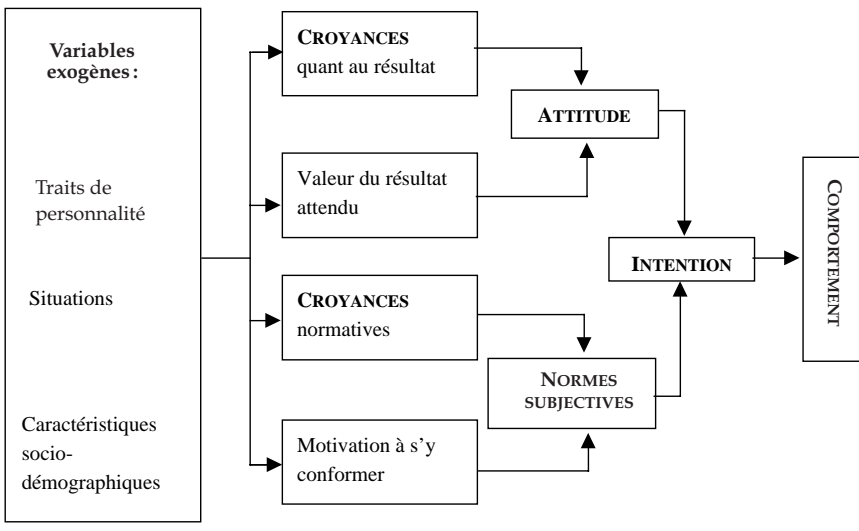
D'un point de vue théorique, les deux questions centrales étaient donc : « Qu'est-ce que vous espérez changer dans la société avec la SPS ? » et « Comment vous y prenez-vous ? » À la première question, l'AQPS pouvait répondre : « Sensibiliser, éduquer, mobiliser... », mais surtout « Faire diminuer les taux de suicide » et « Faire augmenter les demandes d'aide ». À la suite d'un long processus d'itération, où les questionnaires de l'AQPS ont d'ailleurs été très actifs, un seul grand objectif a finalement été fixé pour la SPS, soit celui de « Faire augmenter les demandes d'aide », et cela, dans la clientèle cible des hommes.

Cet objectif a été retenu après qu'on eut théorisé le problème : « Le taux de suicide est plus particulièrement élevé chez les hommes. Or, le suicide est associé à la souffrance. Il faut demander de l'aide lorsqu'on souffre, sinon le passage à l'acte suicidaire peut devenir la seule solution pour certains. Et les hommes expriment moins leur souffrance, demandent moins d'aide et passent à l'acte plus souvent. » Plus fondamentalement, ce type d'explication s'appuie sur une des grandes théories qui tentent d'expliquer le suicide, soit celle qui invoque principalement l'apprentissage social particulier des hommes. En effet, nous considérons ici que certaines parties de la population (dont les hommes âgés de vingt à quarante ans) ont eu un apprentissage social qui les amène à moins exprimer leur souffrance et à moins demander de l'aide. Conséquemment, le risque suicidaire est plus élevé chez ces personnes.

On le voit, la variable « demande d'aide » demeure une cible comportementale précise (d'ailleurs mesurable jusqu'à un certain point), mais elle a surtout l'avantage d'être plus proximale que la variable « taux de suicide », dont les inconvénients ont été évoqués précédemment. Cependant, il fallait aussi préciser des variables encore plus proximales, lesquelles posséderaient les trois qualités suivantes : un degré d'association suffisant avec la mesure distale, un caractère modifiable et la possibilité d'être mesurée quantitativement ou qualitativement (Breton, 2001). C'est dans ce contexte qu'a été retenu un modèle plus complexe, soit celui de l'action raisonnée de Ajzen et Fishbein (1980), reconceptualisé par la suite pour devenir celui du comportement planifié (Ajzen, 1988). La figure 2.2 illustre le modèle de l'action raisonnée, lequel est applicable à divers comportements. À partir

de ce modèle général, une théorie causale pouvait donc être formulée pour mesurer les effets présumés de la SPS. La figure 2.3 illustre cette théorie selon laquelle, à une étape proximale, une amélioration des connaissances, des attitudes et des intentions aurait une influence, à une étape plus distale, sur les comportements de demande d’aide et, éventuellement, sur les comportements suicidaires. Notons ici que, aussi bien dans le modèle de la figure 2.1 que dans celui de la figure 2.3, des études scientifiques peuvent confirmer que certains liens de causalité existent entre les différentes variables. Cela ne fait que renforcer la validité d’un modèle, mais ce n’est pas nécessairement l’objectif d’une évaluation fondée sur la théorie. En effet, comme dans l’exemple présenté ici, l’idée est d’en arriver à un accord (entre les évaluateurs et l’organisme) sur la logique inhérente à la démarche qui est évaluée.

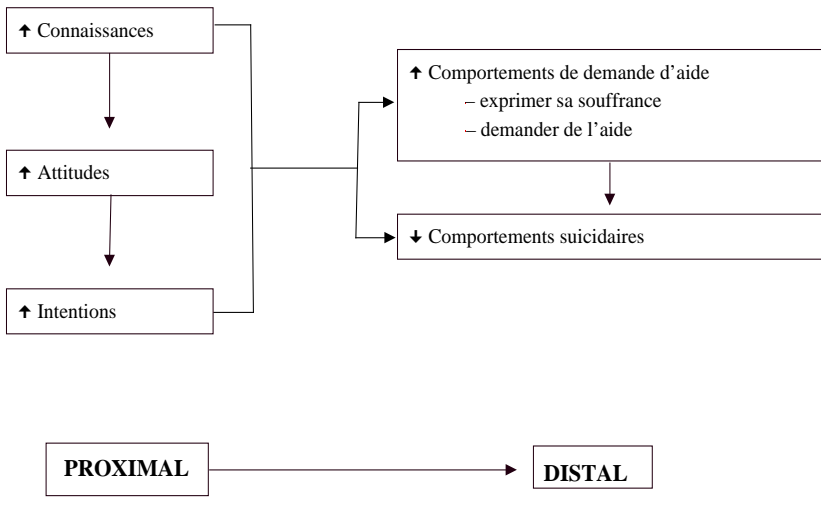
Figure 2.2
Le modèle de l’action raisonnée
d’Ajzen et Fishbein (1980)



Une fois le modèle d’impact de la SPS défini, restait néanmoins la difficulté d’expliquer comment l’AQPS s’y prenait, de façon plus ou moins explicite, pour provoquer les changements attendus. Certes, l’AQPS avait développé une grande expertise dans le domaine, mais cette expertise s’expliquait mal à l’intérieur d’un cadre théorique. Or, ce sont les concepts issus du marketing social qui ont permis de préciser la démarche de l’AQPS et, finalement, de l’améliorer.

Figure 2.3

Modèle de l'impact de la Semaine de prévention du suicide



Dérivée du marketing traditionnel des produits et services, l'expression « marketing social » renvoie à un processus planifié visant à susciter le changement. Ce processus est composé d'éléments issus de la recherche commerciale et de consommation, de la publicité et de la promotion. On y spécifie ainsi le positionnement, la segmentation des marchés, la stratégie créative, la conception et l'évaluation du message, la stratégie et la planification médiatique, de même que le suivi réel (Santé Canada, 2001). Plus précisément, on y utilise le modèle dit des « quatre *p* », soit le produit, le prix, la promotion et la place, pour bien préciser les techniques de marketing nécessaires dans une démarche de transmission sociale d'un message (Kotler et Andreasen, 1996). Ce modèle peut représenter, finalement, celui suivi lors de la SPS.

Globalement, la théorie du programme appliquée à la SPS, tant pour le processus que pour l'impact, s'énoncerait alors ainsi : « Changer les connaissances, les attitudes et les intentions des hommes (dans l'espace d'une semaine de prévention qui se répète annuellement), en utilisant des techniques de marketing et des activités de mobilisation, amènera plus d'hommes à exprimer leur souffrance, à demander de l'aide et à avoir moins de comportements suicidaires. » On le voit, une telle théorie peut alors servir l'action, mais elle peut aussi, éventuellement, être raffinée. La théorie reste valide tant que nous poursuivons les mêmes objectifs, mais elle doit être réajustée dans le cas contraire.

Conclusion

Un peu au désespoir des grands planificateurs de notre société, mais aussi des évaluateurs de programmes, il faut admettre que la création de plusieurs programmes d'intervention vient surtout de la bonne volonté des citoyens et des pressions sociales qui s'exercent de diverses façons. Or, dans ce chapitre, nous insistons plutôt sur la nécessité de définir rationnellement les problèmes, les besoins et les solutions à mettre en œuvre, et d'évaluer les programmes en se fondant essentiellement sur les théories qui les sous-tendent.

Faut-il s'en étonner ou même s'en désoler, notre société n'est pas que rationnelle ! Ainsi, lorsque le besoin d'évaluer ces programmes se fait sentir, on s'intéresse surtout à leur efficacité présumée ou à des problèmes spécifiques de fonctionnement, en laissant de côté leurs fondements théoriques qui ne sont, au mieux, qu'implicites. Par exemple, pour ce qui est des programmes de prévention du suicide chez les jeunes Canadiens, les modèles théoriques des conduites suicidaires et du programme ne sont pas explicités, du moins dans les rapports de recherche publiés (Breton *et al.*, 1998).

C'est peut-être ce qui expliquerait, en partie, que les résultats observés en prévention du suicide soient encore très décevants. En effet, malgré certaines preuves d'efficacité, nous n'avons pas vraiment noté de diminution importante des taux de suicide depuis l'application de programmes de prévention (Goldney, 1998). Nous avons tendance à reproduire les mêmes façons de faire de la prévention, d'autant plus que nos moyens d'action sont fortement inspirés de nos répertoires professionnels respectifs. Là-dessus, la psychologie communautaire est relativement ouverte à différents niveaux d'intervention (voir, par exemple, les cinq niveaux systémiques définis par Bronfenbrenner, 1979). Mais un constat demeure : la majorité des programmes utilisent plus ou moins un mélange d'interventions cliniques (counselling, thérapie, médication) ou éducationnelles. La présomption fondamentale est alors que les personnes ciblées vont changer leurs comportements problématiques si elles reçoivent de l'information et du support interpersonnel (Rossi *et al.*, 1999).

Une telle présomption n'est pas mauvaise en soi et constitue déjà une forme de modélisation de l'action. Néanmoins, compte tenu des résultats décevants évoqués plus haut, permettons-nous de remettre en cause ou de raffiner, sinon cette présomption fondamentale, du moins la façon d'en tirer une pratique. Or, c'est précisément ce à quoi peut s'attaquer une évaluation fondée sur la théorie. Dans le meilleur des cas, cela pourrait favoriser justement l'élargissement des répertoires d'interventions, comme ce fut le cas lors de l'évaluation de la Semaine de prévention du suicide. En effet, lors de cet exercice, tant les évaluateurs que les gestionnaires et les intervenants ont vite buté sur les limites de leurs expertises respectives. Ils

ont alors dû recourir à des outils moins traditionnels dans le domaine, soit ceux du marketing social. Tous les changements sociaux, sinon les progrès sociaux, ne passent pas nécessairement par de grands changements de paradigme. Néanmoins, soutenues par un regard externe, certaines remises en question théoriques contribueront à faire avancer la cause de la prévention du suicide.

Bibliographie

- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, Personality, and Behavior*, Chicago, Dorsey Press.
- Ajzen, I. et M. Fishbein (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.
- Argyris, C. (1982). *Reasoning, Learning, and Action: Individual and Organizational*, San Francisco, Jossey-Bass.
- Bledsoe, K.L. (2001). « Why I Believe Theory-Driven Evaluation Is Useful in Program Development for Underserved and Diverse Populations », *Mechanisms. Newsletter for the Program Theory and Theory-Driven Evaluation Topical Interest Group. American Evaluation Association*, 5, 1-3.
- Bouchard, C. (2001). « Inspirer, soutenir et rénover les politiques sociales », dans F. Dufort et J. Guay (dir.), *Agir au cœur des communautés. La psychologie communautaire et le changement social*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 343-365.
- Bouet, R. (2001). « Évaluation et contrôle de la qualité ». Conférence présentée en novembre aux Journées-atelier sur l'évaluation des programmes en suicidologie, Montréal, Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie.
- Breton, J.-J. (2001). *Le choix des indicateurs en évaluation*. Conférence présentée en novembre aux Journées-atelier sur l'évaluation des programmes en suicidologie, Montréal, Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie.
- Breton, J.-J., R. Boyer, H. Bilodeau, S. Raymond, N. Joubert et M.A. Nantel (1998). *Bilan des recherches évaluatives sur les programmes d'intervention et de prévention du suicide chez les jeunes au Canada. Contexte théorique et résultats*, Montréal, Hôpital Rivière-des-Prairies.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Chen, H.-T. (1989). « The Conceptual Framework of the Theory-driven Perspective », *Evaluation and Program Planning*, 12, 391-396.
- Cordray, D.S. (1989). « Optimizing Validity in Program Research: An Elaboration of Chen and Rossi's Theory-driven approach », *Evaluation and Program Planning*, 12, 379-385.
- Cyr, M., D. Lecomte et M.A. Bouchard (1990). « Psychotherapists: What They Do Versus What They Think They Do », *Canadian Journal of Counselling*, 24(1), 17-25.
- Daigle, M.S. (1999). « Les niveaux de responsabilité dans l'intervention: l'exemple du milieu carcéral », *Frontières*, 12(1), 94-99.
- Daigle, M.S. et Y. Gariépy (2003). « Vers une meilleure concertation dans les services offerts aux hommes suicidaires », *Revue québécoise de psychologie*, 24(1), 243-254.
- Desrosiers, H. (1998). *Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes. Applications en promotion de la santé et en toxicomanie*, Sainte-Foy, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Goldney, R.D. (1998). « Suicide Prevention Is Possible: A Review of Recent Studies », *Archives of Suicide Research*, 4(4), 329-339.

- Guay, J. (2001). « L'intervention de réseau et l'approche milieu », dans F. Dufort et J. Guay (dir.), *Agir au cœur des communautés. La psychologie communautaire et le changement social*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 249-295.
- Kotler, P. et A.R. Andreasen (1996). *Marketing for Nonprofit Organizations* (5^e éd.), Upper Saddle River, NJ, Prentice-Hall.
- Laplante, L. (1988). *L'université. Questions et défis*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture.
- Lester, D. (1992). « Psychological Theories of Suicide », dans D. Lester (dir.), *Why People Kill Themselves. A 1990s Summary of Research Findings on Suicidal Behavior*, Springfield, IL, Charles C. Thomas, 418-434.
- Lester, D. (1994). « A Comparison of 15 Theories of Suicide », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24(1), 80-88.
- Mayeske, G.W. et M.T. Lambur (2001). *How to Design Better Programs: A Staff Centered Stakeholder Approach to Program Logic Modeling*, Crofton, MD, The Program Design Institute of Crofton, Maryland, and Blacksburg, Virginia.
- Miller, H.L., D.W. Coombs, J.D. Leeper et S.N. Barton (1984). « An Analysis of the Effects of Suicide Prevention Facilities on suicide rates in the United States », *American Journal of Public Health*, 74(4), 340-343.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998). *S'entraider pour la vie : stratégie québécoise d'action face au suicide*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Mishara, B.L. (2002a). « Évaluation des centres de prévention affiliés à l'American Association of Suicidology ». Conférence prononcée en septembre lors de la journée des membres du Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie, Montréal.
- Mishara, B.L. (2002b). « L'option suicide au Québec : comprendre pour agir ». Conférence prononcée en février lors de la journée Option suicide au Québec, Montréal, Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie.
- Nadeau, M.-A. (1988). *L'évaluation de programme : théorie et pratique*, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval.
- Neimeyer, R.A. et A.M. Pfeiffer (1994). « Evaluation of Suicide Intervention Effectiveness », *Death Studies*, 18(2), 131-166.
- Petrosino, A. (2000). « Answering the Why Question in Evaluation: The Causal-model Approach », *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 15(1), 1-24.
- Pietrzak, J.J., M. Ramler, T. Renner, L. Ford et N. Gilbert (1990). *Practical Program Evaluation. Examples from Child Abuse Prevention*, Newbury Park, CA, Sage.
- Plutchik, R. et H.M. van Praag (1994). « Suicide Risk: Amplifiers and Attenuators », dans M. Hillbrand et N.J. Pallone (dir.), *The Psychobiology of Aggression: Engines, Measurement and Control*, New York, Haworth Press, 173-186.
- Rhéaume, J. et R. Sévigny (1987). « Les enjeux sociaux de la pratique dite "alternative" », *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 6(2), 133-147.
- Rossi, P.H., H.E. Freeman et M.W. Lipsey (1999). *Evaluation. A Systematic Approach* (6^e éd.), Thousand Oaks, CA, Sage.
- Santé Canada (2001). *Marketing social*. Page consultée le 5 juillet 2002 (http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/marketing/social/marketing_social.html). » [ing_social.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/marketing/social/marketing_social.html)).
- Terra, J.-L. (2000). « Santé publique et démarches qualité au service de la prévention du suicide : comment rendre l'excellence ordinaire ». Conférence de clôture prononcée en avril lors du Premier congrès international de la francophonie en prévention du suicide. *S'entendre pour agir*, Québec, Association québécoise de suicidologie.
- Van Gundy, A. (1988). *Stalking the Wild Solution: A Problem Finding Approach to Creative Problem Solving*, Buffalo, NY, Bearly.
- Weiss, C. (1997). « How Can Theory-based Evaluation Make Greater Headway », *Evaluation Review*, 21(4), 501-524.

LES INDICATEURS EN PRÉVENTION DU SUICIDE

Proposition d'un cadre conceptuel pour le XXI^e siècle

Jean-Jacques Breton

L'ampleur du problème du suicide, sa gravité, son importance sociale et ses coûts ont conduit l'Organisation mondiale de la santé à faire du suicide une priorité de santé publique en considérant la disponibilité des ressources et la possibilité d'exercer un certain contrôle et de conclure des ententes institutionnelles (Bertolote, 1996). Un nombre grandissant de pays planifient, appliquent et évaluent des stratégies de prévention du suicide (Taylor, Kingdom et Jenkins, 1997). L'Australie, les États-Unis, la Finlande, la France et la Nouvelle-Zélande font partie du nombre. Le Québec, qui connaît les taux de suicide les plus élevés parmi les provinces canadiennes, a aussi développé une stratégie d'action pour contrer ce problème de santé publique (MSSS, 1998).

Le suicide présente des contours bien particuliers. Il comprend trois composantes : idées suicidaires, tentatives de suicide et suicides complétés. Le suicide n'est pas une maladie, bien qu'il résulte souvent d'un dysfonctionnement impliquant des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Problème de santé mentale et physique, il comporte également une dimension

sociale majeure, puisqu'il est lié aux normes et valeurs d'une société et à sa capacité d'allouer les ressources requises pour prendre en charge des individus vulnérables.

Comme tout problème de santé, le suicide, comprend quatre indicateurs : la mortalité, la morbidité, les facteurs de risque et l'incapacité (Pineault et Goulet, 1995). Aux facteurs de risque, il convient d'ajouter les facteurs de protection, puisque la promotion de la santé mentale est une stratégie reconnue en prévention du suicide (CDC, 1992). L'incapacité, c'est-à-dire la diminution des activités de la vie quotidienne en raison de conduites suicidaires, a été peu étudiée en prévention du suicide. La connaissance, la surveillance et le contrôle du problème du suicide en santé publique requièrent le développement d'indicateurs valides.

Un bon indicateur fournit une information pertinente, utile et mesurable. L'information est pertinente si elle se rapporte correctement au problème de santé. Elle est utile si la définition de l'indicateur satisfait au besoin d'information et fait l'objet d'un consensus parmi les acteurs impliqués dans le problème de santé. Enfin, elle est mesurable s'il existe une variation dans l'expression quantitative de l'indicateur qu'on peut estimer par un instrument de mesure. Le choix et l'utilisation des indicateurs en santé reposent sur un cadre conceptuel qui permet de donner un sens à la démarche et sur les critères scientifiques de fiabilité, de validité, de sensibilité et de spécificité (Brunelle et Saucier, 1999).

Le sens habituellement attribué au terme « indicateur » est celui de témoin d'un construit (ou concept). La glycémie mesurée par le glucomètre reflète le taux de glucose dans le sang. La tristesse témoigne de la dépression lors de l'évaluation clinique. De rares auteurs distinguent cependant indicateurs témoins et indicateurs causaux (Pedhazur et Pedhazur Schmelkin, 1991). Cette distinction s'applique à certains construits comme le statut socioéconomique dont chacune des trois composantes, l'éducation, le revenu et l'emploi, peut être utilisée comme indicateur témoin ou causal. Tout dépend de la perspective de l'utilisateur. Le niveau d'éducation peut être considéré comme un indicateur témoin du statut socioéconomique par un responsable de santé publique désirant décrire les caractéristiques socioéconomiques d'une population donnée. L'éducation peut aussi être analysée comme un indicateur causal du statut socioéconomique par un chercheur intéressé aux variables associées à ce statut. Un indicateur devient causal lorsque sa manipulation entraîne une modification du construit (ou concept ; Pedhazur et Pedhazur Schmelkin, 1991).

Cette distinction entre indicateur témoin et indicateur causal se révèle essentielle en prévention du suicide pour l'analyse du cadre conceptuel des indicateurs. En effet, alors que la mortalité par suicide est un indicateur témoin du problème du suicide, les idées suicidaires et les tentatives de

suicide peuvent être appréhendées comme des indicateurs témoins ou causes. La notion de causes inclut ici celle de facteurs de risque. Les idées suicidaires constituent un facteur de risque des tentatives de suicide et du suicide complété. Les tentatives sont également associées au suicide complété (Brent, 1995; Moscicki, 1999). Les idées suicidaires et les tentatives de suicide peuvent aussi être étudiées comme les témoins du problème du suicide, ce qui leur confère un double statut en tant qu'indicateurs.

Bien qu'il existe des écrits sur les qualités métriques des indicateurs en prévention du suicide (la mortalité par exemple), le sujet des indicateurs n'est pas traité comme tel dans les ouvrages de base en prévention du suicide (Baechler, 1975; de Leo et Diekstra, 1990; Jacobs, 1999; Leenaars *et al.*, 1998; Maris, Berman, Maltsberger et Yufit, 1992; Ramsay et Tanney, 1996; Resnik, 1968). L'absence de travaux portant sur l'ensemble des indicateurs en prévention du suicide fait en sorte que le cadre conceptuel qui préside au choix et à l'utilisation de ces indicateurs demeure généralement implicite. L'analyse de ce cadre conceptuel révèle qu'il est toujours influencé par la compréhension linéaire des problèmes de santé qui a longtemps prévalu en santé publique. Cette constatation m'encourage à suggérer un cadre conceptuel plus conforme aux paradigmes contemporains en science. Somme toute, je vous propose la démarche suivante pour redéfinir le cadre conceptuel des indicateurs en prévention du suicide : réviser les critères scientifiques des indicateurs en santé publique, décrire le cadre conceptuel des indicateurs en prévention du suicide du ^{XX}^e siècle, souligner les implications de ce cadre conceptuel pour les indicateurs, proposer un cadre conceptuel des indicateurs en prévention du suicide pour le ^{XXI}^e siècle et enfin montrer les implications de ce nouveau cadre conceptuel.

3.1. Les critères scientifiques des indicateurs en santé publique

La fiabilité, la validité, la sensibilité et la spécificité sont les critères scientifiques des indicateurs en santé publique. La fiabilité d'un indicateur se définit par sa capacité de produire des résultats constants lorsqu'il est appliqué de façon répétitive au même phénomène (Brunelle et Saucier, 1999). La consistance interne, c'est-à-dire la cohérence des items qui composent l'indicateur, la stabilité test / retest, c'est-à-dire la constance des résultats dans le temps et la fidélité « interjuges » ou la constance des résultats d'une personne à l'autre permettent d'apprécier la fiabilité.

La validité estime la capacité de l'indicateur à mesurer réellement ce qu'il doit mesurer. Elle comprend trois types : contenu, construit ou structure et critères (Brunelle et Saucier, 1999; Crocker et Algina, 1986). La validité de contenu traduit la capacité de l'indicateur de représenter adéquatement tous les aspects du concept. Prenons les idées suicidaires. Comment les

questions sur la fréquence de ces idées, leur durée (semaines, mois, année), l'intentionnalité, la présence de plans, la létalité des moyens envisagés ou d'autres caractéristiques permettent-elles de bien représenter le concept « idées suicidaires » afin qu'il soit un indicateur en santé publique ?

La validité de construit nécessite la formulation et la vérification d'hypothèses par analyse factorielle, c'est-à-dire par la recherche des facteurs expliquant les liens entre les dimensions d'un indicateur. L'étude des liens entre le concept et les concepts similaires (idées suicidaires et désespoir par exemple), appelée la validité convergente, et l'analyse de la variation des résultats selon les caractéristiques de sous-groupes (p. ex., hommes et femmes), définie comme la validité discriminante, servent également à énoncer et à vérifier des hypothèses.

La validité de critères se subdivise en validité prédictive et validité concomitante. La validité prédictive reflète la capacité de prédire un autre critère dans le futur. La capacité de l'inventaire des raisons de vivre pour les adolescents (*Reasons for living inventory for adolescents*) de prédire l'absence de tentatives de suicide futures (Osman *et al.*, 1998) est un exemple de validité prédictive. La validité concomitante témoigne de la capacité de prédire un autre critère dans le présent. Le critère devrait se rapprocher le plus possible de la vérité que les chercheurs en épidémiologie expriment par le terme étalon or (*golden standard*). La validité de critères (prédictive ou concomitante) est évaluée par la sensibilité, la spécificité, la valeur prédictive du résultat positif, la valeur prédictive du résultat négatif et la valeur globale. Essentiellement, ces opérations permettent de comparer les résultats obtenus pour l'indicateur à ceux obtenus lors de l'évaluation du critère pour les quatre sous-groupes : les vrais positifs (positifs les deux fois), les vrais négatifs (négatifs les deux fois), les faux positifs (indicateur positif et critère négatif) et les faux négatifs (indicateur négatif et critère positif). La sensibilité correspond à la proportion d'individus reconnus positifs par la mesure de l'indicateur parmi l'ensemble des individus positifs (avec conduites suicidaires selon le critère). La spécificité correspond à la proportion d'individus reconnus négatifs par la mesure parmi l'ensemble des individus négatifs (sans conduites suicidaires selon le critère).

Les auteurs des instruments de dépistage en santé mentale utilisent généralement une stratégie conservatrice qui vise à maximiser l'identification des individus positifs pour ne pas échapper un seul participant à risque susceptible d'avoir besoin d'aide. Cette stratégie se solde par l'adoption d'échelles très sensibles (Winters, Myers et Proud, 2002). Le contre-poids se traduit par des échelles moins spécifiques avec plusieurs faux positifs. Par exemple, la sensibilité de l'échelle de dépistage du risque suicidaire (*Suicide risk screen*) varie de 87 % à 100 % et sa spécificité de 54 % à 60 % d'après une étude menée auprès de 508 jeunes de quatorze à vingt ans jugés à risque de décrochage scolaire (Thompson et Eggert, 1999).

Les notions de sensibilité et de spécificité empruntent des significations différentes comme critères scientifiques d'un indicateur. La sensibilité et la spécificité expriment essentiellement la variation de l'indicateur en fonction des interventions qui visent à le modifier. La sensibilité (*responsiveness*) désigne la capacité de l'indicateur de varier rapidement lors d'interventions sur le problème de santé. La spécificité (*exclusiveness*) se définit par la capacité de l'indicateur de varier uniquement lors d'interventions sur le problème de santé (Brunelle et Saucier, 1999; Pineault et Goulet, 1995). Ce critère de spécificité est cependant plus théorique que pratique. Le choix d'un indicateur s'appuie aussi sur des critères plus pragmatiques comme l'accessibilité et les coûts (Pineault et Goulet, 1995).

3.2. Le cadre conceptuel du xx^e siècle

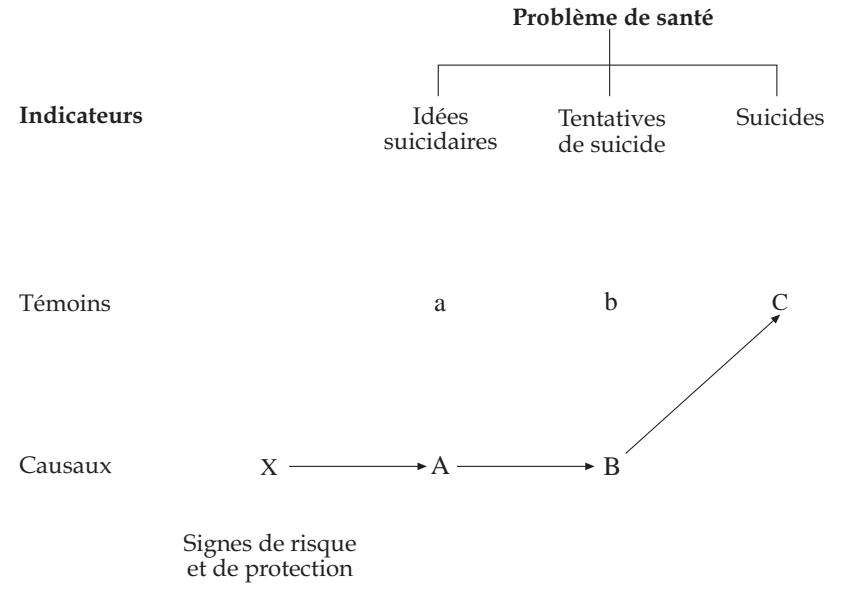
Un demi-losange illustre le cadre conceptuel actuel du xx^e siècle. Le problème de santé en prévention du suicide se divise en trois composantes : les idées suicidaires, les tentatives de suicide et le suicide complété. Les indicateurs causaux sont représentés sur la ligne inférieure du losange. Les signes de risque et de protection se manifestent avant les idées suicidaires, lesquelles précèdent les tentatives de suicide. Les idées suicidaires et les tentatives de suicide sont appréhendées principalement comme des indicateurs causaux. L'action des indicateurs causaux s'exerce sur l'indicateur de la mortalité qui devient l'indicateur témoin par excellence. La fonction témoin des indicateurs idées suicidaires et tentatives de suicide, bien que maintenue, est reléguée au second plan (figure 3.1).

Bien que le problème du suicide ait fait l'objet d'un nombre considérable de travaux depuis trois décennies, en ce début de XXI^e siècle, décideurs, planificateurs, chercheurs et intervenants ne disposent toujours pas d'une nomenclature standardisée des conduites suicidaires (O'Carroll *et al.*, 1996; Moscicki, 1999; NSW Health, 1999). Il est alors impossible d'utiliser des données fidèles et valides pour la connaissance et la surveillance de la morbidité du problème du suicide (Moscicki, 1999). Ainsi en est-il pour l'évaluation des programmes. Au Canada, les données nationales sur les idées suicidaires et les tentatives de suicide se révèlent inexistantes (Stewart, 2002). Le développement et l'utilisation de ces banques de données sont devenus un thème de recherche prioritaire en prévention du suicide pour les prochaines années au Canada (Strachan-Tomlinson and Associates, 2003).

Mais comment expliquer que les acteurs en prévention du suicide aient fait de la mortalité l'indicateur témoin par excellence, et relégué dans l'ombre la fonction témoin des idées suicidaires et des tentatives de suicide? Pourquoi la mortalité a-t-elle entraîné dans son sillage les deux autres conduites suicidaires? La diminution du risque de mortalité constitue certes un objectif valable pour tous les acteurs concernés par un problème

de santé. La priorité accordée à cet objectif est cependant fonction de l'importance de la létalité. La létalité est le rapport entre le taux de mortalité et le taux d'incidence (nouveaux cas apparus dans une période donnée). Or, la létalité due au problème du suicide est faible. Un taux de suicide de vingt par 100 000 adolescents (0,02 %) de seize ans et une incidence d'idées suicidaires de quatre par 100 adolescents (4 %) au cours d'une année donne un rapport mortalité / incidence de 0,5 % (0,02 % divisé par 4 %). En d'autres mots, seulement vingt adolescents parmi les 4 000 suicidaires mettront fin à leurs jours.

■ **Figure 3.1**
Cadre conceptuel des indicateurs de santé publique
en prévention du suicide du xx^e siècle



D'autres raisons peuvent expliquer l'importance qu'on accorde au suicide complété comme indicateur témoin. Il faut reconnaître que ce type de mortalité est bien particulier. La volonté de s'autodétruire va à l'encontre de l'instinct de survie. Son caractère paradoxal, dramatique et souvent imprévisible a profondément ébranlé philosophes, pédagogues, sociologues, chercheurs et intervenants (Shneidman, 1967) et certes contribué à concentrer les efforts de prévention sur un type de mortalité qui interpelle toutes les instances d'une société.

On peut cependant chercher d'autres explications. L'influence de la causalité linéaire sur la façon de comprendre les problèmes de santé publique est une avenue intéressante à explorer. L'angle sous lequel les chercheurs analysent un problème scientifique se trouve en effet défini par le paradigme dominant en science à une époque donnée. Un paradigme représente l'ensemble des croyances, valeurs et techniques communes aux membres d'un groupe (Kuhn, 1983). Le paradigme mécaniste a prévalu en science aux XVII^e, XVIII^e et XIX^e siècles et pendant la majeure partie du XX^e siècle. Issu de la physique newtonienne qui révèle un univers ordonné et prévisible ainsi que du rationalisme cartésien prônant le clivage du corps et de l'esprit, le paradigme mécaniste a donné naissance au déterminisme et au réductionnisme en science (Jenicek et Cléroux, 1985). La causalité unique et linéaire représente la pierre angulaire de ce paradigme (Feinbloom, 1985).

Appliqué par analogie aux sciences humaines, le paradigme mécaniste est à la base du modèle classique de santé publique du XX^e siècle. Dans le traitement des maladies infectieuses, ce modèle fait appel aux notions d'hôte, d'agent et d'environnement (Gordon, 1983). Le paradigme mécaniste est également à la base du modèle médical traditionnel (Engel, 1992). Chaque problème de santé est alors tributaire d'un parcours singulier où il y a continuité entre facteurs de risque, début de la maladie, manifestations cliniques et évolution (Silverman et Felner, 1995a). A précède B, lequel est antérieur à C, qui précède D. La spécificité des facteurs de risque d'un problème de santé conduit logiquement à tenter de les identifier afin de les contrôler et de prévenir l'émergence du problème.

L'argumentation des chercheurs qui appuient la notion de continuité entre les groupes de personnes ayant des comportements suicidaires repose sur la causalité linéaire, appliquée aux idées suicidaires, aux tentatives de suicide et aux suicides. Bien que cette controverse entre continuité et discontinuité des conduites suicidaires perdure (De Lacroix, Birot et Jeammet, 1994; Winters *et al.*, 2002), les auteurs qui ont approfondi la question concluent que les arguments des tenants de la continuité ne résistent pas aux données empiriques (Chagnon, Houle et Renaud, 2002; Fisher et Shaffer, 1984; Linehan, 1986). Par exemple, les deux tiers des jeunes qui se suicident n'ont pas fait de tentatives auparavant, tandis que de 1 % à 5 % de ceux qui ont fait une tentative se donneront la mort (Chagnon *et al.*, 2002). La notion de groupes distincts n'exclut cependant pas un chevauchement entre ces groupes. La personne qui fait une tentative de suicide a eu des idées suicidaires. De telles idées existent même pour les tentatives de suicide faites de façon impulsive (Simon *et al.*, 2001). Les personnes avec idées suicidaires incluent la minorité de celles qui feront une tentative. Enfin, une infime minorité des individus suicidaires se donneront la mort (Mishara, 2003).

La linéarité en santé publique a également donné naissance aux concepts de prévention primaire (contrôle des facteurs de risque), secondaire (dépistage et intervention précoces) et tertiaire (traitement et réadaptation; Silverman et Felner, 1995a). Établie pour les maladies physiques chroniques au début des années 1950, cette classification a été généralisée à toute la santé mentale communautaire (Caplan, 1964). Elle prévaut encore dans plusieurs milieux, mais l'Institut de médecine des États-Unis (1994) a proposé, il y a une décennie, d'adopter la classification de Gordon (1983) qui distingue conceptuellement prévention et traitement.

Par prévention on entend les interventions « avant le fait » sur les facteurs associés à l'apparition des problèmes de santé dans la population générale afin de diminuer le nombre de nouveaux cas. Trois catégories d'interventions préventives sont proposées. L'intervention universelle s'adresse à tous les individus dans une région ou un milieu de vie. Les interventions ciblées visent tous les individus d'une sous-population jugée à risque en raison de caractéristiques liées à leur environnement : on parle dans ce cas de prévention sélective, ou à cause de caractéristiques personnelles : il est alors question de prévention indiquée. Quant aux interventions auprès d'individus ayant déjà le problème de santé, elles ne sont pas considérées comme de la prévention, mais comme un traitement ou un travail de réadaptation. Cette classification a été appliquée à la prévention du suicide (Breton et Boyer, 2000; Dorwart et Ostacher, 1999; Eggert, Karovsky et Pike, 1999).

3.3. Les implications pour les indicateurs

3.3.1. L'indicateur de mortalité

L'indicateur de mortalité est le dernier terme de la séquence linéaire. Son utilisation comme indicateur témoin privilégié ne compromet en rien sa pertinence. Constituée des décès résultant d'actes délibérés de personnes contre elles-mêmes, la mortalité par suicide est colligée sur une base régulière. Cet indicateur peut être présenté selon des modalités variables : taux de mortalité spécifiques selon l'âge, le sexe ou encore la région administrative; mortalité différentielle (différence de mortalité par suicide entre deux groupes, comme la surmortalité masculine) et taux de mortalité selon la cause (suicide et autres causes de décès). Des indices comparatifs permettent également d'étudier les taux de suicide selon les régions. Enfin, le nombre d'années de vies potentielles perdues ou d'années non vécues par une personne décédée avant l'âge de 75 ans permet d'apprécier l'impact du problème du suicide (Hamel, 2001). Cet indicateur témoin est donc pertinent, utile et mesurable dans une perspective de connaissance et de surveillance en santé publique.

Les qualités métriques de l'indicateur de mortalité ont été étudiées. La validité est remise en question à cause de la sous-déclaration des décès par suicide due à des facteurs sociaux et culturels (Moscicki, 1999; Stewart, 2002). Les études indiquent cependant que cette sous-déclaration ne biaise pas l'analyse des caractéristiques temporelles, sociodémographiques et géographiques associées aux taux de suicide (Jouglan *et al.*, 2002; Moens, 1985; Sainsbury et Jenkins, 1982; Speechley et Stavrakys, 1991). La fiabilité de cet indicateur n'est toutefois pas connue, principalement pour des raisons éthiques. Il serait peu acceptable de refaire, surtout pour les cas incertains, une enquête du coroner afin d'étudier la fidélité « interjuges ». L'indicateur de mortalité est accessible à des coûts modiques. Les statistiques peuvent être aisément obtenues des organismes de santé. Les banques de données sont disponibles dans le réseau Internet et les statistiques courantes peuvent être téléchargées gratuitement. Les statistiques spécialisées requérant des analyses additionnelles par l'organisme entraînent généralement des coûts pour l'utilisateur.

Le rôle secondaire dévolu à la fonction témoin des indicateurs de morbidité a entraîné une utilisation excessive de l'indicateur de mortalité pour l'évaluation de l'efficacité des programmes sur les conduites suicidaires. Le projet national de prévention du suicide en Finlande, qui s'appuie pourtant sur une démarche de recherche structurée, en est un bon exemple. L'évaluation de l'effet de ce projet sur les conduites suicidaires a reposé uniquement sur les statistiques de mortalité. L'objectif de réduire le taux de suicide finlandais de 20 % n'a pas été atteint. La baisse de 9 % entre 1986 et 1996 n'est pas concluante, et le fait de ne pas avoir utilisé les idées suicidaires et les tentatives de suicide comme mesure d'efficacité représente une faiblesse du projet (Beskow, Kerkhof, Kokkola et Uutela, 1999). Par ailleurs, l'évaluation de l'efficacité des programmes de prévention du suicide sur les taux de suicide des jeunes dans différents États américains donne des résultats contradictoires (Lester, 1992) ou négatifs (Metha, Weber et Webb, 1998). Les chercheurs en concluent qu'il est nécessaire de tenir compte des conduites suicidaires autres que le suicide complété dans la démarche d'évaluation de l'efficacité des programmes (Metha *et al.*, 1998).

L'absence d'effet probant sur les taux de suicide est liée à la faible sensibilité (la capacité de varier rapidement lors des interventions) de l'indicateur de mortalité. Cette faible sensibilité s'explique par la létalité restreinte des conduites suicidaires. Il en résulte des problèmes méthodologiques presque insurmontables pour qui veut démontrer scientifiquement l'effet d'un programme de prévention du suicide sur l'indicateur de mortalité. Par exemple, en respectant les paramètres statistiques habituels, il faudrait 12 909 670 participants pour voir une réduction du taux de suicide de 15 % avec un taux de dix personnes par 100 000 (Gunnell et Frankel, 1994).

La spécificité de l'indicateur de mortalité, c'est-à-dire sa capacité de varier uniquement lors d'interventions ciblant les conduites suicidaires, est également faible. Des programmes ciblant d'autres problèmes de santé mentale comme la dépression et la toxicomanie peuvent également avoir un effet sur cet indicateur.

3.3.2. Les indicateurs de morbidité

L'absence d'une nomenclature faisant consensus pour ce qui est des idées suicidaires et des tentatives de suicide a contribué à la multiplication des termes en suicidologie. Pensées, préoccupations, ruminations, tendances sont souvent utilisées de façon interchangeable pour définir les idées suicidaires. Ainsi en est-il des expressions « comportements autodestructeurs », « blessures intentionnelles » et « passages à l'acte » pour parler des tentatives de suicide. Cette imprécision des concepts n'est guère résolue par l'étude des définitions proposées par les organismes de prévention du suicide.

La Stratégie nationale de prévention du suicide des États-Unis propose la définition suivante des idées suicidaires : « pensées que l'individu reconnaît avoir nourries au sujet de l'accomplissement de comportements suicidaires » (US Department of Health and Human Services, 2001; traduction libre). L'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS) privilégie plutôt le contenu suivant : « comportements qui peuvent être directement observés ou entendus et par rapport auxquels il est justifié de conclure à une intention possible de suicide, ou qui tendent vers cette intention, mais où l'acte légal n'a pas été accompli ». Ici, l'intentionnalité est retenue en plus de l'observation des idées suicidaires. Les idées suicidaires survenant une seule fois répondent cependant à ces deux définitions. Le seuil d'inclusion très bas conduit alors à déclarer suicidaires un grand nombre de personnes dont les idées sont éphémères et sans conséquences négatives.

Ces deux organismes définissent la tentative de suicide de façon similaire, à une différence majeure près : les critères d'inclusion. La définition de l'AQPS est la suivante : « La tentative de suicide est la situation dans laquelle une personne a manifesté un comportement qui met sa vie en danger, avec l'intention réelle ou simulée de causer sa mort ou de faire croire que telle était son intention, mais dont l'acte n'aboutit pas à la mort. » Celle de la Stratégie nationale des États-Unis se lit comme suit : « Comportement qui peut résulter en une blessure non fatale et où il est évident que la personne avait l'intention d'attenter à sa vie ; une tentative de suicide peut résulter ou non en des blessures » (traduction libre). Un individu dont l'intention de mourir est simulée (plutôt un geste suicidaire) fait donc une tentative de suicide selon l'AQPS mais ce n'en est pas une selon la Stratégie nationale de prévention du suicide des États-Unis.

Certes, les statistiques hospitalières fournissent une certaine information sur les tentatives de suicide, mais elles représentent une minorité de ces tentatives. Seulement 38 % des personnes de quinze ans et plus ayant fait une tentative de suicide en 1998 au Québec ont déclaré s'être rendues dans une urgence hospitalière (Boyer *et al.*, 2000). De plus, la façon de collecter les statistiques de tentatives de suicide en milieu hospitalier n'est pas uniforme d'une région à l'autre. L'utilisation de ces données est limitée par ce problème de validité (Rhodes *et al.*, 2002).

Les indicateurs de morbidité sont modérément accessibles en raison du coût des enquêtes auprès de la population générale. La nécessité de sélectionner des échantillons représentatifs lors de ces enquêtes se traduit par un nombre élevé de participants et l'évaluation des conduites suicidaires, de leurs déterminants et des modalités d'utilisation des services se réalise plus aisément lors d'enquêtes de santé mentale plutôt que dans le contexte d'enquêtes générales de santé.

3.3.3. Les indicateurs de signes de risque et de protection

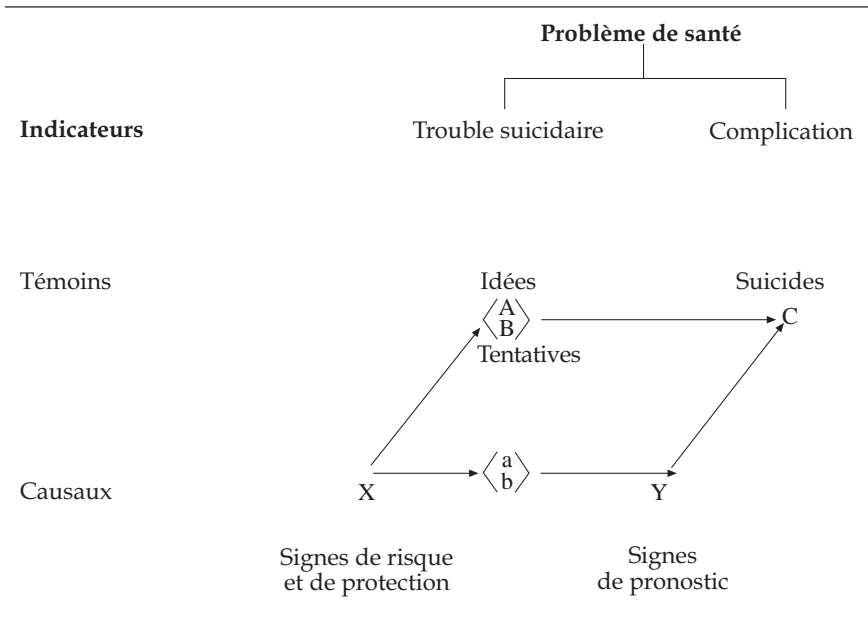
Les signes de risque et de protection sont des marqueurs et des facteurs. Un marqueur est une caractéristique non modifiable par une intervention, alors qu'un facteur peut être modifié. L'âge, le sexe, le décès d'un conjoint sont des marqueurs du risque, tandis que la dépression et l'isolement social sont des facteurs de risque.

Les signes de risque ont fait l'objet de nombreuses études en suicidologie. Trois conclusions ressortent de l'analyse des revues des études épidémiologiques sur les facteurs de risque des conduites suicidaires : 1) l'expression « facteur de risque » est appliquée à toutes les manifestations du problème du suicide ; 2) les auteurs privilégient les études sur les facteurs de risque du suicide complété ; 3) ils ne distinguent pas les facteurs de risque selon leur association aux idées suicidaires ou aux tentatives de suicide (AACAP, 2001 ; Dyck, Mishara et White, 1998 ; Gould, Greenberg, Velting et Shaffer, 2003 ; Moscicki, 1999). En somme, le peu de distinction entre les groupes de personnes ayant des conduites suicidaires favorise les deux dernières composantes de la séquence linéaire et le recours à une seule expression pour désigner toutes les variables associées. Pourtant, tout commence par des idées suicidaires, et une prévention du suicide « avant le fait » devrait plutôt privilégier les signes de risque et de protection de la première manifestation du problème du suicide.

3.4. Un cadre conceptuel pour le XXI^e siècle

Le cadre conceptuel que je propose est représenté par un losange complet à la figure 3.2. Le problème de santé comporte deux composantes. La première est le concept de trouble suicidaire qui regroupe idées suicidaires et tentatives de suicide, la seconde, le suicide complété qui devient une complication du trouble suicidaire. Les indicateurs témoins sur la ligne supérieure du losange comprennent les idées suicidaires, les tentatives de suicide et le suicide complété. Les indicateurs causaux, sur la ligne inférieure, se subdivisent en signes de risque et de protection, et signes de pronostic. L'action des indicateurs de signes de risque et de protection s'exerce sur le trouble suicidaire, et celle des indicateurs de signes de pronostic du trouble suicidaire, sur le suicide complété.

Figure 3.2
Cadre conceptuel des indicateurs de santé en prévention du suicide pour le XXI^e siècle



Présenter le suicide complété comme une complication peut paraître pour le moins étonnant. Une complication est quelque chose de secondaire, alors que le suicide complété est souvent considéré comme la manifestation cardinale du problème du suicide. Le cadre conceptuel des indicateurs du XXI^e siècle remet cependant en question cette conception. Le suicide complété en tant que complication fait sens si l'entité trouble suicidaire devient l'indicateur témoin privilégié. Mais pourquoi ne pas utiliser les

mots « devenir » ou « conséquence » du trouble suicidaire plutôt que le terme « complication » qui a une connotation médicale ? Ces mots ne distinguent pas les issues positives et négatives d'un problème de santé. Dans toute mort due à un problème de santé, comme la toxicomanie ou le sida, le mot « complication » désigne clairement une issue négative. D'autres complications du trouble suicidaire peuvent également être envisagées, comme les handicaps résultant des tentatives de suicide médicalement graves.

Le terme « complication » véhicule aussi le sens de compliqué, ce qui est conforme à la grande difficulté de prédire le suicide complété. La définition du trouble suicidaire comme une entité clinique et du suicide complété comme une complication permet de distinguer les signes de risque et de protection des signes de pronostic du trouble suicidaire (figure 3.2). Cette distinction peut se révéler intéressante à plus d'un égard. Prenons l'exemple du sida en santé physique. Ce problème de santé a fait l'objet d'un investissement majeur en recherche au Québec, au Canada et dans plusieurs autres pays. Facteurs de risque, caractéristiques cliniques et évolutions différentes de la maladie suivant les modalités de traitement ont été étudiés de façon extensive. La mortalité au Québec a diminué de 423 à 149 cas de 1996 à 1998. L'investissement a été majeur certes et le sida n'est pas un problème de santé aussi complexe que le suicide. Cependant, cette chute de la mortalité s'est produite parce que les efforts de recherche et de traitement ont porté sur le sida comme entité clinique. Le même raisonnement peut s'appliquer au problème du suicide, ce qui conduirait alors à centrer les recherches et les efforts de prévention sur le trouble suicidaire qui entraîne bon an mal an la mort de dix fois plus de Québécois que le sida.

Le cadre conceptuel du XXI^e siècle, qui reconnaît au trouble suicidaire un statut d'indicateur témoin privilégié en prévention du suicide, résulte de l'abandon de la perspective linéaire en santé publique. Le paradigme probabiliste, appliqué par analogie aux sciences humaines, a remplacé le paradigme mécaniste au cours des premières décennies du XX^e siècle. Le principe d'incertitude d'Heisenberg en physique quantique a grandement contribué à ce changement de paradigme. La certitude laisse place à l'incertitude et à la recherche de probabilités tenant compte d'une multiplicité de facteurs. Le développement extraordinaire des connaissances qui a découlé de ce changement de paradigme en science a contribué à l'émergence de la théorie de la complexité (ou théorie du chaos) qui s'appuie essentiellement sur des modèles statistiques non linéaires. Cette théorie propose une approche holistique centrée sur les processus à l'œuvre dans le développement des systèmes et a suscité de nombreux travaux en psychologie et en psychiatrie (Breton, 1999). Le paradigme probabiliste a aussi donné naissance, dans les années 1970, au modèle biopsychosocial (Engel, 1977), au modèle écologique (Bronfenbrenner, 1979, 1989) et à l'approche transactionnelle du développement humain (Sameroff et Chandler, 1975). Essentiellement, ces modèles se distinguent par les caractéristiques suivantes :

- une perspective développementale ;
- une dimension plurisystémique ;
- une interpénétration des systèmes environnementaux ;
- des transactions multiples entre l'individu et l'environnement ; et
- une interaction entre facteurs de risque et facteurs de protection.

À ces cinq caractéristiques s'ajoutent les principes d'équifinalité et de multifinalité propres au développement des processus biologiques, psychologiques et sociologiques. L'importance de ces principes a été confirmée par les recherches inspirées par le paradigme probabiliste, particulièrement en psychopathologie développementale (Richters, 1997). Le principe d'équifinalité énonce que des résultats similaires peuvent être atteints à partir de points de départ différents. L'angoisse de séparation d'un enfant peut ainsi s'inscrire dans une histoire de maladie chronique ou de décès d'un parent en bas âge. Le principe de multifinalité signifie quant à lui que des résultats différents peuvent être obtenus à partir de points de départ identiques. Un rejet maternel peut par exemple précéder aussi bien une dysthymie avec ou sans conduites suicidaires qu'un trouble d'opposition.

L'abandon de la perspective linéaire permet de considérer chaque manifestation suicidaire comme une entité propre qui est tributaire d'un réseau complexe de causes et de conséquences (Linehan, 1986 ; Maris, 1992). La connaissance et la surveillance en santé publique requièrent alors un indicateur témoin qui tienne compte de chaque entité autonome. Cet indicateur doit véhiculer une information pertinente, utile et mesurable afin de permettre une prise de décision éclairée sur l'allocation de ressources. En somme, il s'agit de relever les caractéristiques de chaque manifestation suicidaire pour déterminer l'intervention de santé publique à privilégier.

La démarche est facile pour les tentatives de suicide. Toute tentative, peu importe le niveau d'intention de se donner la mort et la létalité du passage à l'acte, devrait être jugée sérieuse (Linehan, 1986). Elle commande aussi une intervention, quelles que soient ses caractéristiques (AACAP, 2001 ; Bongar, 2002 ; Shneidman, 1981). Pour déterminer la nécessité d'une intervention de santé publique, la tentative de suicide doit certes être définie, mais non de façon opérationnelle. La réalité est différente pour les idées suicidaires. En effet, les personnes dont les idées suicidaires sont transitoires et non récurrentes n'ont généralement pas besoin d'une intervention. De la même façon qu'en santé physique, une glycémie élevée ne signifie pas nécessairement un diabète. On doit vérifier la présence de symptômes cliniques et faire d'autres épreuves de laboratoire avant de conclure que le diabète est en cause.

Les enquêtes de population générale appliquent souvent aux idées suicidaires le qualificatif de sérieuses qui est plus près de l'intervention. Les résultats d'une étude menée auprès d'adolescents révèlent que les idées

suicidaires sérieuses sont cliniquement significatives (Tousignant et Hanigan, 1986). Ceux des études bisannuelles menées auprès des jeunes de quatorze à dix-sept ans dans les écoles secondaires américaines indiquent cependant une prévalence annuelle d'idées suicidaires sérieuses de 20,5 % à 29 % (Brener, Krug et Simon, 2000). Devrait-on conclure qu'un jeune Américain sur quatre ou cinq a besoin d'une aide dans les services de santé ? Lorsqu'on leur a demandé s'ils avaient conçu un plan pour attenter à leur vie, 15,7 % à 19 % ont répondu par l'affirmative, ce qui représente tout de même un jeune sur cinq ou six. Une réponse positive à ces questions reflète par ailleurs des configurations suicidaires différentes, en ce qui a trait à la durée de l'épisode, à la fréquence hebdomadaire et journalière des idées suicidaires, à la détresse associée et l'interférence avec les activités de la vie quotidienne. Ces différences ont une incidence sur la décision d'intervenir et sur les modalités et l'intensité de l'intervention.

Il devient alors nécessaire, en santé publique, de circonscrire une nouvelle entité clinique dont la présence oriente l'intervention. Plusieurs appellations peuvent désigner cette entité : détresse, perturbation ou trouble suicidaire. Le mot « trouble » semble néanmoins le plus approprié, car il peut englober diverses facettes du fonctionnement, alors que le mot « détresse » traduit surtout une souffrance intérieure intense. « Trouble » a aussi une connotation plus psychologique que « perturbation » qui s'applique surtout aux systèmes environnementaux. Il peut cependant susciter des questions en raison de son association à « troubles mentaux ». Cette interrogation en suscite rapidement une autre : le trouble suicidaire serait-il un trouble mental ?

Le trouble suicidaire transcende le concept de trouble mental. Il pourrait être diagnostiqué qu'il y ait ou non trouble mental. Par contre, il est très important de tenir compte de la présence d'un trouble mental coexistant avec le trouble suicidaire parce qu'elle influence le contenu de l'intervention clinique. Les modalités de celle-ci diffèrent en effet selon que le trouble suicidaire coexiste, par exemple, avec une schizophrénie ou un état dépressif majeur. Il faut donner au trouble suicidaire une définition opérationnelle pour qu'il puisse accéder au statut d'indicateur en santé publique. Les idées suicidaires deviendraient alors la caractéristique principale du trouble suicidaire.

La subdivision de ce trouble suicidaire selon qu'il y a ou non tentative de suicide, est possible, pertinente et rentable. Elle est possible parce que cette conduite n'a pas à être définie de façon opérationnelle en santé publique puisqu'une intervention s'impose devant une tentative de suicide observée ou rapportée, quelles que soient ses caractéristiques. La définition de la tentative de suicide devrait cependant faire partie intégrante d'une nomenclature des conduites suicidaires. Cette subdivision est pertinente, parce que la létalité du problème du suicide est faible, le fardeau du problème

pesant beaucoup plus sur les personnes qui ont des idées suicidaires, qu'elles fassent ou non une tentative de suicide. Enfin, elle est rentable parce que le travail de définition opérationnelle de l'indicateur «trouble suicidaire» s'appliquerait également aux personnes ayant fait une tentative de suicide. Le trouble suicidaire deviendrait alors l'indicateur témoin privilégié en prévention du suicide.

Vouloir cerner les caractéristiques des personnes à risque de suicide dans une perspective d'intervention n'est évidemment pas nouveau. Cet objectif est cependant sérieusement compromis par l'absence d'une nomenclature reconnue des conduites suicidaires (Moscicki, 1999; NSW Health, 1999; O'Carroll *et al.*, 1996). Certains chercheurs expliquent cette lacune par la confusion entre les notions de nomenclature et de classification en suicidologie. Dans l'espoir d'améliorer la communication, ils proposent une nomenclature du comportement suicidaire (*suicide-related behavior*) qui tient compte de l'intention de mourir et du devenir de la conduite suicidaire (O'Carroll *et al.*, 1996). Appuyée par des arguments valables, cette nomenclature définit toute la gamme des comportements suicidaires, mais elle demeure peu opérationnelle.

De nombreux auteurs ont tenté de circonscrire les caractéristiques des personnes suicidaires. Le modèle cubique du suicide est un exemple intéressant (Shneidman, 1987). L'interrelation entre la pression ressentie (les événements stressants et la perception subjective), la douleur et la perturbation permet de juger du risque de suicide. Ce modèle n'a cependant pas été défini de façon opérationnelle, bien qu'on ait récemment proposé une échelle pour mesurer la douleur psychologique, une des trois composantes de ce modèle (Shneidman, 1999).

Les échelles du risque suicidaire (*suicidality*) visent également à cerner les caractéristiques des personnes à risque. Deux problèmes surgissent cependant quant à leur utilisation potentielle comme indicateurs du trouble suicidaire. Premièrement, la majorité de ces échelles ciblent plusieurs concepts. Les facteurs de risque et de protection sont pris en considération, tout comme les idées suicidaires et les tentatives de suicide. À titre d'exemple, une de ces échelles de dépistage du risque suicidaire tient compte de la dépression et de l'abus de substances (Thompson et Eggert, 1999). Le tout résulte en un score composite de risque suicidaire. D'autres échelles de risque n'étudient pas les conduites suicidaires et portent uniquement sur des facteurs de protection comme l'inventaire des raisons de vivre à l'adolescence (Osman *et al.*, 1998). Deuxièmement, aucune de ces échelles n'a été conçue comme un indicateur de santé publique. Néanmoins, les nombreuses études psychométriques auxquelles elles ont donné lieu devraient être systématiquement relues pour préparer un éventuel travail de définition opérationnelle du trouble suicidaire.

Une entité clinique comme le trouble suicidaire peut aider l'intervenant à décider de la pertinence d'un traitement lorsqu'il est en présence d'une personne à risque. La définition opérationnelle du trouble suicidaire requiert une échelle catégorielle ou dimensionnelle. Une échelle catégorielle fait appel à des critères et sous-critères dont l'examen permet de conclure à l'absence ou à la présence du trouble suicidaire. Les études de validation doivent alors indiquer si la personne présentant un trouble suicidaire a besoin d'une intervention clinique. L'échelle dimensionnelle demande une sommation des items qui résulte en un score. Il est alors nécessaire d'établir un seuil au-delà duquel les études de validation indiquent que la personne suicidaire bénéficierait d'une intervention clinique. L'échelle dimensionnelle se transforme alors en échelle catégorielle (au-dessus et au-dessous du seuil). La distinction entre deux catégories (traitement ou non) est inhérente au processus de décision thérapeutique concernant des individus. Sous sa forme dimensionnelle, l'échelle peut cependant accroître la performance des études visant à relever les facteurs de risque et de protection.

La définition opérationnelle du trouble suicidaire commande une étude de validité de contenu. Il faudrait alors représenter tous les aspects importants du concept « trouble suicidaire » en tant qu'entité clinique de santé publique. Un groupe de travail composé d'experts en prévention du suicide serait appelé à revoir en profondeur la littérature disponible sur le sujet et proposer à des personnes-ressources une liste de critères ou d'items pour définir cette entité clinique. Ces personnes-ressources, regroupées au sein d'un comité consultatif, proviendraient des milieux de la recherche, de l'intervention et de l'enseignement en suicidologie ainsi que du milieu de la santé publique.

Ainsi définie de façon opérationnelle, l'entité « trouble suicidaire » pourrait être utilisée en recherche clinique et populationnelle. Un groupe important de chercheurs en prévention du suicide (réunis sous l'égide d'un centre de recherche ou d'une association) pourrait décider de recourir au concept de trouble suicidaire dans leurs projets, plutôt que de continuer à analyser les conduites suicidaires sans avoir de cadre conceptuel explicite et en utilisant chacun des questions différentes. Il serait alors beaucoup plus facile de comparer ensuite les données de ce groupe sur les conduites suicidaires. Parallèlement, d'autres chercheurs pourraient entreprendre des études psychométriques basées sur la formulation d'hypothèses sur la validité de construit et de critères du concept « trouble suicidaire ». Les résultats de ces études permettraient de confirmer la validité du concept « trouble suicidaire » ou d'orienter les étapes suivantes.

3.5. Les implications des indicateurs

3.5.1. Les indicateurs de mortalité et de morbidité

Le cadre conceptuel que je propose considère le suicide complété comme un indicateur témoin de la complication du trouble suicidaire. La fonction essentielle de cet indicateur serait la surveillance et le contrôle de cette complication mortelle. L'analyse du suicide complété porterait sur les signes du pronostic du trouble suicidaire. L'évaluation de l'efficacité des programmes de prévention du suicide reposerait sur la prévalence et l'incidence du trouble suicidaire avec et sans tentative de suicide, en tenant compte évidemment de la fréquence de la mortalité due au problème du suicide, comme pour tout autre problème de santé.

3.5.2. Les indicateurs de signes de risque et de protection

Les signes de risque et de protection des conduites suicidaires ont fait l'objet de plusieurs recensions des écrits que les lecteurs peuvent consulter (Brent, 1995; Dyck *et al.*, 1998; Gould *et al.*, 2003; Moscicki, 1999). Je n'en ferai pas ici la présentation systématique, mais plutôt la classification suivant les paradigmes contemporains en science. Cette classification respecte le cadre conceptuel des indicateurs et découle du modèle écologico-transactionnel en prévention du suicide (Felner, Adan et Silverman, 1992; Silverman et Felner, 1995b).

Le modèle écologico-transactionnel produit une synthèse de deux modèles de développement des connaissances issus du paradigme probabiliste, le modèle écologique (Bronfenbrenner, 1979, 1989) et l'approche transactionnelle du développement (Sameroff et Chandler, 1975). Son intérêt vient de ce que les récents modèles théoriques du suicide s'en inspirent. Ces nouveaux modèles peuvent se diviser en deux groupes. Le premier, lié au modèle écologique, porte sur les systèmes environnementaux (Shagle et Barber, 1995; White, 1998). Le second, qui s'appuie sur l'approche transactionnelle, traite des interactions entre les vulnérabilités individuelles et l'environnement (Harter, Marold et Whitesell, 1992; Schotte, Cools et Payvar, 1990). Le modèle écologico-transactionnel permet une classification sur deux axes. L'axe horizontal comprendrait deux catégories représentant la chronologie des échanges entre l'individu et l'environnement (l'approche transactionnelle), soit les signes distaux et proximaux (Moscicki, 1995). L'axe vertical listerait les différents systèmes environnementaux (le modèle écologique), soit les signes individuels, familiaux, sociaux et culturels.

3.5.3. Les indicateurs de signes de pronostic

Dans le cadre conceptuel que je propose, les signes de pronostic désigneraient les variables du trouble suicidaire associées au suicide complété. L'accès à des moyens efficaces pour s'enlever la vie et les services reçus (ou non reçus) par les personnes suicidaires seraient analysés principalement comme des variables de pronostic. Les indicateurs de signes de pronostic seraient aussi regroupés sur deux axes, les signes distaux et proximaux sur l'axe horizontal, et les signes individuels, familiaux, sociaux et culturels sur l'axe vertical.

Conclusion

Ce chapitre sur les indicateurs en prévention du suicide est certes ambitieux, puisqu'il tente à la fois de décrire le cadre conceptuel des indicateurs en suicidologie du XX^e siècle et de proposer un nouveau cadre conceptuel pour le XXI^e siècle. Mais ces deux pistes de réflexion sont complémentaires. Ce changement de cadre conceptuel vient de l'évolution des paradigmes en science, laquelle a inspiré mon travail de réflexion. Un nouveau paradigme ne fait sens que s'il peut mieux rendre compte de la réalité que celui qui l'a précédé. Si le concept de trouble suicidaire chapeautant les idées suicidaires et les tentatives de suicide suscite de l'intérêt, c'est que le choix du suicide complété comme indicateur témoin par excellence ne donne pas les résultats escomptés. La crédibilité de tous ceux qui travaillent en prévention du suicide s'en trouve d'ailleurs compromise.

Ce chapitre ouvre sur des perspectives plus larges permettant d'intégrer les conduites suicidaires dans un cadre conceptuel plus près de la réalité du problème du suicide. J'espère que ce nouveau regard sur les indicateurs en suicidologie vous incitera à envisager différemment la connaissance, la surveillance et le contrôle du problème du suicide en santé publique.

Bibliographie

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (2001). «Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Suicidal Behavior», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (Suppl. 7), 24S-51S.
- Baechler, J. (1975). *Les suicides*, Paris, Calmann-Levy.
- Bertolote, J. (1996). «World Health Organisation Approaches to Suicide Prevention», dans R.F. Ramsay et B.L. Tanney (dir.), *Global Trends in Suicide Prevention*, Mumbai, India, Tata Institute of Social Sciences, 95-106.
- Beskow, J., A. Kerkhof, A. Kokkola et A. Uutela (1999). «Suicide Prevention in Finland 1986-1996. External Evaluation by an International Peer Group», *Psychiatria Fennica*, 30, 31-46.

- Bongar, B. (2002). *The Suicidal Patient: Clinical and Legal Standards of Care*, Washington, DC, American Psychological Association.
- Boyer, R., D. St-Laurent, M. Préville, G. Légaré, N. Massé et C. Poulin (2000). « Idées suicidaires et parasuicides », dans Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 355-367.
- Brener, N.D., E.G. Krug et T.R. Simon (2000). « Trends in Suicidal Ideation and Suicidal Behavior Among High School Students in the United States, 1991-1997 », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(4), 304-312.
- Brent, D. (1995). « Facteurs de risque associés au suicide à l'adolescence: revue des recherches », *P.R.I.S.M.E.*, 5(4), 360-374.
- Breton, J.-J. (1999). « Complementary Development of Prevention and Mental Health Promotion Programs for Canadian Children Based on Contemporary Scientific Paradigms », *Canadian Journal of Psychiatry*, 44(3), 227-235.
- Breton, J.-J. et R. Boyer (2000). « La prévention du suicide », dans F. Vitaro et C. Gagnon (dir.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les jeunes. Tome 1: Les problèmes internalisés*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 271-304.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development. Experiments by Nature and Design*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1989). « Ecological Systems Theory », *Annals of Child Development*, 6, 187-249.
- Brunelle, Y. et A. Saucier (1999). *Les indicateurs et le système de soins*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*, New York, Basic Books.
- Centers for Disease Control (CDC) (1992). *Youth Suicide Prevention Programs: A Resource Guide*, U.S. Atlanta, GA, Department of Health and Human Services, Public Health Services, National Center for Injury Prevention and Control, Epidemiology Branch.
- Chagnon, F., J. Houle et J. Renaud (2002). *Que savons-nous des éléments pouvant influencer le processus suicidaire chez les jeunes*, Montréal, Centres jeunesse de Montréal.
- Crocker, L. et J. Algina (1986). *Introduction to Classical and Modern Theory*, Chicago, Holt, Rinehart and Wilson.
- De Lacroix, E., E. Birot et P. Jeammet (1994). « Histoire des recherches et des données cliniques sur les tentatives de suicide des adolescents », dans P. Jeammet et E. Birot (dir.), *Étude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte*, Paris, Presses universitaires de France, 5-37.
- De Leo, D. et R.F. Diekstra (1990). *Depression and Suicide in Late Life*, Toronto, Hogrefe & Huber Publishers.
- Dorwart, R.A. et M.J. Ostacher (1999). « Community Psychiatry Approach to Preventing Suicide », dans D.G. Jacobs (dir.), *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 52-71.
- Dyck, R.J., B.L. Mishara et J. White (1998). « Suicide in Children, Adolescents and Seniors: Key Findings and Policy Implications », dans *Canadian Health Action: Building on the Legacy, Determinants of Health: Vol. 3. Settings and Issues*, Sainte-Foy, Éditions MultiMondes et Forum national sur la santé.
- Eggert, L.L., P.P. Karovsky et K.C. Pike (1999). *Washington State Youth Suicide Program: Pathways to Enhancing Community Capacity in Preventing Youth Suicidal Behaviors, Final Report*, Washington, DC, University of Washington, School of Nursing.
- Engel, G.L. (1977). « The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine », *Science*, 196, 129-136.
- Engel, G.L. (1992). « How Much Longer Must Medicine's Science Be Bound by a Seventeenth Century World View? », *Family Systems Medicine*, 10, 333-346.

- Feinbloom, R.I. (1985). « The Probabilistic Paradigm as the Basic Science of the Practice of Family Medicine », dans M. Sheldon, J. Brooke et A. Rector (dir.), *Decision-making in General Practice*, New York, Stockton Press, 161-166.
- Felner, R.D., A.M. Adan et M.M. Silverman (1992). « Risk Assessment and Prevention of Youth Suicide in Schools and Educational Contexts », dans R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger et R.I. Yufit (dir.), *Assessment and Prediction of Suicide*, New York, Guilford Press, 420-447.
- Fisher, P. et D. Shaffer (1984). « Methods for Investigating Suicide in Children and Adolescents: An Overview », dans H.S. Sudak, A.B. Ford et N.B. Rushforth (dir.), *Suicide in the Young*, Boston, J. Wright, 139-158.
- Gould, M.S., T. Greenberg, D.W. Velting et D. Shaffer (2003). « Youth Suicide Risk and Preventive Interventions: A Review of the Past 10 Years », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(4), 386-405.
- Gordon, R.S. (1983). « An Operational Classification of Disease Prevention », *Public Health Reports*, 98(2), 107-109.
- Gunnel, D. et S. Frankel (1994). « Prevention of Suicide: Aspirations and Evidence », *British Medical Journal*, 308, 1227-1233.
- Hamel, D. (2001). « Suicides (E950-E959) », dans *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 203-216.
- Harter, S., D.B. Marold et N.R. Whitesell (1992). « Model of Psychosocial Risk Factors Leading to Suicidal Ideation in Young Adolescents », *Development and Psychopathology*, 4, 167-188.
- Institute of Medicine (1994). *Reducing Risk for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*, Washington, DC, National Academy Press.
- Jacobs, D.G. (dir.) (1999). *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers.
- Jenicek, M. et R. Cléroux (1985). « Révolution du raisonnement clinique. Épidémiologie clinique: définition, évolution et orientations pratiques », dans *Épidémiologie clinique. Clinimétrie*, Saint-Hyacinthe, Edisem Inc., 17-280.
- Jouglu, E., F. Pequignot, J. Chappert, F. Rossolin, A. Le Toullec et G. Pavillon (2002). « Quality of Suicide Mortality Data », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 50(1), 49-62.
- Kuhn, T.S. (1983). *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion.
- Leenaars, A.A., S. Wenckstern, I. Sakinofsky, R.J. Dycck, M.J. Kral et R.C. Bland (dir.) (1998). *Suicide in Canada*, Toronto, University of Toronto Press.
- Lester, D. (1992). « States Initiatives in Addressing Youth Suicide: Evidence for Their Effectiveness », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27, 75-77.
- Linehan, M.M. (1986). « Suicide People. One Population or Two? », dans J.J. Mann et M. Stanley (dir.), *Psychobiology of Suicidal Behaviour*, New York, New York Academy of Sciences, 16-33.
- Maris, R.W. (1992). « Overview of the Study of Suicide Assessment and Prediction », dans R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger et R.I. Yufit (dir.), *Assessment and Prediction of Suicide*, New York, Guilford Press, 3-22.
- Maris, R.W., A.L. Berman, J.T. Maltzberger et R.I. Yufit (dir.) (1992). *Assessment and Prediction of Suicide*, New York, Guilford Press.
- Metha, A., B. Weber et L.D. Webb (1998). « Youth Suicide Prevention: A Survey and Analysis of Policies and Efforts in the 50 States », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(2), 150-164.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998). *S'entraider pour la vie: stratégie québécoise d'action face au suicide*, Québec, MSSS.
- Mishara, B.L. (2003). « Succès, échecs et défis en prévention du suicide au Québec », *Revue québécoise de psychologie*, 24(1), 125-134.

- Moens, G. (1985). « The Reliability of Reported Suicide Mortality Statistics : An Experience from Belgium », *Journal of Epidemiology*, 14(2), 272-275.
- Moscicki, E. (1995) « Epidemiology of Suicidal Behavior », dans M.M. Silverman et R.W. Maris (dir.), *Suicide Prevention toward the Year 2000*, New York, Guilford Press, 22-35.
- Moscicki, E.K. (1999). « Epidemiology of Suicide », dans D.G. Jacobs (dir.), *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 40-51.
- NSW Health (1999). *Suicide: We Can All Make a Difference : NSW Suicide Prevention Strategy: Whole of Government Approach*, North Sidney, Australie, New South Wales Health.
- O'Carroll, P.W., A.L. Berman, R.W. Maris, E.K. Moscicki, B.L. Tanney et M.M. Silverman (1996). « Beyond the Tower of Babel: A Nomenclature for Suicidology », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(3), 237-252.
- Osman, A., W.R. Downs, B.A. Kopper, F.X. Barrios, M.T. Baker et J.R. Osman (1998). « The Reasons for Living Inventory for Adolescents (RFL-A) : Development and Psychometric Properties », *Journal of Clinical Psychology*, 54, 1063-1078.
- Pedhazur, E.J. et L.P. Pedhazur Schmelkin (1991). « Construct Validation », dans *Measurement, Design, and Analysis: An Integrated Approach*, Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, 52-80.
- Pineault, R. et I. Goulet (1995). « Les indicateurs de santé : les utiliser, oui, mais ne pas en abuser », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 2(2), 140-150.
- Ramsay, R.F. et B.L. Tanney (dir.) (1996). *Global Trends in Suicide Prevention; Towards the Development of National Strategies for Suicide Prevention*, Mumbai, India, Tata Institute of Social Sciences.
- Resnik, H.L.P. (dir.) (1968). *Suicidal Behaviors. Diagnosis and Management by 48 Authors*, Boston, Little, Brown.
- Rhodes, A.E., P.S. Links, D.L. Streiner, I. Dawe, D. Cass et S. Janes (2002). « Do Hospital E-codes Consistently Capture Suicidal Behaviour? », *Chronic Diseases in Canada*, 23(4), 139-145.
- Richters, J.E. (1997). « The Hubble Hypothesis and the Developmentalist's Dilemma », *Developmental Psychopathology*, 9, 193-229.
- Sainsbury, P. et J.S. Jenkins (1982). « The Accuracy of Officially Reported Suicide Statistics for Purposes of Epidemiological Research », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 36, 43-48.
- Sameroff, A.J. et M.J. Chandler (1975). « Reproductive Risk and the Continuum of Caretaking Casualty », dans F.D. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapalck et G. Siegal (dir.), *Review of Child Development Research*, Vol. 4, Chicago, Chicago University Press, 187-244.
- Schotte, D.E., J. Cools et S. Payvar (1990). « Problem-solving Deficits in Suicidal Patients : Trait Vulnerability or State Phenomenon? », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(5), 562-564.
- Shagle, S.C. et B.K. Barber (1995). « A Social-ecological Analysis of Adolescent Suicidal Ideation », *American Journal of Orthopsychiatry*, 65(1), 114-124.
- Shneidman, E.S. (dir.) (1967). *Essays in Self-destruction*, New York, Science House.
- Shneidman, E.S. (1981). « Psychotherapy with Suicidal Patients », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 11(4), 349-359.
- Shneidman, E.S. (1987). « A Psychological Approach to Suicide », dans A. Baum, C.J. Frederick, I.H. Frieze, E.S. Shneidman et C.B. Wortman, *Cataclysms, Crises and Catastrophes: Psychology in Action*, Washington, DC, American Psychological Association, 147-184.
- Shneidman, E.S. (1999). « Conceptual Contribution. The Psychological Pain Assessment Scale », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29(4), 287-294.

- Silverman, M.M. et R.D. Felner (1995a). « The Place of Suicide Prevention in the Spectrum of Intervention: Definitions of Critical Terms and Constructs », dans M.M. Silverman et R.W. Maris (dir.), *Suicide Prevention Toward the Year 2000*, New York, Guilford Press, 70-81.
- Silverman, M.M. et R.D. Felner (1995b). « Suicide Prevention Programs : Issues of Design, Implementation, Feasibility, and Developmental Appropriateness », dans M.M. Silverman et R.W. Maris (dir.), *Suicide Prevention Toward the Year 2000*, New York, Guilford Press, 92-104.
- Simon, T.R., A.C. Swann, K.E. Powell, L.B. Potter, M. Kresnow et P.W. O'Carroll (2001). « Characteristics of Impulsive Suicide Attempts and Attempters », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32 (Suppl.), 49-59.
- Speechley, M. et K. Stavrayk (1991). « The Adequacy of Suicide Statistics for Use in Epidemiology and Public Health », *Canadian Journal of Public Health*, 82, 38-42.
- Stewart, P. (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, Ottawa, Santé Canada.
- Strachan-Tomlinson and Associates (2003). *Rapport sur l'atelier de recherche en matière de suicide au Canada*, Ottawa, Santé Canada.
- Taylor, S.J., D. Kingdom et R. Jenkins (1997). « How are Nations Trying to Prevent Suicide ? An Analysis of National Suicide Prevention Strategies », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 457-463.
- Thompson, E.A. et L.L. Eggert (1999). « Using the Suicide Risk Screen to Identify Suicidal Adolescents Among Potential High School Dropouts », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1506-1514.
- Tousignant, M. et D. Hanigan (1986). « Les comportements suicidaires », dans *Comportements suicidaires et entourage social chez les cégépiens*, Montréal, Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale, 24-40.
- US Department of Health and Human Services (2001). *National Strategy for Suicide Prevention : Goals and Objectives for Action*, Rockville, MD, Department of Health and Human Services.
- White, J. (1998). « Comprehensive Youth Suicide Prevention: A Model for Understanding », dans A.A. Leenaars, S. Wenckstern, I. Sakinofsky, R.J. Dyck, M.J. Krall et R.C. Bland (dir.), *Suicide in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 275-290.
- Winters, N.C., K. Myers et L. Proud (2002). « Ten-year Review of Rating Scales. III : Scales Assessing Suicidality, Cognitive Style, and Self-esteem », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(10), 1150-1181.

L'ÉPIDÉMIOLOGIE ÉVALUATIVE

Les limites en suicidologie

Françoise Facy • Michel Debout

Méthode d'observation des phénomènes de santé, l'épidémiologie permet aux cliniciens de connaître l'histoire des maladies et leur propagation. Les décideurs de la santé publique l'utilisent aussi pour justifier leurs interventions et planifier des moyens d'intervention.

Le champ de la prévention du suicide implique d'autres acteurs que les responsables et professionnels de la santé. C'est pourquoi les indicateurs et les mesures utilisés diffèrent selon les groupes de population ou les acteurs sociaux intervenant auprès des groupes désignés (jeunes, personnes âgées, personnes vulnérables, etc.).

Les représentations collectives et individuelles du suicide s'appuient non seulement sur les statistiques de santé, mais aussi sur les témoignages de familles ou de proches, l'analyse de cas clinique et les choix idéologiques et sociaux.

Les gestes suicidaires restent des phénomènes rares par rapport à l'ensemble des comportements humains et, même s'il semble possible – voire facile – de les observer et de les quantifier, leur connaissance et leur qualification rencontrent des difficultés spécifiques qui délimitent la méthodologie appliquée à ce domaine.

Plusieurs facteurs déterminent la méthodologie en suicidologie. D'abord, le suivi des comportements individuels et de leurs conséquences est soumis aux problèmes du repérage des cas. Par exemple, les lieux sanitaires sont des postes d'observation privilégiés. Mais qui sélectionne les sujets hospitalisés ? Par ailleurs, la nature des interventions étend le champ des indicateurs pertinents. L'évaluation est-elle effectuée en milieu scolaire dans le cadre d'un projet éducatif ou sur les lieux de travail auprès de cellules de crises ? Enfin, les acteurs impliqués dans l'intervention (des bénévoles, des professionnels du champ social ou médical) et les personnes ciblées par des actions de prévention (personnes isolées ou groupes) influencent la méthodologie à privilégier.

L'évaluation des campagnes de prévention destinées à la population générale s'appuie souvent sur des indicateurs d'impact (vu, lu, entendu) suivant les supports utilisés, qu'ils soient imprimés ou électroniques. Dans le domaine de la santé, c'est plutôt l'observation épidémiologique populationnelle ou clinique qui est appliquée. Comparativement à la plupart des pathologies, les expériences déjà menées en suicidologie révèlent cependant l'existence de limites spécifiques.

4.1. L'épidémiologie et l'évaluation en santé publique

Dans le domaine de la santé publique, l'analyse des besoins de soins et l'évaluation des interventions nécessitent des informations qui reflètent l'état de santé des populations et leur évolution. Plusieurs disciplines contribuent à l'élaboration d'indicateurs pertinents. Notamment, les constats des cliniciens et les demandes des décideurs qui s'inspirent des sciences sociales et médicales déterminent le choix des indicateurs. Parmi ces sciences, l'épidémiologie, à ses débuts considérée comme une discipline médicale, observe les pratiques de soins comme les maladies transmissibles. Avec le temps, elle a embrassé un champ social plus vaste qui englobe aujourd'hui les interactions entre les individus et leur contexte de vie. Elle s'intéresse aux effets de ces interactions sur la santé et le comportement humain.

À partir de symptômes observables de façon rigoureuse et objective, les dimensions de bien-être et d'adaptation sociale ont enrichi les indicateurs de santé. Les travaux internationaux illustrent à la fois l'évolution et les difficultés de ces approches avec la classification internationale des

maladies (dixième version actuellement largement appliquée) et la classification internationale du fonctionnement inspirée de la classification des handicaps (qui peine à connaître la même popularité).

Des travaux méthodologiques sont faits pour adapter le raisonnement épidémiologique fondé sur des calculs de probabilité (et de risque) à différents domaines de santé et de comportement. En suicidologie, ce raisonnement comporte trois niveaux :

- le schéma purement descriptif des maladies ou événements dans une population ;
- la recherche des facteurs de risque dans les comportements individuels et l'environnement ; et
- l'évaluation de l'efficacité des interventions, mesurée par des critères de santé physique, psychologique et sociale.

L'épidémiologie fournit des indicateurs classiques pour les trois niveaux, à la condition de définir, selon la thématique de santé retenue, les cas étudiés, les interventions cliniques et les critères d'évolution individuels ou populationnels le plus exactement possible. Les deux indicateurs clés sont la morbidité et la mortalité qui rapportent les « cas » à une population généralement décrite de façon précise par les démographes. Les cas retenus sont définis par les professionnels de l'intervention médicosociale. Dans le domaine de la suicidologie, les études retiennent habituellement un ensemble de conduites allant de l'expression d'idées suicidaires jusqu'aux passages à l'acte de violence envers soi-même, avec des niveaux différents de gravité et de létalité.

Pour obtenir des informations sur ces indicateurs et les confronter à d'autres sources issues des sciences sociales, les outils se résument à des recueils de données statistiques dont la qualité et la fiabilité varient selon le problème de santé ou de comportement.

En France et dans la plupart des pays qui disposent de statistiques sanitaires, on se réfère à deux sources d'information pour faire l'étude épidémiologique des conduites suicidaires :

- Pour les suicides, on recueille de façon exhaustive, sur le certificat de décès, des données sociodémographiques (sexe, âge, statut matrimonial, statut professionnel, profession, lieu d'habitation, nationalité, lieu de décès) et des données médicales (cause initiale et causes associées). Sur le plan social, ces données proposent une description de la population qui se suicide et permettent de comparer l'incidence du suicide dans le temps et dans l'espace.
- Pour les tentatives de suicide pouvant conduire au décès, les échantillons sont partiels, et varient selon le but des enquêtes généralement menées par des équipes médicales. Par contre, les données recueillies

ainsi sont couramment plus riches : description détaillée de la situation sociale et données médicales, notamment sur les problèmes de santé antérieurs.

Une étude menée par le ministère de la Santé (Badeyan et Parayre, 2001) relève les sources disponibles pour quantifier suicides et tentatives à partir des structures sanitaires. Elle révèle que le recours aux soins et aux circuits d'information existants se traduit par une sous-estimation. Les populations peuvent être considérées de façon distincte selon les analyses de morbidité hospitalière ou selon les statistiques de décès.

4.2. La place du suicide dans la santé publique

Depuis Durkheim (1897), qui définit le suicide comme « la fin de la vie résultant directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif de la victime elle-même, qui sait qu'elle va se tuer », les analyses que l'on peut faire du suicide en santé publique ne peuvent ignorer les déterminants sociaux. Les données dont on dispose pour l'étude épidémiologique du suicide incitent à privilégier ce mode d'analyse en appliquant deux modes de recherche :

- l'analyse « individuelle » : étude de l'incidence du suicide en fonction des caractéristiques sociodémographiques de chaque sujet, les corrélations étant recherchées dans le registre des causes médicales de décès (utilisant la classification internationale des maladies) ;
- l'analyse « écologique » : étude de l'incidence du suicide en fonction des caractéristiques du milieu. Le niveau du suicide est étudié en fonction non plus des caractéristiques individuelles, mais des populations et de leur environnement. Des corrélations sont recherchées entre différents indicateurs, dans le temps ou l'espace (par exemple, des données sur le chômage selon les régions et les périodes).

Pour situer l'importance du suicide dans les préoccupations actuelles, citons deux ouvrages : l'*Atlas de la santé en France* (Facy et Jouglu, 2000) et le rapport du Haut Comité de la santé publique (1996). Ils analysent la mortalité par suicide durant ces dix dernières années. En santé publique, la place du suicide est envisagée de deux points de vue :

- Quantitatif, en tenant compte du nombre important de personnes touchées, personnellement ou dans leur entourage. Selon un sondage qu'a fait l'Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS, 2000) lors d'une étude auprès de la population générale, près d'un tiers des personnes connaissent des cas de suicide d'un proche (2 % un parent, 2 % un frère ou une sœur, 1 % un enfant, 13 % un autre membre de la famille, 8 % un ami proche, 7 % une relation, 5 % un collègue de travail). Par ailleurs, 13 % des personnes disent avoir envisagé de se suicider.

- Qualitatif, suivant l'exposition différente que connaissent des sous-groupes spécifiques de la population (groupes auxquels les responsables de la santé publique apportent une attention particulière selon leur âge, leur précarité sociale ou leurs risques de vulnérabilité).

D'après une autre étude que l'UNPS a effectuée auprès des élus (2001), la connaissance du suicide de même que son incidence sur le monde associatif œuvrant en prévention du suicide demeurent limitées.

4.2.1. La part du suicide dans la mortalité générale

Selon les données disponibles ces dernières années, globalement le taux de suicide paraît relativement minime, de l'ordre de 2 % des décès parmi toutes les causes. Cependant, le poids des suicides est bien différent si l'on étudie la mortalité générale selon les cohortes d'âge. Près de 20 % des morts sont consécutives à une tentative de suicide chez les hommes de 25 à 29 ans, et plus de 15 % chez les femmes du même âge. Ce pourcentage demeure élevé chez les adultes de 20 à 39 ans pour ensuite diminuer régulièrement. Cette diminution est relative puisqu'elle est liée à l'augmentation des autres causes de décès. Le taux de suicide atteint des valeurs très faibles, inférieures à 2 % chez les personnes de 70 ans.

Si l'on considère la mortalité générale chez les individus de 10 à 44 ans, les suicides se situent parmi les toutes premières causes de décès des adolescents et des jeunes adultes. Selon la cohorte d'âge, ils constituent la première cause de mortalité des hommes. Chez les personnes âgées de 15 à 24 ans, ils représentent la deuxième cause de décès après les accidents de la circulation routière. Ces morts volontaires sont la première cause de décès des adultes de 25 à 34 ans et la seconde des personnes de 35 à 44 ans, après les tumeurs cancéreuses, mais avant le sida.

Chez les hommes en particulier, la fréquence du suicide est très liée à la *catégorie socioprofessionnelle*, comme on le constate en étudiant la population de 25 à 54 ans. Les cadres supérieurs sont les moins touchés. Pour les autres professions, cette fréquence est nettement plus élevée. Des cadres moyens aux employés et aux ouvriers, elle enregistre une augmentation progressive. Mais la catégorie la plus atteinte est celle des « inactifs », un groupe relativement hétérogène composé de personnes n'ayant jamais eu de profession, ayant perdu leur emploi en raison du taux de chômage élevé ou ayant interrompu toute activité professionnelle assez longtemps avant leur décès parce qu'elles étaient malades. Les différences sont nettement moins marquées chez les femmes, où l'on peut surtout noter une fréquence élevée chez les agricultrices et les inactives.

Parmi les autres facteurs de risque bien connus figure l'*état matrimonial*. C'est pour les hommes mariés que le taux de suicide est de loin le plus faible, alors qu'il est maximal chez les veufs. Il en est de même pour les femmes, les différences étant toutefois beaucoup moins grandes.

4.2.2. Les tendances évolutives

Au cours des vingt dernières années, de nettes variations du nombre annuel de suicides ont été observées. En 1985, ce nombre se situait aux environs de 12 500, il a par la suite diminué jusqu'à 11 400 en 1990. À partir de 1991, la tendance s'inverse, plus de 12 000 suicides sont enregistrés en 1993 et 1994. En 1995, une baisse s'amorce et cette tendance se maintient par la suite. L'étude des taux comparatifs permet d'établir une corrélation avec les effectifs disponibles. Ces derniers sont décroissants de 1985 à 1990, augmentent nettement entre 1992 et 1993, mais demeurent nettement inférieurs à ceux de 1985, puis baissent à nouveau.

Au début des années 1990, l'augmentation du suicide s'observe pour l'essentiel chez les jeunes adultes. Elle est particulièrement frappante pour les hommes de 30 à 49 ans, d'autant plus que ce groupe d'âge n'avait pas connu la même décroissance à la fin des années 1980 (Hatton, Facy et Le Toullec, 1996).

Le mode de suicide reste majoritairement la pendaison ; cependant l'utilisation des armes à feu dans les suicides masculins est passée de 22 % de 1973 à 1977 à 33 % de 1988 à 1992. Sur un plan géographique, c'est dans le Sud de la France qu'il y a le plus de suicides par arme à feu, et dans l'Ouest et le Nord-Ouest qu'on en compte le moins.

4.2.3. Comparaison avec les autres pays

Pour les pays dont le développement est semblable, la comparaison des taux de mortalité selon le sexe et l'âge montre que la France se distingue par une surmortalité prématurée (avant 65 ans), en particulier chez les hommes. Depuis une vingtaine d'années, l'étude de l'évolution des différences entre les pays fait ressortir une tendance : ce phénomène s'aggrave avec le temps (Haut Comité de la santé publique, 1996 ; Bourgeois, Verdoux, Facy et Rouillon, 1997).

En ce qui concerne la période la plus récente, on observe en France des taux de mortalité par accident de la circulation et suicide plus élevés que dans les autres pays. La France et la Suède enregistrent les taux de mortalité par suicide les plus élevés, surtout chez les hommes. Ces taux sont presque trois fois plus importants qu'en Angleterre.

En 1970, les taux de mortalité par suicide étaient plus élevés en Suède et en Allemagne. En 1990, les taux français sont plus importants que dans ces deux pays. La comparaison des taux de décès par suicide en France et au Royaume-Uni révèle qu'en France les taux de décès sont plus élevés chez les hommes de moins de 55 ans et chez les femmes de moins de 45 ans (après ces âges, ce sont les taux anglais qui sont les plus forts). En France, l'analyse des causes montre que la mortalité prématurée s'explique essentiellement par les morts violentes (accidents, suicides, homicides), l'ensemble des causes liées au tabagisme et à l'alcoolisme (cancer du poumon, cancer VADS, etc.) et le sida. Ces constats relativisent beaucoup l'interprétation des décès par suicide.

4.2.4. La géographie du suicide

L'analyse sociologique du suicide repose sur le concept d'anomie, état de désintégration des normes sociales. Selon deux études de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) réalisées en 1982 et en 1988 (citées par Diekstra, 1989), les organisations sociales connaissent une augmentation des taux de suicide lorsque l'instabilité économique ou de nouveaux comportements relationnels (violence, dépendance) provoquent des changements sociétaux.

Selon la nature et le niveau des interventions sociales (soins, prévention, aide sociale, administration), il importe de considérer le critère spatial, même si tous les découpages n'ont pas la même valeur de différenciation statistique. Pour les hommes, le taux dépasse de 10 % la moyenne dans la plupart des régions de l'Ouest et du Nord de la France et il est le plus fort en Bretagne. Il est au contraire nettement inférieur à la moyenne nationale dans le Sud du pays, la région la moins touchée étant la Corse. Chez les femmes, les tendances sont semblables, mais les régions enregistrant une forte mortalité sont moins nombreuses et surtout concentrées dans l'Ouest.

L'analyse des taux de suicide permet de dégager deux facteurs importants : la surmortalité des hommes par suicide et la diversité géographique. La prudence s'impose toutefois dans l'interprétation des données qui résultent de la conjonction de plusieurs facteurs comme la ruralité, la distance par rapport aux institutions de soins, les catégories socioprofessionnelles et l'offre d'emploi (Debout, 1993).

4.2.5. Le mode de suicide

En France, tout sexe et âge confondu, la pendaison est utilisée dans 37 % des cas : c'est le premier mode de suicide. La plaie par arme à feu occupe le deuxième rang, avec 25 % des suicides, et l'intoxication volontaire, le troisième avec 13 %.

Cette répartition varie selon le sexe. Chez les hommes, plus de 70 % des morts consécutives à un suicide sont provoquées par la pendaison (40 %) ou par la plaie d'une arme à feu. Chez les femmes, trois modes de suicide sont très nettement prédominants : la pendaison, l'intoxication volontaire et la noyade. Cette dernière, un peu moins fréquente, est relativement plus souvent observée chez la femme que chez l'homme.

L'âge auquel les sujets passent à l'acte influence le mode de suicide choisi. La pendaison, premier mode de suicide sauf chez les très jeunes adolescents, est un mode privilégié par les sujets plus âgés. Le choix de recourir à une arme à feu suit la tendance inverse. Les noyades sont rarement utilisées avant l'âge de 30 ans et leur fréquence augmente pour atteindre un pourcentage maximal de 15 % chez les personnes de 60 à 74 ans.

Le mode de suicide est très influencé par les styles de vie et les traditions culturelles qui diffèrent selon les régions, qu'elles soient industrielles ou rurales.

4.2.6. La comorbidité

Dans plus de la moitié des cas, le médecin mentionne sur le certificat de décès un état pathologique associé au suicide. Le pourcentage de certificats avec mention varie selon l'âge de la victime. Il s'élève régulièrement à 33 % avant 25 ans pour atteindre plus de 60 % à partir de 55 ans.

La très grande majorité des pathologies indiquées comme cause associée sont des troubles mentaux – dépression le plus souvent, mais aussi psychose et alcoolisme. Des tumeurs ou une infection au VIH sont beaucoup plus rarement notées.

Les statistiques de mortalité suicidaire ne peuvent toutefois pas résumer l'épidémiologie de ce comportement. C'est pourquoi certains travaux se fondent sur la réalisation d'« autopsies psychologiques » (Soubrier, 1994 ; Bourgeois, 1996). Appliquée aux États-Unis au tout début des années 1960 (Litman, Curphey et Shneidman, 1963), cette méthode a pour premier objectif de trouver la véritable origine des décès pour lesquels un suicide est suspecté sans pouvoir être confirmé (« suicide équivoque »). Elle consiste à mener une enquête auprès de survivants (famille, amis, entourage socioprofessionnel, médecins) pour connaître à l'aide d'interrogatoires et de certains documents (écrits personnels, dossiers médicaux) la psychologie de la personne décédée, son style de vie, ses relations personnelles, ses traits de personnalité, son histoire médicale et psychiatrique, et les événements ayant précédé immédiatement sa mort.

Très vite, cependant, l'autopsie psychologique a été utilisée pour répondre à des questions d'ordre épidémiologique, sur les troubles psychiatriques ou physiques des suicidés. En 1996, Kelly et Mann ont confirmé la validité de la méthode qui demeure toutefois très lourde à appliquer.

4.3. La politique de santé publique et les limites de l'évaluation

Les données épidémiologiques que nous venons de présenter et les observations cliniques des professionnels intervenant auprès des suicidants ont progressivement constitué un corpus de connaissances. Les décideurs ont exploité ces connaissances pour élaborer une stratégie nationale d'actions face au suicide sur cinq ans (2000-2005) qui dépasse l'objectif précédemment retenu : passer sous la barre des 10 000 morts annuelles.

4.3.1. La stratégie nationale

La circulaire n° 2002 - 271 du 29 avril 2002, du ministère de la Santé, indique les axes principaux de la stratégie nationale d'action face au suicide :

- actions de prévention : promotion de la santé mentale et actions de prévention primaire ou d'éducation pour la santé ;
- diminution de l'accès aux moyens de suicide les plus létaux ;
- actions relatives à l'amélioration du repérage et de la prise en charge des personnes en crise suicidaire et de celles qui ont fait une tentative de suicide ;
- organisation de formations interdisciplinaires locales sur le repérage et la gestion de la crise suicidaire ;
- amélioration de la prise en charge hospitalière des personnes ayant fait une tentative de suicide et audits cliniques ; et
- développement des partenariats et réseaux de prise en charge.

Il reste à construire une batterie d'indicateurs pour l'évaluation de cette stratégie dans laquelle la place de la mortalité varie suivant les objectifs retenus.

Pour « diminuer l'accès aux moyens de suicide », les données de mortalité fournissent des informations assez précises sur le mode par lequel une personne se suicide (pendaison, noyade, arme à feu, etc.). Par contre, pour la crise suicidaire et les pathologies sous-jacentes (dépression, psychoses, etc. ; troisième axe), les données de mortalité ne reflètent que partiellement la nature des troubles morbides associés. Prévoir une batterie d'indicateurs pour chaque objectif, en fonction des groupes et des milieux visés d'une part et des moyens utilisés d'autre part, apparaît donc indispensable pour être complémentaire avec l'épidémiologie et les autres disciplines des sciences sociales.

4.3.2. La sous-estimation de la mortalité et la méconnaissance de la morbidité précédant la mortalité

Depuis les premiers travaux de l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale) dans les années 1980, la sous-évaluation observée demeure constante. Des travaux plus approfondis pratiqués sur des groupes restreints montrent que la méconnaissance des cas est une tendance généralisée. Ces travaux prenaient en compte les particularités des pratiques locales de certification ou les caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge) des sujets.

Dans un certain nombre de cas, le décès peut être considéré comme « suspect » et soulève un problème médico-légal. Une procédure judiciaire s'impose alors et le magistrat ne délivre le permis d'inhumation qu'après un examen médico-légal du corps et parfois une autopsie. Pour préserver le secret de l'instruction, l'Institut médico-légal ne transfère cependant pas les données dans le registre national des causes de décès.

C'est pourquoi, en ce qui concerne certains cas de mort violente (suicides, homicides, accidents), l'Inserm ne possède pas toutes les informations qui lui sont nécessaires. Certains décès sont donc rangés sous la rubrique « cause inconnue » de la classification internationale des maladies. Si le pourcentage est faible pour l'ensemble de la population française (2 %), il est en revanche élevé pour les jeunes de 25 à 44 ans (près de 10 %).

En 1990, l'Institut médico-légal (de Paris) et l'Inserm ont mené une étude conjointe pour attribuer une cause de mort aux décès de cause inconnue. Cette enquête a révélé que la sous-estimation est un peu plus marquée chez les femmes que chez les hommes. Elle varie selon l'âge et se révèle particulièrement importante chez les jeunes de 25 à 34 ans. Par contre, on observe les mêmes proportions pour les autres caractéristiques, ce qui valide l'étude des composantes sociales (Lecomte, Hatton, Jougla et Le Toulllec, 1995).

Une étude plus récente de l'Inserm (Jougla, Péquignot, Chappert et Rossoli, 2002) analyse les sources de biais entre la certification, la codification et l'analyse des causes inconnues et des causes indéterminées quant à l'intention. Les auteurs concluent que 35 % des causes indéterminées et 25 % des causes inconnues sont en fait des suicides.

Ainsi, en 1998, le nombre annuel de suicides augmente d'environ 20 %, ce qui ne modifie ni la surmortalité masculine (trois fois plus de cas chez les moins de 65 ans) ni la variable géographique : la Bretagne est toujours la plus touchée, à l'opposé de l'Île-de-France et de l'Alsace.

D'une manière générale, dans de nombreux pays, on considère que les statistiques sur le nombre de suicides sont sous-évaluées. Plusieurs

raisons expliquent cela : la réticence des médecins ou des coroners à déclarer cet acte, la non-déclaration des cas litigieux et l'absence d'éléments permettant de conclure à un suicide dans le cas de certaines morts considérées comme accidentelles. Toutefois, selon une étude pilote menée dans un département français en 1999-2000, une meilleure connaissance des interrelations entre le phénomène de la violence et celui du suicide devrait permettre d'améliorer ces indicateurs.

4.4. La recherche sur les suicides et les morts violentes dans la Loire

Malgré les efforts de prévention consentis, les morts violentes consignées dans les indices de mortalité française demeurent importantes et leur évolution n'enregistre pas autant de recul que dans les pays européens de niveaux socio-économique et culturel équivalents : 8 500 accidents de la route, 11 500 suicides et plusieurs centaines d'accidents et de morts de causes indéterminées.

Dans ces rapports, le Haut Comité de la santé publique insiste sur la nécessité de préciser les conséquences des comportements dans les indicateurs de morbidité et de mortalité, notamment pour les hommes et pour les jeunes. Parmi les indicateurs disponibles, hormis les décès, les conduites à risque sont particulièrement nombreuses (notamment chez les jeunes), avec les accidents et les tentatives de suicide. Ainsi, plus de 150 000 personnes attenteraient à leur vie chaque année en France. Bien qu'impressionnant, ce chiffre est pourtant sous-estimé, car tous les suicidants ne sont pas hospitalisés (Badeyan et Parayre, 2001).

Plusieurs régions françaises se sont mobilisées sur le thème de la connaissance épidémiologique du suicide, comme en Rhône-Alpes, où les taux de mortalité par suicide et accident sont pourtant semblables à la moyenne française.

La recherche menée dans la Loire vise à produire un recueil de données sur les morts violentes, par suicide ou par cause indéterminée, à partir de sources d'informations sanitaires ou judiciaires pour améliorer la connaissance épidémiologique. Les structures hospitalières locales, les médecins d'urgence, les pompiers, la police, la gendarmerie, les services de l'état civil, la justice et les services de médecine légale sont associés pour réunir l'ensemble des données pour chaque mort violente (pendant dix mois) : ils remplissent un questionnaire portant sur les données socio-démographiques et les circonstances du décès. Le croisement des renseignements, obtenus dans le respect de l'anonymat, permet de comparer les données quantitatives recueillies par chacune des instances et d'apprécier la fiabilité des statistiques disponibles pour chacune d'entre elles. De plus, il est possible d'analyser plus précisément « la chaîne d'informations », qui

permet *in fine* de préciser les causes de mort et de mieux connaître l'incidence de la précarité et des conduites toxicomaniaques (dont l'alcoolisme) sur la mort violente.

L'échantillon compte 383 sujets décédés de mort violente ou jugée suspecte, dont 226 sont décrits par au moins deux sources d'information, ce qui illustre la connaissance multiple des morts « violentes » dans un nombre important de cas. Sur les 511 questionnaires reçus, l'analyse porte sur 383 sujets, définis par la nature de leur décès relevée dans le tableau 4.1.

Tableau 4.1
Le type de mort

Type de mort	Nombre	Pourcentage
Naturelle	72	18,8 %
Accident	95	24,8 %
Homicide	2	0,5 %
Suspecte	5	1,3 %
Suicide	191	49,9 %
Indéterminée	18	4,7 %
Total	383	100,0 %

Pour l'analyse des transmissions par plusieurs sources d'information (voir tableau 4.2), 226 cas sont étudiés et il s'agit pour la plupart de suicides (153 cas).

Tableau 4.2
Analyse des transmissions multiples

Type de mort	Nombre	Pourcentage
Naturelle	6	2,7 %
Accident	57	25,2 %
Suicide	153	67,7 %
Indéterminée	10	4,4 %
Total	226	100,0 %

La collecte des données se bute à des difficultés de plusieurs ordres. D'abord, pour obtenir l'autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), il faut préciser l'architecture informatique des enregistrements, la circulation des informations et les accords de participation des institutions judiciaires, policières et médicales (renouvellement

à faire à chaque changement de responsable institutionnel). Puis, les cas étant relativement rares, la coordination de l'étude entraîne de nombreux déplacements pour rencontrer les instances concernées. Enfin, les questionnaires doivent être adaptés pour satisfaire les instances sanitaires ou judiciaires.

4.4.1. Les causes de décès de l'échantillon analysé

Dans la certification des indices de suicide ou de mort violente, l'instance sanitaire ou sociale retient le plus souvent l'une des trois causes de mort suivantes : le suicide, l'accident et la mort jugée naturelle.

4.4.2. Comparaison du groupe des suicidés aux autres morts violentes

Sur le plan sociodémographique, les caractéristiques des suicidés révèlent une surreprésentation des hommes, même s'il existe déjà une surmortalité masculine pour les accidents (voir les tableaux 4.3 et 4.4).

De grandes différences s'observent entre les groupes quant à la nature du décès : les suicides et les accidents touchent des groupes de population aux tendances presque opposées : âge plus avancé pour les suicidés, où les retraités sont plus nombreux, et âge plus précoce pour les accidentés où il y a relativement plus d'étudiants et d'employés à statut précaire.

L'analyse des causes apparentes de la mort montre qu'elles diffèrent beaucoup dans les cas de suicide, d'accident et de mort naturelle (voir tableau 4.5).

Pas moins de 97 % des accidents sont classés parmi les décès causés par un accident, mais 12 % des suicides le sont aussi. Les autres causes habituelles de la mort dans les cas de suicide sont : la pendaison, les armes, l'intoxication et la noyade.

Le motif de l'appel (après la découverte du corps en général) est dans 75 % des cas relatif à un suicide. Dans une dizaine de cas, c'est pour effectuer l'examen du corps, analyser une mort suspecte ou étudier les lieux de l'accident. Les corps sont retrouvés dans les endroits les suivants : un hôpital (ou une clinique, 37 %), un plan d'eau (29 %) ou une maison de retraite (13 %).

Sur 191 cas, 183 sont considérés comme des suicides apparents et classés comme tels. Un message explicite a été retrouvé dans douze cas. Quinze corps ont été découverts d'une manière inopinée. Deux morts sont provoquées par des accidents de la circulation impliquant une automobile dans l'un et une moto dans l'autre. Dans un cas, le conducteur était seul, dans l'autre, il s'agissait d'un piéton.

Tableau 4.3
Les caractéristiques des suicidés

	Suicide (n = 191)	Accident (n = 95)	Mort naturelle (n = 72)
Sexe			
Masculin	145 75%	62 65%	54 75%
Féminin	47 25%	31 33%	18 25%
Nationalité			
Française	183 96%	80 84%	45 63%
Française de parents étrangers	6 3%	6 6%	5 7%
Étrangère	2 1%	4 4%	4 6%
Zone de résidence			
Urbaine	92 48%	37 39%	59 82%
Rurale	89 47%	51 54%	11 15%
Présence d'un entourage familial			
Oui	89 47%	48 51%	45 63%
Non	7 4%	0 0%	14 20%
Situation matrimoniale			
Célibataire	42 22%	29 31%	27 38%
Marié(e)	65 34%	23 24%	15 21%
Concubinage	3 2%	3 3%	5 7%
Divorcé(e)	15 8%	3 3%	3 4%
Veuf(ve)	23 12%	5 5%	8 11%
Nombre d'enfants			
0	10 5%	4 4%	24 33%
1	7 4%	0 0%	4 6%
2	4 2%	2 2%	0 0%
Plus de 2	3 2%	2 2%	1 1%

Le tiers des personnes intoxiquées (14 %) avaient consommé de l'alcool. Presque la totalité des intoxications sont provoquées par des médicaments (25 sur 26) : huit par des hypnotiques, trois par des anti-dépresseurs, par des stupéfiants et un par des produits industriels. Les questionnaires analysés mentionnent parfois les antécédents. Ainsi, 79 personnes sur 191 avaient rencontré des difficultés familiales, 56 avaient éprouvé des problèmes socioprofessionnels et une était itinérante. Par contre, les dossiers notent les antécédents médicaux plus fréquemment :

96 personnes avaient souffert de maladies (dont 52 de dépression); 19 avaient eu un traitement médical habituel; 21 recevaient un traitement psychiatrique; 21 avaient fait une tentative de suicide; deux étaient toxicomanes; et sept étaient alcooliques.

Tableau 4.4
Les caractéristiques des suicidés

	Suicide (n = 191)		Accident (n = 95)		Mort naturelle (n = 72)	
Logement						
En famille	17	9%	21	22%	25	35%
En institution	4	2%	0	0%	1	1%
Seul	14	7%	2	2%	24	33%
Autre	2	1%	0	0%	4	6%
Profession						
Employés	14	7%	10	11%	1	1%
Ouvriers	21	11%	11	12%	1	1%
Autres	16	7%	13	14%	0	0%
Statut d'activité						
Emploi régulier	56	29%	35	37%	5	7%
Emploi précaire	0	0%	4	4%	0	0%
Retraité	74	39%	15	16%	25	35%
Invalide	12	6%	0	0%	10	14%
Arrêt maladie	1	1%	0	0%	0	0%
Chômeur	10	5%	2	2%	3	4%
RMI	0	0%	0	0%	3	4%
Étudiant	6	3%	9	10%	4	6%
Sans profession	17	9%	3	3%	4	6%
Classe d'âge						
De 0 à 9 ans	1	1%	3	3%	8	11%
De 10 à 19 ans	4	2%	14	15%	4	6%
De 20 à 29 ans	20	11%	17	18%	2	3%
De 30 à 39 ans	25	13%	13	14%	2	3%
De 40 à 49 ans	40	21%	15	16%	17	24%
De 50 à 59 ans	28	15%	8	8%	9	13%
De 60 à 69 ans	21	11%	6	6%	9	13%
De 70 à 79 ans	30	16%	7	7%	12	17%
De 80 à 89 ans	15	8%	4	4%	4	6%
90 ans et plus	3	2%	1	1%	0	0%

Tableau 4.5
Les causes apparentes de la mort

	Suicide (n = 191)		Accident (n = 95)		Mort naturelle (n = 72)	
Les causes apparentes de la mort :						
Accident	23	12%	92	97%	2	3%
Intoxication	26	14%	0	0%	1	1%
Armes	35	18%	0	0%	0	0%
Noyades	20	11%	1	1%	0	0%
Immolation, gaz	3	2%	1	1%	0	0%
Pendaison	77	40%	0	0%	0	0%
Autre suffocations	0	0%	0	0%	1	1%
Autres causes	7	4%	1	1%	60	83%
Indéterminée	0	0%	0	0%	7	10%

La mobilisation des professionnels (des secteurs soins et justice) pour déterminer les causes des morts violentes permet d'améliorer la connaissance du suicide sur le plan quantitatif et d'établir les spécificités des comportements individuels pour certifier de façon plus exacte la nature du décès. La recherche menée dans la Loire montre ainsi la pertinence des facteurs associés aux conduites suicidaires (psychopathologie, dépendance) pour lesquelles il existe d'autres indicateurs de mortalité spécifique et de morbidité dans la CIM-10. Dans la mesure où des groupes particuliers sont ciblés, l'évaluation des actions de prévention du suicide ne peut pas uniquement reposer sur un indicateur global. Des poids relatifs mériteraient d'être recherchés suivant l'exposition de ces groupes à différents risques de mort violente, y compris le suicide.

Drumond, Lira et Freitas (1999) établissent que les données de la mortalité sont pertinentes pour contrôler la violence et mesurer les tendances et l'impact des interventions. À l'Institut médico-légal, on a effectué une recherche sur tous les certificats de décès qui indiquaient « accident non spécifié » ou un « événement de cause indéterminée » (ICD-10 - Y10-Y34) comme cause de décès (UCD). Après avoir analysé les rapports de police, les rapports d'autopsie et les autres formulaires officiels, on a recodé les causes de décès. Pour les deux tiers des événements de cause indéterminée, on n'a pas trouvé d'explication, mais pour l'autre tiers, on a changé la cause : une chute (10,6 %), un homicide (7,5 %) ou un accident de la circulation (6,7 %).

L'utilisation d'outils standardisés pour mesurer le fonctionnement social et la qualité de la vie reste encore trop limitée et il faut encourager la recherche pour approfondir les liens entre santé et société.

4.5. Discussion

L'épidémiologie est un mode de raisonnement fondé sur l'hypothèse d'un déroulement connu et parfaitement défini d'une maladie. Les indicateurs clés en sont la morbidité et la mortalité. Toute action de prévention a un impact sur l'une ou l'autre, voire les deux, mais les deux sont rarement appréciées simultanément pour les populations (par les taux de prévalence ou d'incidence) ou pour les personnes (survie avec ou sans incapacité). Pour ce qui est des comportements individuels ayant des effets sur la santé, l'approche épidémiologique risquerait de demeurer réductrice si elle se contentait des mêmes indicateurs, car la morbidité ne reflète pas l'ensemble des dommages pour les dimensions psychologiques et sociales, et la mortalité ne traduit qu'une part relative de la définition des cas suivant les critères de l'OMS ou des services de justice.

Des travaux de recherche pluridisciplinaire sur la violence pourraient donner lieu à l'adoption de nouveaux indicateurs particulièrement utiles à la compréhension et au suivi des phénomènes qui y sont rattachés. Ces travaux ou ces indicateurs permettraient en outre de comprendre les interactions entre les personnes et leur environnement.

Conclusion

Longtemps classé parmi les libertés individuelles (Terré, 1994), le suicide est aussi reconnu comme un fait de société. Son évolution est interprétée en parallèle avec les crises économiques et sociales, comme celle du début des années 1990 dont 1993 fut sans doute la pire (Surault, 1995 ; Anguis, Cases et Surault, 2002).

Dans un domaine aussi sensible que la suicidologie, l'implication des responsables de santé publique doit s'appuyer sur des données scientifiques pour se justifier. Ces données, épidémiologiques en particulier, ne doivent pas être influencées par des affirmations qu'aucune démonstration mathématique ne sous-tend telles que « la barre de tant de suicides ne doit pas être dépassée ». Par contre, les données scientifiques permettent d'implanter des moyens ou de discuter de la transposition d'expériences après leur évaluation. Le recours aux preuves scientifiques est actuellement plus fréquent pour étayer les choix politiques, comme dans le domaine de l'insécurité routière, où l'évaluation prend une place importante pour établir l'imputabilité des accidents. Santé publique et sécurité publique vont alors de pair. À l'avenir, leurs travaux de recherche pourraient être le reflet des préoccupations de la société pour les personnes les plus fragiles. Parmi les disciplines d'observation et d'analyse des phénomènes de société, l'épidémiologie évaluative contribue à la compréhension des comportements par l'analyse des facteurs de risque qui sont non spécifiques au suicide mais

communs à différents comportements à risque. Dans nos sociétés modernes, les valeurs sociales évoluent. Elles modifient les styles de vie et les étapes à traverser. Le suicide exige une attention toute particulière, et la recherche en sciences humaines et sociales est nécessaire pour accompagner de manière « éclairée » les personnes touchées par ce phénomène.

Bibliographie

- Anguis, M., C. Cases et P. Surault (2002). « L'évolution des suicides sur une longue période: le rôle des effets d'âge, de date et de génération », *Études et Résultats*, 185, 1-8.
- Badeyan, G. et C. Parayre (2001). « Suicides et tentatives de suicide en France: une tentative de cadrage statistique », *Études et Résultats*, 109, 1-8.
- Bourgeois, M.L. (1996). « Les autopsies psychologiques dans l'étude du suicide », *Encéphale*, 22 (Sp 4), 46-51.
- Bourgeois, M.L., H. Verdoux, F. Facy et F. Rouillon (1997). « Épidémiologie du suicide », *Encyclopédie médicochirurgicale: Psychiatrie* (n° 37-397-A-20), Paris, Elsevier.
- Debout, M. (1993). *Le suicide*, Paris, Direction des journaux officiels.
- Diekstra, R.F.W. (1989). « Suicide and Attempted Suicide: An International Perspective », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80 (Suppl. 354), 1-24.
- Drumond, M., M.M. Lira et M.D. Freitas (1999). « Evaluation of the Quality of Mortality Information by Unspecified Accidents and Events of Undetermined Intent », *Revista de Saúde Pública*, 33(3), 273-280.
- Durkheim, É. (1897). *Le suicide. Étude de sociologie*, Paris, F. Alcan.
- Facy, F. et E. Jouglà (2000). « Les suicides », dans G. Salem, S. Rican et E. Jouglà (dir.), *Atlas de la santé en France. Volume 1 – Les causes de décès*, Paris, John Libbey Eurotext, 95-97.
- Hatton, F., F. Facy et A. Le Toullec (1996). « Évolution récente de la mortalité par suicide en France (1985-1994) », *Bulletin d'épidémiologie hebdomadaire*, 30, 132-133.
- Haut Comité de la santé publique (1996). *La Santé en France 96*, Paris, La documentation française.
- Jouglà, E., F. Péquignot, J.L. Chappert et F. Rossoli (2002). « La qualité des données de mortalité sur le suicide », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 50(1), 49-62.
- Kelly, T.M. et J.J. Mann (1996). « Validity of DSM-III R Diagnosis by Psychological Autopsy: A Comparison with Clinician Ante-mortem Diagnosis », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94(5), 337-343.
- Lecomte, D., F. Hatton, E. Jouglà et A. Le Toullec (1995). « Le suicide à Paris et en Île-de-France », *Encéphale*, 21(1), 41-49.
- Litman, R.E., T. Curphey et E.S. Shneidman (1963). « Investigations of Equivoqual Suicides », *JAMA*, 184(12), 924-929.
- Soubrier, J.P. (1994). « Définitions et autopsie psychologique du suicide. Réflexions suicidologiques actuelles », *Forensic*, 7, 31-34.
- Surault, P. (1995). « Variations sur les variations du suicide en France », *Population*, 50(4-5), 983-1012.
- Terré, F. (1994). *Le suicide*, Paris, Presses universitaires de France.
- Union nationale pour la prévention du suicide et le SIG (2000). *Les Français et la prévention du suicide*, Paris, enquête SOFRES.
- Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS) (2001). *Les élus locaux et la prévention du suicide*, Paris, enquête SOFRES.

LES QUESTIONS ÉTHIQUES ET L'ÉVALUATION DE PROGRAMMES EN SUICIDOLOGIE

Brian L. Mishara

L'évaluation de programmes en suicidologie soulève des questions éthiques spécifiques liées à la problématique de la prévention du suicide. Déjà, le fait qu'il s'agisse de questions « de vie ou de mort » crée un contexte particulier. Ainsi, les enjeux en recherche évaluative sont souvent plus importants que lorsqu'il s'agit d'une problématique de moindre « gravité ». Dans ce chapitre, nous nous intéresserons aux questions éthiques que pose l'évaluation de programmes en suicidologie. Nous parlerons donc du rôle de l'évaluation, du choix de l'évaluateur, des conflits engendrés par les objectifs de l'évaluation, des devis d'évaluation, du choix du devis et des participants, ainsi que des questions éthiques que soulèvent l'intervention et la diffusion des résultats. Nous suggérerons ensuite une bonne façon d'éviter plusieurs conflits : définir dans une entente entre l'évaluateur et les organismes commanditaires la manière dont certaines questions d'éthiques seront réglées. Enfin, nous présenterons les principes de base grâce auxquels les questions d'éthique peuvent être résolues. Comme ces principes reposent souvent sur les croyances implicites des évaluateurs, des intervenants et

des personnes qui gèrent les programmes, rendre ces croyances plus explicites apporte quelques solutions aux problèmes d'éthique et permet de déterminer la source des conflits d'éthique entre les différents interlocuteurs.

5.1. Le rôle et le choix de l'évaluateur

Dans un monde idéal, le responsable de l'évaluation est neutre. Il n'a aucun préjugé, aucune valeur ni croyance pouvant influencer son évaluation « scientifique » du programme ou de l'action en suicidologie. En réalité, cependant, personne n'est neutre et le sujet du suicide suscite souvent des réactions guidées par des croyances sur la protection de la vie. En fait, nous ne voulons pas d'un évaluateur mécanique, froid et complètement neutre, qui n'est pas du tout touché par le phénomène du décès par suicide et par l'angoisse des personnes suicidaires. L'évaluateur idéal doit être conscient de l'impact émotif du suicide sur toutes les personnes touchées et engagées dans les actions de prévention du suicide. Toutefois, ses propres valeurs, croyances et réactions émotives ne doivent pas compromettre sa capacité de prendre de bonnes décisions et de comprendre les faits d'une situation. Pour certains évaluateurs, le suicide est un sujet trop sensible, qui les bouleverse au point où il leur est impossible de continuer leur travail. Ils ne peuvent donc pas tous travailler sur la problématique du suicide. Aussi, il peut arriver que des conflits surgissent entre les valeurs de l'évaluateur et l'approche d'un organisme quant au libre choix des clients de se suicider et à l'obligation d'intervenir dans certaines situations.

Son statut par rapport aux programmes qu'il doit évaluer peut également faire problème. Parfois, l'évaluateur travaille pour l'organisme qui fait l'objet de l'évaluation. Dans ces cas-là, il peut être en conflit d'intérêts parce qu'il connaît les besoins de l'organisme qui l'emploie et ceux des supérieurs qui lui versent son salaire. Le fait qu'il soit indépendant de l'organisme qu'il évalue garantit, croit-on souvent, une plus grande neutralité. Cependant, des évaluateurs contractuels subissent parfois d'autres contraintes. Ils peuvent être obligés de rentabiliser leurs efforts pour satisfaire les attentes financières du commanditaire. Ils peuvent faire l'objet de pressions pour diminuer les coûts (ou augmenter les profits dans certains cas) ou procéder très rapidement à l'évaluation. En tant que citoyen éthique, il doit donc être d'une très grande intégrité. Ni les demandes ou les exigences des commanditaires de l'évaluation, ni les considérations financières ou ses objectifs de carrière ne doivent compromettre son action.

5.2. Déterminer les vrais objectifs de l'évaluation

Les objectifs de l'évaluation ne sont pas les mêmes pour tous les individus et les instances engagés dans l'opération. Les différentes instances d'un même organisme peuvent avoir des objectifs distincts. Le conseil d'administration qui a engagé les évaluateurs peut chercher à diminuer les coûts, à améliorer les pratiques, à « prouver » aux bailleurs de fonds qu'il leur faut investir davantage dans leur programme. Les directeurs des organismes peuvent compter sur la même évaluation pour justifier leur action et leurs choix administratifs, comme le congédiement de certains employés ou l'augmentation de la masse salariale. Leurs employés peuvent espérer conserver leur emploi ou encore se servir de l'évaluation pour obtenir de meilleures conditions de travail. Les bailleurs de fonds peuvent attendre de cette même évaluation des renseignements leur permettant de décider de financer ou non certaines actions. L'évaluateur lui-même pourrait avoir d'autres objectifs : établir sa réputation, publier dans de bonnes revues scientifiques, avancer sa carrière, payer l'hypothèque de sa maison ou confirmer certaines hypothèses qu'il a préalablement cherché à promouvoir. En effet, l'évaluateur universitaire doit publier dans de bonnes revues scientifiques pour conserver son statut, augmenter son salaire et son prestige.

Selon les clientèles, l'évaluation peut être l'occasion d'exprimer des « sentiments » dont elles n'ont pas pu ou pas voulu parler directement avec l'organisme. Souvent, les discussions entre l'évaluateur et les personnes en cause dans l'évaluation permettent de clarifier les objectifs de chacun, de mieux comprendre une situation potentiellement conflictuelle et de suggérer des pistes pour régler les conflits.

5.3. Le choix d'un devis d'évaluation

L'utilisation de devis expérimentaux qui comparent un groupe expérimental à un groupe témoin soulève une question éthique importante dans le domaine de la suicidologie. En effet, les chercheurs croient souvent qu'un tel devis est essentiel pour établir la relation causale entre les interventions et leurs effets. Dans un devis expérimental traditionnel, un groupe témoin est comparé à un groupe expérimental pour vérifier si, dans un certain laps de temps, les interventions auprès du groupe expérimental produisent des changements significativement plus importants que ceux observés dans le groupe témoin ne bénéficiant pas de traitement. Lorsque certains traitements sont déjà utilisés pour un problème spécifique, ils peuvent être administrés au groupe témoin pendant que des traitements nouveaux sont réservés au groupe expérimental. Le recours à de tels devis est fréquent dans le domaine médical. Par exemple, lorsqu'on met au point un nouveau

médicament pour traiter un problème de santé mentale (pour la dépression, par exemple), il faut effectuer des essais cliniques pendant lesquels on prescrit aux participants un médicament, un placebo ou, dans certains cas, un autre remède qui a fait ses preuves. Cependant, il est de pratique courante de refuser que les personnes considérées comme à risque suicidaire participent à ces études. Aussi, les médicaments prescrits aux personnes suicidaires sont-ils rarement évalués auprès de cette clientèle. Les compagnies pharmaceutiques qui créent ces médicaments justifient l'élimination des personnes à risque suicidaire des essais cliniques en affirmant qu'il serait trop dangereux de les inclure. En fait, ces compagnies et les chercheurs engagés dans les projets craignent qu'un participant du groupe expérimental ou du groupe témoin ne se suicide pendant la recherche. Si le suicide se produisait dans le groupe expérimental, on pourrait les accuser de tester des traitements dangereux et s'il survenait dans le groupe témoin, on pourrait dire qu'ils ont laissé mourir une personne suicidaire au lieu de lui donner accès aux traitements requis pour son problème. À première vue, essayer l'intervention auprès du groupe expérimental et compter ensuite les décès au sein du groupe témoin qui n'en a pas bénéficié semble en effet aller contre les règles d'éthique généralement admises. Cependant, nous pouvons nous demander s'il ne faut pas comparer ces risques aux dangers d'appliquer un traitement sans disposer de preuves rigoureuses de son efficacité.

L'accès à l'information est parfois limité par des contraintes légales. Par exemple, le dossier médical d'un patient qui participe à une recherche n'est accessible au chercheur que si ce participant consent par écrit. Dans certaines situations où l'accès à l'information dépend de l'approbation du participant, chercher son consentement peut compromettre les habiletés à aider une personne suicidaire. Par exemple, si la recherche implique d'avoir des conversations téléphoniques avec des appelants suicidaires, il est quasi impossible d'obtenir l'approbation de ces derniers en leur expliquant tous les détails du formulaire de consentement sans risquer de compromettre la qualité des interventions. Par exemple, un appelant affirme qu'il pense sérieusement à s'enlever la vie, mais au lieu de faire en sorte de l'aider immédiatement, l'intervenant téléphonique commence à lui expliquer les hypothèses et les objectifs de sa recherche. Même si l'appelant est en mesure d'accepter ou de refuser de participer à la recherche, il est fort possible que l'intervenant vienne de perdre une bonne occasion de créer avec lui un lien empathique. Pour pallier ces problèmes, on peut diffuser un message préenregistré que l'appelant entendra avant d'être mis en communication avec un intervenant. Ce message indique que certains appels peuvent être écoutés et garantit l'anonymat des appelants. Ainsi, l'appelant peut décrocher s'il le désire et l'intervenant n'est pas tenu d'ignorer sa souffrance pendant qu'il explique son projet de recherche.

De nos jours, la tricherie n'est généralement pas acceptée dans les recherches évaluatives sur le suicide. Dans le passé, dans les années 1960 par exemple, des chercheurs ont fait des « appels fictifs » dans les centres de prévention du suicide pour voir si ces centres effectuaient de bonnes interventions. Un comédien jouait le rôle d'une personne suicidaire et d'autres chercheurs, ou lui-même, écoutaient l'intervention accordée en essayant d'évaluer si elle pourrait aider une « vraie » personne suicidaire. Ces appels fictifs ne sont plus tellement pratiqués ; en général, les comités d'éthique les interdisent à cause du stress qu'ils peuvent créer chez un intervenant « seulement pour les fins de la recherche ». De plus, dans une telle pratique, les intervenants n'ont pas le loisir d'accepter ou de refuser de participer à la recherche. Finalement, en mobilisant des intervenants, ces appels fictifs peuvent priver de vraies personnes suicidaires de l'aide dont elles ont besoin. Cependant, on pourrait se demander si une telle pratique n'est pas justifiée lorsque aucune méthode ne permet d'obtenir de bonnes informations sur la qualité des interventions. Peut-être faut-il soupeser ici les dangers d'un manque de contrôle de la qualité des interventions et l'intrusion que constituent ces appels fictifs.

Le résultat de mauvaises interventions, en l'occurrence la mort potentielle d'un être humain, fait en sorte que les intervenants ont moins tendance à évaluer des pratiques novatrices qui n'ont pas encore fait leurs preuves. Si l'efficacité d'une intervention n'est pas prouvée, il est toujours possible qu'elle risque d'augmenter le nombre de suicides plutôt que de le diminuer. Aussi, les chercheurs et les comités de déontologie qui approuvent les projets de recherche hésitent-ils souvent à accepter des recherches évaluatives portant sur des interventions n'ayant pas été préalablement testées. Cela crée un genre de cercle vicieux : il faut avoir déjà démontré les effets positifs d'une intervention pour qu'elle puisse faire l'objet d'une recherche évaluative. Mais puisque, par définition, on ne peut pas trouver des interventions « novatrices » dont l'efficacité a déjà été prouvée, il est difficile de justifier ces pratiques. Pour les tester, il faut courir certains risques. Pour contourner ce problème et diminuer les risques d'effets négatifs sur le potentiel suicidaire, il ne faut pas tester ces interventions auprès des personnes à haut risque suicidaire. Cependant, comme dans le cas que nous avons déjà évoqué à propos des nouveaux médicaments, ces interventions serviront éventuellement à la prévention du suicide auprès de personnes à risque élevé et il faut les tester auprès de personnes à risque suicidaire afin d'en évaluer l'efficacité. Les décisions concernant l'utilisation d'interventions novatrices doivent tenir compte de plusieurs facteurs pour respecter une approche éthique. Certaines approches éthiques peuvent ainsi accorder la priorité à la protection des individus et d'autres aux besoins de l'ensemble de la communauté ou de la société. Après avoir bien défini les principes d'éthique, il faut examiner les risques et les avantages que ces interventions peuvent représenter pour les participants et pour la société.

5.4. Le choix des participants

Selon les objectifs d'une évaluation, on peut vouloir cibler la population générale ou des sous-populations jugées plus à risque de suicide. Ce sont souvent les interventions pratiquées pour diminuer les comportements suicidaires qui font l'objet d'une évaluation. Les évaluations portant sur les clientèles à risque élevé plutôt que sur la population générale, qui ne compte qu'un très faible pourcentage de personnes à risque suicidaire, ont alors plus de chances de conclure que l'intervention a des effets. Cependant, comme nous l'avons vu, l'inclusion des personnes à trop haut risque pose des problèmes d'éthique, particulièrement lorsqu'il s'agit d'une intervention dont l'efficacité n'est pas encore prouvée ou d'un devis de recherche impliquant un groupe témoin ne bénéficiant pas d'une intervention ou sinon d'une intervention moins efficace. Il est rare qu'on essaie une nouvelle intervention ou encore qu'on utilise un devis de recherche avec un groupe témoin sans en éliminer au moins les personnes à très haut risque suicidaire. Par ailleurs, la prédiction du risque suicidaire n'est pas très fiable. Tout ce que nous pouvons faire, c'est trouver des populations statistiquement beaucoup plus ou moins à risque, mais nous ne disposons toujours pas aujourd'hui de moyens fiables de déterminer le risque des individus. Si nous optons pour une approche plus conservatrice, nous identifierons énormément de personnes à risque suicidaire qui ne sont pas vraiment à risque, afin d'être sûr que toute personne présentant un risque suicidaire élevé soit éliminée de l'étude. Si nous utilisons un indicateur de risque plus sélectif, nous nous assurons presque toujours que les personnes qui sont éliminées sont à risque élevé de suicide, mais d'autres personnes à risque élevé ne seront pas soustraites de l'étude. Chaque fois que nous pensons exclure certains participants à cause de leur risque suicidaire, il faut déterminer jusqu'à quel point nous sommes prêts à faire des erreurs dans un sens ou dans l'autre.

5.4.1. Le consentement éclairé

Nous disons habituellement aux participants qu'ils ont le droit de se retirer d'une étude à n'importe quel moment pour n'importe quelle raison et absolument sans préjudice. Même s'il est expliqué verbalement ou par écrit dans les formulaires de consentement, nous nous demandons jusqu'à quel point ce droit est réel. En effet, il y a énormément de pression sociale pour que la personne continue de participer à la recherche évaluative. Les participants désirent souvent satisfaire les intervenants et les organismes qui sont l'objet de cette recherche. Il est possible qu'ils craignent que les services d'aide qu'ils obtiennent ne soient interrompus s'ils refusent de participer à la recherche. Si un participant potentiel est dans une situation de crise ou

de désespoir, malgré les explications qu'il reçoit, il peut continuer à croire qu'il n'obtiendra pas l'aide dont il a besoin s'il n'accepte pas de participer à l'évaluation.

Pour qu'une personne puisse participer à une étude, il faut le plus souvent lui faire signer un formulaire de consentement l'informant de ses droits, des objectifs et des bénéfices de la recherche, du respect de la confidentialité et de l'anonymat, des dangers possibles ainsi que de la manière de contacter les chercheurs. Mais, dans certaines situations, l'utilisation d'un formulaire de consentement écrit est quasi impossible ; pensons aux personnes en crise qui appellent dans un centre de prévention et aux observations effectuées dans des lieux publics (par exemple, le métro).

Parfois, obtenir le consentement est encore plus compliqué. Par exemple, dans le cas des mineurs, il faut recevoir le consentement des parents. Certaines populations particulièrement vulnérables se trouvent dans des situations pouvant compromettre leur habileté à donner un consentement libre. Par exemple, un prisonnier en milieu carcéral pourrait avoir l'impression qu'il ne peut pas refuser de participer. Habitée par la culpabilité et plus vulnérable, une personne endeuillée par le suicide pourrait se sentir obligée d'accepter ce que les évaluateurs lui proposent. Certaines personnes, même si elles sont jugées légalement aptes, peuvent être dans l'impossibilité de donner un consentement libre et éclairé à cause de leur état au moment de la demande. Une personne en crise aiguë peut se trouver dans un tel état d'énerverment et d'angoisse que ses sentiments compromettent sa capacité de penser clairement. Même si quelqu'un souffrant de maladie mentale est considéré comme légalement compétent, à moins d'une déclaration de la Cour allant dans le sens contraire, son état peut affecter sa capacité de juger des bénéfices et des dangers de sa participation.

L'évaluation d'un programme de prévention du suicide peut commander l'utilisation d'une approche qui passe d'abord par l'identification des populations à risque élevé. Allons-nous alors risquer de stigmatiser ces individus potentiellement suicidaires pour les seules fins de notre recherche évaluative ? Lorsque nous expliquons, dans un formulaire de consentement, qu'il s'agit d'une étude en prévention du suicide dont les participants sont à risque suicidaire, le fait d'informer un participant potentiel qu'il est à risque peut-il avoir des effets négatifs ? Si nous n'informons pas ce participant potentiel qu'il présente un risque plus élevé de suicide, mobilisera-t-il son énergie pour obtenir de l'aide ? Notre refus de lui faire admettre qu'il est à risque représente-t-il un danger ?

Il est de pratique courante d'offrir une compensation monétaire à ceux qui participent à une recherche. Mais si ces personnes sont démunies et ont besoin d'argent, nous pouvons nous demander si cette compensation

ne compromet pas leur droit de décider librement. Prenons l'exemple des toxicomanes bénéficiant de l'aide sociale. Que sont-ils prêts à faire pour gagner un peu d'argent pour se procurer de la drogue ? Est-ce qu'il y a des questions éthiques spécifiques pour ces personnes ? Quand la compensation financière a tellement d'importance, la personne est-elle vraiment en mesure de peser le pour et le contre de sa participation ?

5.4.2. La confidentialité et le secret

Presque tous les chercheurs promettent de respecter la confidentialité des participants de leurs recherches et utilisent souvent des moyens pour assurer leur anonymat complet (par exemple, l'utilisation de numéros de code plutôt que d'autres façons d'identifier la personne). Mais existe-t-il des situations où il faut briser la confidentialité ? Par exemple, le chercheur qui apprend qu'un participant a l'intention de se suicider la journée même, doit-il garder le secret ? Briser la confidentialité et trouver une façon de sauver la vie du participant répond-il aux prescriptions de la loi du Bon Samaritain ou à son propre code d'éthique ? Même lorsqu'on croit qu'il faut sauver la vie, et même s'il existe des obligations légales de le faire, les situations ne sont pas toujours assez claires pour qu'on soit convaincu qu'une vie est en danger. Comme nous l'avons déjà dit, puisque nous ne pouvons pas savoir ce qu'une personne fera dans l'avenir, il nous est impossible d'avoir la certitude qu'elle va vraiment s'enlever la vie. Encore une fois, il faut estimer le potentiel suicidaire, compter sur la fidélité des indicateurs pour évaluer le risque réel de suicide et comparer ces signes aux dangers pour le participant de faire l'objet d'une intervention non demandée et inattendue dans une situation ne présentant pas un vrai risque de mort.

Nous pouvons nous poser le même genre de questions en ce qui concerne la qualité des actions des intervenants. Cette fois-ci encore, les chercheurs promettent de respecter l'anonymat des intervenants. Mais certaines situations ne nous obligent-elles pas à divulguer les informations et à briser cette confidentialité ? Que faire si un intervenant incite une personne suicidaire à s'enlever la vie plutôt que d'essayer de prévenir son suicide ? Que fait-on dans le cas d'un bris des règlements d'un organisme ? Par exemple, lorsqu'un intervenant donne rendez-vous à un client dans un bar parce qu'il le trouve « intéressant » ? Pouvons-nous garantir la confidentialité à qui que ce soit si des situations nous permettant de briser cette confidentialité se présentent ? Et si nous nous trouvons dans une de ces situations, devons-nous en informer au préalable les intervenants ? Évidemment, si le formulaire de consentement, au lieu de garantir la confidentialité et l'anonymat absolus, précise que « nous garantissons la confidentialité à moins que... », il y aura sans doute une baisse du nombre de participants et une plus grande possibilité de biais dans l'échantillonnage.

Lors d'une évaluation, il arrive que les évaluateurs obtiennent des informations périphériques, lesquelles peuvent parfois avoir des implications importantes pour les activités d'un organisme. Les évaluateurs peuvent découvrir, par exemple, que certains employés ne travaillent pas toutes les heures pour lesquelles ils sont payés. Ils peuvent être informés qu'un intervenant a abusé d'un client ou apprendre que des clients à haut risque de se suicider n'ont pas reçu l'aide d'un intervenant. Dans ces situations, l'évaluateur est-il dans l'obligation de communiquer ces renseignements aux organismes ? Si oui, dans quelles circonstances ?

5.5. L'interprétation et la diffusion des résultats

Une des premières questions que posent l'analyse et l'interprétation des résultats est la suivante: À qui appartiennent les résultats et le rapport d'évaluation ? Parfois, l'évaluateur est considéré comme un contractuel et remet le rapport à l'organisme. Par la suite, l'organisme peut diffuser et utiliser ses résultats sans qu'il ait un droit de regard ou de propriété. Il y a des cas où les résultats et le rapport appartiennent à l'évaluateur qui les publie le plus souvent dans des revues scientifiques. Bien qu'il en remette une copie aux organismes visés, c'est en fait l'évaluateur qui en assure alors la diffusion. Entre ces deux situations, toutes sortes d'ententes sont possibles. Parfois, la propriété du rapport et des résultats n'est jamais remise en question. Mais dans certains cas, elle devient plus problématique, par exemple quand les résultats sont négatifs pour l'organisme commanditaire et risquent de compromettre sa réputation et son financement.

Il y a également la question de l'interprétation des résultats. Cette dernière est cruciale pour mesurer les implications de l'évaluation d'un programme. Les mêmes résultats peuvent être présentés de façon positive, en mettant l'accent sur les bonnes choses et en attribuant les moins bonnes à des erreurs méthodologiques, ou au contraire de manière négative, en faisant ressortir les mauvais côtés. Malgré le désir d'obtenir des évaluations « neutres », il reste que la subjectivité entre en jeu dans n'importe quelle interprétation des données.

Il arrive parfois qu'une évaluation manque de perspective, qu'elle ne situe pas le programme qu'elle analyse par rapport aux autres qui existent et sont évalués par autrui. À une certaine époque, un décideur politique a dénoncé le fait qu'on continue de subventionner les centres de prévention du suicide alors qu'il y avait peu de raisons de croire que leurs interventions prévenaient efficacement le suicide. Un chercheur est alors intervenu, a démontré documents à l'appui, l'efficacité des CPS et a suggéré qu'il existait en fait bien moins de preuves des effets positifs de l'hospitalisation des personnes suicidaires sur la prévention du suicide. Enfin, il a posé la question suivante : Pourquoi n'exige-t-on pas des preuves de l'efficacité des hôpitaux

qui reçoivent nettement plus d'argent que les centres de prévention du suicide? Ce genre de relativisme, qui compare les résultats obtenus dans les différents organismes, est très rare en suicidologie.

Par ailleurs, en suicidologie, nous savons que la diffusion par les médias de reportages sur le suicide peut se traduire par une hausse du risque suicidaire de certaines populations. Des recensions d'écrits indiquent clairement que le fait de rendre ainsi publics des suicides augmente le risque d'être témoins d'autres suicides. Nous pouvons donc nous interroger sur les effets de la publication des résultats des évaluations en suicidologie. Si un rapport d'évaluation donne l'impression qu'il y a des améliorations importantes à apporter à un organisme, cela ne découragerait-il pas les clients potentiels de lui demander de l'aide? Si un organisme ne rejoint pas une certaine clientèle à risque, publier ce constat fera-t-il en sorte que cette clientèle évitera cet organisme – même dans la situation où, par suite du dépôt du rapport, l'organisme prendrait toutes les mesures nécessaires pour atteindre cette population cible?

Les évaluateurs doivent soigneusement analyser les effets de leur rapport d'évaluation sur différents plans: ils doivent tout d'abord peser les effets qu'il aura sur l'organisme. Est-ce que le rapport propose des pistes à étudier pour que l'organisme s'améliore? Est-ce que l'organisme sera affecté négativement par le ton du rapport et refusera par le fait même de le prendre au sérieux? Les employés se sentent souvent stressés par les évaluations, malgré l'assurance de l'anonymat et de la confidentialité. Quels effets le rapport aura-t-il sur eux? Bonifiera-t-il leurs habiletés ou deviendra-t-il une autre source de stress? Un rapport qui suggère des façons d'enrichir les pratiques peut avoir énormément d'influence sur un organisme. Mais tout est dans la manière de présenter ces suggestions. Les bailleurs de fonds et les décideurs qui lisent le rapport peuvent en effet manquer de perspective et les considérer comme des critiques. De la même façon, la population en général qui prend connaissance d'un tel rapport peut réagir à ces conclusions. Si le rapport semble trop critique, il peut entraîner une baisse dans l'utilisation des services, s'il est trop élogieux, il peut provoquer un engorgement des services. L'organisme sera-t-il alors en mesure de suffire à la demande?

5.6. L'entente d'évaluation

Une des façons de prévenir les problèmes et les conflits relatifs à ces questions éthiques est de rédiger une entente d'évaluation entre les évaluateurs et les commanditaires de l'évaluation. Cette entente doit énoncer les valeurs et les principes qui vont guider les évaluateurs dans leur démarche. Ces valeurs et principes doivent servir de référence pour répondre aux éven-

telles questions et résoudre les conflits. L'entente doit aussi spécifier qui a le droit d'utiliser les résultats, quand et à quelles fins. Elle doit préciser comment obtenir le consentement des participants ainsi que les critères en vertu desquels ils seront exclus ou non de la recherche.

L'entente d'évaluation doit également décrire les obligations et les limites de la divulgation de renseignements sur l'évaluation. De même, elle doit prévoir ce qui se passera si une situation requiert un bris de confidentialité. Elle doit préciser quand les interventions doivent être offertes directement aux clients et quand les proches ou les superviseurs doivent être informés des renseignements obtenus par les évaluateurs. Il est possible que l'évaluateur défende l'idée de ne jamais divulguer quoi que ce soit ni intervenir malgré ce qu'il a appris ou observé. Mais il se peut aussi que certaines situations lui imposent de divulguer ces informations confidentielles. Par exemple, il faut prévoir ce qui arriverait si un cas de négligence ou d'abus était découvert lors d'une évaluation.

Il faudrait également que cette entente d'évaluation décrive le processus à suivre pour régler les éventuelles questions d'éthique, que ce soit par exemple, en demandant la participation du comité de déontologie d'une institution ou encore en ayant recours à des tierces personnes pour trancher les conflits.

5.7. Les principes permettant de régler les conflits d'éthique

Les conflits que nous avons décrits dans ce chapitre soulèvent très souvent des questions d'éthique parce qu'ils mettent en cause ce que les individus considèrent comme leur devoir face à la protection de la vie, à l'autonomie et au libre choix de se suicider. Pour certaines personnes, la protection de la vie passe avant tout, malgré ce à quoi elles se sont engagées pour leur recherche évaluative. D'après elles, il faut tout faire pour sauver ou protéger la vie des participants. Endosser ce principe permet de justifier le bris de confidentialité ou le fait de procéder à des interventions sans y avoir été autorisé par le client. Selon cette école de pensée, il faut sauver des vies à tout prix. Alors, si les informations obtenues lors d'une évaluation ont une chance de sauver la vie de clients, il faut s'en servir. D'autres personnes estiment au contraire que les gens ont le choix de disposer de leur vie comme bon leur semble et que ce choix doit être respecté à tout prix. Suivant ce point de vue, on ne doit intervenir qu'à la demande expresse d'une personne, et les informations obtenues lors d'une évaluation ne doivent jamais être exploitées pour empêcher les individus de choisir librement de vivre ou de mourir.

Malheureusement, rien n'est aussi clair dans la pratique. Plusieurs personnes défendent des principes selon les circonstances. On peut ainsi adopter une approche relativiste et ne jamais considérer les actions comme étant « bonnes » ou « mauvaises », mais bien comme tributaires des circonstances et de l'effet éventuel de l'intervention. Cette approche, qu'on pourrait dire « conséquentialiste », laisse entendre que les effets justifient les moyens. Si elles sont bénéfiques, certaines actions méritent d'être entreprises. Selon ce point de vue, aucune action n'est en soi bonne ou mauvaise.

Un autre type de relativisme s'appuie sur l'analyse coûts-bénéfices ou risques-avantages. Théoriquement, on peut peser les coûts et les bénéfices des actions pour déterminer s'il faut les entreprendre ou non. Dans le cas du suicide, les effets des actions sont souvent difficiles à prédire. Il nous manque donc des informations importantes pour faire une bonne analyse coûts-bénéfices. De plus, les bénéfices et les coûts diffèrent d'une personne à l'autre. Par exemple, la personne suicidaire peut considérer sa mort comme bénéfique, alors que sa famille en souffrira. Un intervenant peut juger qu'un suicide est un échec important s'il croit à la protection de la vie à tout prix, alors qu'un autre peut y voir l'expression du libre choix du suicidant. Selon les philosophies et les approches éthiques, on peut défendre l'idée que le secret professionnel doit toujours être respecté, ou au contraire, décider d'y déroger lorsqu'il s'agit de sauver une vie. Une analyse relativiste nous permettrait donc de choisir entre ces deux options.

Il serait merveilleux de pouvoir analyser aussi facilement nos philosophies de vie pour prendre ensuite des décisions éclairées fondées sur notre approche éthique. Malheureusement, la plupart des gens n'ont jamais énoncé clairement leur philosophie de vie et appuient leur approche des questions éthiques sur des biais philosophiques implicites qui regorgent de contradictions. Même si l'on arrive à qualifier son approche philosophique (et nous croyons qu'il faut toujours essayer de le faire), il arrive que les choix ne soient pas simples. En suicidologie, il est très difficile de savoir s'il y a risque ou non de mort et d'évaluer les bénéfices et les risques des pratiques. Une meilleure compréhension des effets de l'action ou de l'inaction permet d'alimenter une discussion sur les questions éthiques. L'évaluation de programmes en suicidologie peut ainsi nous fournir des informations importantes qui enrichissent les données disponibles et favorisent la prise de décision lorsque des questions d'éthique sont en jeu.

L'AUDIT CLINIQUE
APPLIQUÉ À LA PRISE
EN CHARGE HOSPITALIÈRE
DES JEUNES SUICIDANTS
Bilan d'une expérience

Roland Bouet

Dans son Programme national d'action contre le suicide, la Direction générale de la santé (secrétariat d'État à la Santé) a demandé à l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) de lui soumettre ses recommandations de pratique clinique pour la « prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide ».

Élaborées par le service de Recommandations professionnelles, ces recommandations ont été publiées et largement diffusées en novembre 1998. Pas moins de 19 000 exemplaires ont été distribués aux psychiatres, aux psychologues et aux urgentistes institutionnels.

Ces recommandations professionnelles sont « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques ».

données¹ ». Elles fournissent aux praticiens une synthèse du niveau de preuve scientifique existant et rapportent l'opinion d'experts sur les aspects cliniques et sur les pratiques en santé publique. Ces recommandations sont une aide à la prise de décision, car elles définissent ce qui est approprié, ce qui ne l'est pas et précisent les domaines où il existe des controverses ou des incertitudes. Pour être valides, les recommandations professionnelles doivent être fondées sur les données actuelles de la science obtenues au terme d'une analyse critique des ouvrages médicaux. Elles doivent distinguer ce qui est scientifiquement établi de ce qui relève de l'accord professionnel.

Pour évaluer ces recommandations et favoriser leur application, le service Évaluation en établissements de santé a proposé qu'on effectue des audits cliniques dans les services hospitaliers qui accueillent des patients ayant fait une tentative de suicide.

L'audit clinique est une méthode qui a été mise au point par l'ANDEM (Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale), fondée en 1990. L'objectif de l'ANDEM était de proposer des actions concrètes qui permettent l'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé publics et privés. Prescrite par la loi sur la réforme hospitalière adoptée le 31 juillet 1991, cette démarche a favorisé l'établissement de mesures pour stimuler la participation et l'admission de l'ensemble des membres d'une structure hospitalière.

En 1993, une centaine de services hospitaliers se sont ainsi portés volontaires pour évaluer leurs pratiques professionnelles et s'initier à la méthode de l'audit clinique. Créée par décret le 7 avril 1997, l'ANAES a poursuivi le travail de l'ANDEM et proposé d'appliquer cette méthode à la prise en charge hospitalière des suicidants.

C'est avec la collaboration des correspondants en évaluation qui sont responsables des Programmes régionaux suicide que l'ANAES a défini les critères de l'audit et développé des outils de travail.

6.1. L'audit clinique

La méthode de l'audit clinique s'inspire d'expériences d'évaluation de pratiques professionnelles qui ont eu lieu en Amérique du Nord, en Australie, aux Pays-Bas et en Grande-Bretagne. Cependant, l'expression « audit clinique » n'a pas la même signification en France et dans les pays anglo-saxons où le *medical audit* englobe toutes les formes d'évaluation appliquées

1. Y. Matillon (1998). *Recommandations professionnelles – prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide*, novembre 1998.

par les professionnels, que ce soit le contrôle par les pairs (*peer-review*), la collecte et l'analyse de données, l'audit, l'établissement de directives ou l'adoption de critères de conduite.

Il convient également de distinguer « l'audit médical » qui concerne les soins médicaux et « l'audit clinique » qui couvre un champ plus large puisqu'il intègre tous les aspects des soins médicaux et paramédicaux.

L'ANDEM définit l'audit clinique ainsi : « Méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer les pratiques de soins à des références admises en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et les résultats de soins avec l'objectif de les améliorer². »

Dans son guide, l'ANDEM précise : « L'audit clinique est la voie d'entrée dans l'évaluation explicite de la qualité des soins et cette méthodologie persiste lorsque des modèles plus structurés de gestion de la qualité sont développés. » Elle définit son champ d'application ainsi : « Les pratiques professionnelles, notamment les soins, pour lesquelles il existe un référentiel ou, au minimum, un accord professionnel permettant de le construire. » L'audit clinique permet d'atteindre les trois objectifs suivants : 1) il mesure l'écart entre la pratique et la référence ; 2) il définit et entreprend des actions d'amélioration ; 3) il assure l'efficacité des actions d'amélioration.

À ce jour, un programme national a favorisé la réalisation d'un nombre important d'audits cliniques dans des établissements de santé. Actuellement, les professionnels au service de 200 établissements participent à ce programme qui s'intéresse à des thèmes touchant un large éventail de pathologies dont : l'évaluation de la qualité de la tenue du partogramme, l'antibioprophylaxie en chirurgie appliquée à la pose d'une prothèse de hanche, la douleur chez la personne âgée qui ne parle pas, la réduction des risques de contention physiques de la personne âgée, l'application et la surveillance des sondes urinaires, et l'utilisation et la surveillance des cathéters à chambres implantables.

L'audit clinique se déroule normalement en six étapes : le choix du thème (la prise en charge hospitalière des suicidants), le choix des critères, le choix de la méthode de mesure, la collecte des données, l'analyse des résultats, le plan d'action pour l'amélioration et la réévaluation.

6.1.1. L'audit clinique et la prise en charge hospitalière des suicidants

De nombreux thèmes font actuellement ou ont déjà fait l'objet d'un audit, mais celui sur le suicide se distingue par plusieurs caractéristiques :

2. ANDEM (1994). *L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : l'audit clinique*.

- il s'inscrit dans une démarche de santé publique, un programme national de prévention du suicide piloté par la Direction générale de la santé ;
- il concerne un processus complexe qui implique les services d'urgence, les services d'hospitalisation, les services de psychiatrie et les partenaires extérieurs (médecins traitants et unités psychiatriques de consultation externe) ;
- il associe les dimensions somatique, psychologique et sociale de la prise en charge ;
- il repose sur des critères (issus de recommandations) dont la preuve scientifique n'est pas toujours aussi solidement établie (de l'accord professionnel à la recommandation fondée sur une présomption scientifique forte).

En raison de ces spécificités, l'audit clinique consacré à la prise en charge hospitalière des suicidants a engagé un grand nombre d'établissements, soixante-treize dans sa première version. Le personnel de plus de cent établissements a été formé pour la phase de généralisation actuellement en cours. Chose inhabituelle, cet audit s'étend sur une longue période. Implanté en septembre 1999, il sera reconduit quatre ans. Dans le cas que nous étudions ici, les trois premières étapes ont été réalisées par l'ANAES. Les établissements hospitaliers ont ensuite été sollicités pour participer aux étapes suivantes de l'audit clinique, soit la collecte des données, l'analyse des résultats et la mise en œuvre d'un plan d'action, puis la réévaluation des mesures d'améliorations adoptées.

6.2. La méthode

6.2.1. Le contexte de réalisation de l'audit

L'audit a d'abord été proposé aux établissements volontaires dans les régions où il existe un programme régional de prévention du suicide, puis il a été étendu à d'autres établissements volontaires (dans d'autres régions), de façon à bénéficier d'un nombre significatif d'observations. Les établissements disposaient de douze à dix-huit mois pour réaliser un deuxième audit afin d'évaluer l'effet des mesures d'amélioration mises en place à la suite de leur premier audit.

En fait, ce deuxième audit n'a pas pu se faire aussi rapidement qu'il avait été prévu. Comme nous le verrons plus loin, les actions les plus fréquemment proposées portent sur l'amélioration des conditions de l'accueil et de la prise en charge pendant le séjour hospitalier. Ces actions se traduisent par des demandes qui supposent une réorganisation des ressources et l'affectation de moyens supplémentaires. Dans les deux cas, les correspondants hospitaliers de ces audits font valoir l'inutilité d'une évaluation

prématurée, car les améliorations n'ont pas encore été effectuées. Dans certaines régions, il semble que les services de tutelle reprennent à leur compte le même argument. Cette situation a imposé quelques retards pour conclure le deuxième audit.

Conformément à la circulaire ministérielle du 5 juillet 2001, l'ANAES a analysé les conditions permettant la généralisation de l'ensemble des établissements de santé volontaires et proposé de consulter des experts sur la pertinence des critères dans la perspective d'étendre l'application de l'audit à tous les suicidants, quel que soit leur âge. Les réponses des experts ont fait l'objet d'une étude collective et ont été intégrées à un projet de référentiel. Au terme de cet exercice, certains critères ont été légèrement modifiés. Cette phase de généralisation a été initiée le 26 octobre 2001.

6.2.2. Les critères

L'audit clinique repose sur un référentiel comprenant quinze critères opérationnels inspirés des Recommandations professionnelles de l'Agence nationale d'accréditation d'évaluation en santé (ANAES).

La méthodologie employée par l'ANAES a été adoptée pour définir les « Recommandations pour la pratique clinique ». Après avoir considéré l'avis de la Fédération française de psychiatrie pour préciser le thème et les questions à aborder, l'ANAES a réuni un groupe de travail qui a élaboré la première version des recommandations. Cette version a ensuite été soumise au groupe de lecture. Au terme de la phase de lecture, les recommandations et l'argumentaire ont été revus et modifiés par le groupe de travail en fonction des commentaires, des articles recueillis par le groupe de lecture et des commentaires du conseil scientifique de l'ANAES, section Évaluation. La version finale des recommandations a alors été établie. Ensuite, les recommandations ont été déclinées en critères opérationnels qui constituent désormais le référentiel de l'audit.

Ces critères se rapportent à l'organisation de la prise en charge du patient pendant son séjour hospitalier (neuf critères), à l'établissement de contacts entre les services hospitaliers et l'environnement du patient (deux critères) et à la préparation de sa sortie (quatre critères ; voir le tableau 6.1).

6.2.3. La procédure

L'ANAES proposait à chaque établissement un service d'accompagnement par un professionnel membre de son réseau de correspondants régionaux. Elle offrait une formation pour expliquer aux personnels la méthode de l'audit. L'ANAES suggérait aussi la rédaction d'un rapport à la fin de l'audit. Elle recommandait également de recourir aux trois outils suivants : la création d'un groupe de projet pluriprofessionnel pour inscrire l'audit dans une

dynamique d'établissement, l'utilisation de la grille d'analyse des résultats de l'ANAES et la production d'un rapport d'audit selon le plan qu'elle proposait. Ces trois outils ont été utilisés par vingt établissements de santé ont utilisé ces trois outils.

Tableau 6.1

Les critères opérationnels de l'audit clinique

Définition des critères

- 1 La prise en charge du patient adressé à l'hôpital pour une tentative de suicide a débuté dans le service d'urgence (SAMU-SMUR compris).
 - 2 Un examen somatique initial a été réalisé aux urgences.
 - 3 Le patient a bénéficié d'un premier entretien avec un psychiatre dans les vingt-quatre heures qui ont suivi son admission.
 - 4 L'entretien entre le patient et le psychiatre s'est déroulé dans un lieu permettant d'assurer la confidentialité.
 - 5 Le patient a été revu par un psychiatre au moins une fois pendant son hospitalisation.
 - 6 C'est le même psychiatre qui a vu le patient lors des différents entretiens.
 - 7 Une échelle d'évaluation structurée a été utilisée, en complément de l'entretien, pour apprécier le risque de récurrence suicidaire.
 - 8 Les proches du patient ont été reçus en entretien par le psychiatre au moins une fois pendant l'hospitalisation.
 - 9 Une assistante sociale a évalué la situation sociale du patient (situation familiale, scolaire, professionnelle, suivi social en cours).
 - 10 Lorsque le patient est resté hospitalisé après les urgences, cela s'est fait dans un service approprié (centre d'accueil et de crise psychiatrique, service de psychiatrie infantile ou générale, de pédiatrie, de médecine interne).
 - 11 Des contacts préalables à la sortie du patient ont été établis, avec son accord et si nécessaire avec celui des tuteurs légaux, avec les intervenants extérieurs concernés : milieu scolaire, éducatif, professionnel, sanitaire, etc.
 - 12 Un professionnel référent a coordonné les décisions concernant le patient pendant toute la durée de son séjour (la fonction de référent a pu être exercée par deux personnes pour assurer la continuité).
 - 13 Le patient a quitté l'hôpital avec un rendez-vous en consultation spécialisée, rendez-vous pris par l'équipe soignante, le patient lui-même ou ses proches.
 - 14 Le patient a reçu à sa sortie une carte mentionnant les coordonnées d'une structure et de personnes joignables vingt-quatre heures sur vingt-quatre en cas de besoin.
 - 15 Le professionnel référent s'est informé de la venue du patient au rendez-vous fixé à sa sortie et il a pris les initiatives nécessaires en cas d'absence de celui-ci.
-

La conclusion du premier audit a permis de dégager quelques constats. L'utilisation des outils proposés par l'ANAES semble stimuler l'adoption d'un plan d'amélioration. Parmi les vingt-six établissements ayant proposé un plan d'action structurée (actions regroupées, hiérarchisé, éventuellement planifiées), quinze avaient utilisé les trois outils de travail : la constitution d'un groupe de projet, la rédaction d'un rapport d'audit et l'utilisation de la grille d'analyse présentée en annexe. Neuf établissements avaient exploité deux outils et deux avaient travaillé seulement avec la grille d'analyse. Sur les cinquante établissements qui n'ont pas produit de plan d'action structuré, cinq seulement avaient recouru aux trois outils.

Toutefois, un peu plus des deux tiers des rapports (52 sur 76) mentionnent la formation d'un groupe de projet pluriprofessionnel composé de trois à quatorze personnes : médecins (psychiatres et urgentistes pour la plupart), infirmiers, cadres, directeurs, psychologues et assistantes sociales (voir le tableau 6.2).

Tableau 6.2

Occupation des membres des groupes de projet pluriprofessionnel

Occupation	Nombre
Psychiatre	31
Urgentiste	18
Praticien hospitalier issu d'autres spécialités	4
Cadre infirmier	12
Psychologue	1
Infirmier	3
Non identifié	5
Plusieurs occupations	2

Une analyse brute des données permet de conclure que plus 80 % des établissements remplissent cinq critères, 50 % à 80 %, trois critères et moins de 50 %, sept critères (voir le tableau 6.3).

Tableau 6.3

Résultats des mesures au premier audit clinique*

Critères remplis par plus de 80 % des établissements		oui	non	total	oui	non
2	Examen clinique réalisé	1 463	40	1 503	97,3 %	2,7 %
1	Début de la prise en charge du patient aux urgences	1 421	96	1 517	93,7 %	16,3 %
4	Entretien confidentiel avec un psychiatre	1 194	179	1 373	87,0 %	13,0 %
10	Référence au service hospitalier approprié	942	168	1 110	84,9 %	15,1 %
12	Professionnel référent coordonnant les décisions	1 243	242	1 485	83,7 %	16,3 %
Critères remplis par 50 % à 80 % des établissements						
3	Premier entretien avec un psychiatre	1 120	327	1 447	77,4 %	22,6 %
5	Patient revu par un psychiatre	714	514	1 228	58,2 %	41,8 %
13	Rendez-vous pris avant la sortie	782	700	1 482	52,8 %	47,2 %
Critères remplis par moins de 50 % des établissements						
6	C'est le même psychiatre	489	534	1 023	47,8 %	52,2 %
11	Contacts préalables à la sortie	668	830	1 498	44,6 %	55,4 %
8	Proches reçus par le psychiatre	637	881	1 518	42,0 %	58,0 %
14	Remise d'une carte à la sortie	594	886	1 480	40,1 %	59,9 %
15	Suivi des rendez-vous	344	1 072	1 416	24,3 %	75,7 %
9	Évaluation par une assistante sociale	283	1 232	1 515	18,7 %	81,3 %
7	Échelle d'évaluation	237	1 202	1 439	16,5 %	83,5 %

* Selon ces résultats, seules les réponses « oui » et « non » ont été considérées. Les réponses S.O. (sans objet) n'ont pas été prises en compte, ce qui explique les variations enregistrées au total.

6.3. Les résultats du premier tour de l'audit

Les audits cliniques menés dans soixante-seize établissements de santé de catégories diverses (seize CHU) ont permis de recueillir 1554 observations. Dans certains établissements, le nombre d'observations pouvait aller jusqu'à

quarante (voir le tableau 6.4). Ces observations ont été recueillies entre septembre 1999 et juin 2000. Chaque établissement devait les relever pendant une période de deux mois.

Tableau 6.4

Nombre d'observations recueillies par établissement au premier audit clinique

Nombres d'observations	Nombre d'établissements
Moins de 5	8
De 5 à 9	6
De 10 à 14	11
De 15 à 19	9
De 20 à 24	4
De 25 à 29	5
De 30 à 34	30
De 35 à 39	1
Plus de 40	1

Dans l'analyse des résultats de l'audit, on a également étudié les critères selon l'aspect de la prise en charge auquel ils se rapportaient : l'organisation de la prise en charge du patient pendant son séjour hospitalier, l'établissement de contacts entre les services hospitaliers et l'environnement du patient ou la préparation de sa sortie.

Cette analyse des résultats (voir le tableau 6.5) permet de dégager quelques conclusions :

- 73 établissements sur 76 satisfont en général aux critères relevant de la prise en charge du suicidant pendant son séjour, on peut dire que globalement, l'audit permet d'apprécier favorablement celle-ci ;
- 10 établissements sur 76 font de façon globale une évaluation de l'environnement du suicidant. Pour ce qui est des deux critères touchant l'aspect environnemental de la prise en charge, il faudrait donc prévoir l'adoption d'une politique spécifique d'amélioration des pratiques dans une large majorité des établissements ;
- 30 établissements sur 76 préparent la sortie en respectant les critères proposés, ce qui là encore indique qu'il y a place à l'amélioration ;
- 4 établissements seulement remplissent les trois séries de critères ;
- 3 établissements ne répondent à aucune des trois séries de critères.

Globalement, ces données permettent de conclure que la prise en charge des jeunes suicidants reste insuffisamment ouverte sur les partenaires extérieurs.

Tableau 6.5

Résultats des mesures de l'audit clinique par opération

Organisation de la prise en charge du patient					
Critères	oui	non	total	oui	non
1 Début de la prise en charge du patient aux urgences	1 421	96	1 517	93,7%	6,3%
2 Examen clinique réalisé aux urgences	1 463	40	1 503	97,3%	2,7%
3 Premier entretien avec un psychiatre dans les 24 heures	1 120	327	1 447	77,4%	22,6%
4 Confidentialité de l'entretien avec un psychiatre assurée	1 194	179	1 373	87,0%	13,0%
5 Patient revu par le psychiatre une fois pendant son séjour	714	514	1 228	58,2%	41,8%
6 Patient revu par le même psychiatre	489	534	1 023	47,8%	52,2%
7 Évaluation du risque de récurrence suicidaire	237	1 202	1 439	16,5%	83,5%
10 Patient référé au service hospitalier approprié	942	168	1 110	84,9%	15,1%
12 Professionnel référent coordonnant les décisions	1 243	242	1 485	83,7%	16,3%
Établissement de contacts avec l'environnement du patient					
Critères	oui	non	total	oui	non
8 Proches reçus par le psychiatre	637	881	1 518	42,0%	58,0%
9 Évaluation par une assistante sociale	283	1 232	1 515	18,7%	81,3%
Préparation de la sortie du patient					
Critères	oui	non	total	oui	non
11 Contacts préalables à la sortie	668	830	1 498	44,6%	55,4%
13 Rendez-vous pris avant la sortie	782	700	1 482	52,8%	47,2%
14 Remise d'une carte à la sortie	594	886	1 480	40,1%	59,9%
15 Suivi des rendez-vous	344	1 072	1 416	24,3%	75,7%

6.3.1 Élaboration des actions d'amélioration

La méthode de l'audit clinique propose une grille d'analyse de la cause des écarts pour chaque critère dont la réponse attendue est « oui ». Au vu de cette analyse, les établissements ont proposé plusieurs actions pour améliorer chacune des opérations (voir le tableau 6.6).

Tableau 6.6

Nombre d'actions proposées pour chacune des opérations

Opérations	Nombre d'actions proposées
Organisation de la prise en charge	90
Évaluation de l'environnement	47
Préparation de la sortie	70

Au-delà des chiffres, ces actions d'amélioration sont présentées de façon très différente d'un établissement à l'autre. Dans certains cas, il s'agit de propositions globales, très indirectement reliées aux critères, mais lorsque la grille d'analyse proposée par l'ANAES a été scrupuleusement utilisée, les propositions portent strictement sur les critères. Certains établissements ont d'ailleurs développé des outils originaux pour analyser et adopter des actions.

Plusieurs suggèrent par exemple de produire une fiche pour chaque critère à améliorer. Sur cette fiche, on note les actions d'amélioration effectuées, le calendrier de réalisation, les résultats obtenus et une représentation tableau.

Plusieurs facteurs influencent la nature des propositions. Ces dernières sont structurées de façon plus ou moins élaborées selon l'échelon décisionnel qu'occupent les professionnels impliqués, le terme de la réalisation et le moment de la prise en charge (pendant le séjour ou non). Certaines propositions d'amélioration restent très évasives quant aux modalités de leur mise en œuvre. Enfin, lorsqu'il n'y a pas de calendrier de réalisation, les actions d'amélioration ne sont décrites qu'en termes très généraux.

Le moment de la prise en charge dicte la nature des propositions qui se rapportent aux sujets suivants :

- l'amélioration de la mise en place du suivi de soins et de son évaluation ;
- l'amélioration de l'évaluation du suivi du patient et son adhésion au suivi ;
- la sensibilisation des partenaires extérieurs.

6.3.2. Commentaires

L'audit comporte deux principaux aspects : l'évaluation (la mesure) et l'élaboration des actions d'amélioration. Plusieurs établissements se sont manifestement limités au premier. C'est pourquoi il est important d'insister sur la nécessité de rédiger un rapport le plus détaillé possible. Le respect du plan proposé par l'ANAES permet d'obtenir un rapport qui servira de

référence pour poursuivre l'audit. Cette rédaction exige beaucoup de temps. Ce temps n'est pas un supplément parasite de l'audit, car il appelle à la réflexion et incite les responsables à structurer leurs analyses et leurs actions.

Le fait qu'un groupe de projet multidisciplinaire soit impliqué le plus tôt possible est manifestement garant de la qualité de l'audit : cela lui confère sa légitimité dans l'institution et l'inscrit dans un échéancier. De plus, ce groupe garantit que les actions proposées seront opérationnelles.

La grille d'analyse, surtout celle par critères (voir en annexe), fournit un support d'exploration systématique des critères. Elle propose une lecture des résultats qui permet de dégager les actions à prendre. Une fois cette grille remplie, on peut reformuler et hiérarchiser les actions à entreprendre.

En substance, l'analyse des rapports d'audit révèle que, malgré son apparente simplicité, cette méthode d'amélioration de la qualité des soins nécessite une implication importante des établissements participants. Elle exige une mobilisation institutionnelle, elle suppose une bonne compréhension de la rigueur nécessaire à appliquer et, enfin, requiert l'inscription de l'audit dans un échéancier.

6.4. Les résultats du deuxième tour de l'audit

Trois ans après le début de l'expérience, dix-sept établissements ont réalisé une deuxième évaluation de leurs pratiques et ont fait parvenir à l'ANAES le rapport de ce deuxième audit. Ce deuxième tour a eu lieu de dix-huit à vingt-quatre mois après le premier et dans les mêmes conditions. Le tableau 6.7 indique le nombre d'observations notées par les établissements.

Tableau 6.7

Nombre d'observations par établissement au deuxième audit

Nombres d'observations	Nombre d'établissements
De 10 à 14	5
De 15 à 19	1
De 20 à 24	3
De 30 à 24	7
Plus de 35	1

Les résultats de l'évaluation révèlent que plus de 80 % des dix-sept établissements ont répondu à six critères. Par ailleurs, deux critères ne sont respectés que par un peu plus de 50 % des établissements et sept par moins de 50 % (voir le tableau 6.8).

Tableau 6.8

Résultats des mesures du deuxième audit clinique

Critères remplis par plus de 80 % des établissements		N		N		variation*
		Oui	%	Oui	%	
2	Examen clinique	416	97,7%	393	98,5%	1,01
1	Début de la prise en charge aux urgences	358	84,0%	384	96,2%	1,15
4	Confidentialité de l'entretien	298	82,6%	310	91,7%	1,11
12	Coordination des décisions	382	89,7%	342	88,1%	0,98
10	Hospitalisation dans un service approprié	225	84,2%	195	82,3%	0,98
3	Premier entretien avec un psychiatre	290	72,5%	309	80,9%	1,12
Critères remplis par un peu plus de 50 % des établissements						
11	Contacts préalables à la sortie	224	56,0%	202	52,3%	0,93
5	Patient revu par un psychiatre	169	45,5%	151	52,1%	1,14
Critères remplis par moins de 50 % des établissements						
14	Remise d'une carte à la sortie	145	37,5%	183	49,9%	1,33
13	Rendez-vous pris avant la sortie	189	46,9%	175	48,5%	1,03
8	Proches reçus par le psychiatre	167	39,5%	180	46,0%	1,16
6	C'est le même psychiatre	100	34,4%	89	42,6%	1,24
7	Échelle d'évaluation	62	14,8%	110	30,6%	2,07
15	Suivi des rendez-vous	76	19,3%	86	23,3%	1,21
9	Évaluation par une assistante sociale	72	17,0%	77	19,7%	1,16

* La variation désigne ici le rapport entre le pourcentage des « oui » au premier tour et le pourcentage des « oui » au deuxième tour. Cette mesure permet de voir les changements entre les deux tours, mais n'a aucune valeur statistique.

En comparant les résultats au premier et au second tour d'audit, on peut voir l'évolution des critères (voir le tableau 6.9) : douze d'entre eux enregistrent une nette amélioration et trois régressent. Même si leur pourcentage peut paraître faible, on constate que les améliorations portent principalement sur les critères dont les résultats étaient faibles au premier tour, ainsi que sur ceux pour lesquels le plus grand nombre d'actions d'amélioration. On peut donc conclure que les équipes se sont particulièrement mobilisées pour mieux répondre à ces critères.

Pour apprécier globalement l'évolution des structures hospitalières quant au respect des quinze critères de l'audit au premier et au second tour, on a mis en parallèle le nombre d'établissements et le nombre de

critères pour chacune des quatre classes suivantes : les critères qui se sont améliorés, ceux qui ont régressé, ceux qui sont stables et ceux qui n'ont obtenu aucun « oui » (voir le tableau 6.10).

Tableau 6.9

Les critères qui s'améliorent et ceux qui régressent

Critères qui s'améliorent	1^{er} tour	2^e tour	variation
7 Échelle d'évaluation	14,8%	30,6%	2,07
14 Remise d'une carte à la sortie	37,5%	49,9%	1,33
6 C'est le même psychiatre	34,4%	42,6%	1,24
15 Suivi des rendez-vous	19,3%	23,3%	1,21
8 Proches reçus par le psychiatre	39,5%	46,0%	1,16
9 Évaluation par une assistante sociale	17,0%	19,7%	1,16
1 Début de prise en charge aux urgences	84,0%	96,2%	1,15
5 Patient revu par un psychiatre	45,5%	52,1%	1,14
3 Premier entretien avec un psychiatre	72,5%	80,9%	1,12
4 Confidentialité de l'entretien	82,6%	91,7%	1,11
13 Rendez-vous pris avant la sortie	46,9%	48,5%	1,03
2 Examen clinique	97,7%	98,5%	1,01
Critères qui régressent			
12 Coordination des décisions	89,7%	88,1%	0,98
10 Hospitalisation dans un service approprié	84,2%	82,3%	0,98
11 Contacts préalables à la sortie	56,0%	52,3%	0,93

Une deuxième lecture de la comparaison des données du premier et du deuxième tour relativise l'interprétation des résultats pour certains critères. Ainsi, le critère 7 (l'utilisation d'une grille d'évaluation du risque de récurrence) qui semblait avoir évolué le plus favorablement ne s'améliore en fait que dans quatre établissements de santé. Il se détériore dans deux et demeure stable dans onze (dont dix fois à 0 %). Le critère 14 (remettre une carte au patient à sa sortie), qui arrivait au deuxième rang au classement général, s'est amélioré dans neuf établissements de santé, s'est détérioré dans cinq et est demeuré stable dans trois.

Entre le premier et le deuxième tour, les critères ont évolué de la manière suivante :

- quatre critères se sont améliorés dans plus de neuf établissements de santé ;

- onze critères se sont améliorés dans neuf établissements ou moins ;
- un critère s'est détérioré dans dix établissements ;
- douze critères se sont détériorés dans cinq à neuf établissements ;
- deux critères se sont détériorés dans moins de cinq établissements ;
- un critère reste stable dans onze établissements (le 7), dont dix fois à 0 % de réponses « oui ».

Tableau 6.10

Évolution des établissements quant au respect des critères entre le premier et second audit

Critères qui se sont améliorés	
nombre d'établissements	nombre de critères
3	10 et plus
7	5 à 9
7	5 et moins
Critères qui ont régressés	
nombre d'établissements	nombre de critères
2	10 et plus
7	5 à 9
8	5 et moins
Critères stables	
nombre d'établissements	nombre de critères
1	7
2	0
Critères n'ayant obtenu aucun « oui »	
nombre d'établissements	nombre de critères
12	1 à 3

6.5. La généralisation de l'audit

Pour faire suite à la circulaire du 5 juillet 2001, il a été décidé de généraliser l'audit à l'ensemble des établissements volontaires dans toutes les régions de la France. Sept experts extérieurs à l'ANAES ont été consultés pour étendre l'application de l'audit à toutes les cohortes d'âge. Cette consultation, jumelée aux objections exprimées par les premiers auteurs des premiers audits, a encouragé la modification de certains énoncés et l'ajout

d'un seizième critère. Ces objections portaient principalement sur la cohorte d'âge choisie (à la fois hétérogène et trop restrictive pour des questions de santé publique) et le fait que les critères étaient trop rigides et éloignés des pratiques cliniques. Le référentiel a donc été redéfini pour s'adapter à toutes les cohortes d'âge et tenir compte de certains de ces commentaires (voir le tableau 6.11). Six mois après le lancement de cette phase de généralisation, quatre-vingt-dix-huit nouveaux établissements de santé répartis dans six régions participaient à l'audit.

Tableau 6.11
Les 16 critères du nouveau référentiel

Définition

- 1 La prise en charge du patient adressé à l'hôpital pour une tentative de suicide a débuté dans le service d'urgence (SAMU-SMUR compris).
- 2 Un examen clinique initial a été réalisé aux urgences (SAMU-SMUR compris).
- 3 Le patient a bénéficié d'un premier entretien avec un psychiatre dans les vingt-quatre heures qui ont suivi son admission ou à défaut dès que son état de conscience a permis la réalisation de l'entretien.
- 4 Cet entretien s'est déroulé dans un lieu permettant d'assurer la confidentialité.
- 5 Le patient a été revu par un psychiatre au minimum une fois pendant son hospitalisation.
- 6 C'est le même psychiatre qui a vu le patient lors des différents entretiens ou à défaut un psychiatre a coordonné l'ensemble des interventions et en a effectué une synthèse écrite.
- 7 Les différents paramètres permettant d'apprécier le risque de récurrence suicidaire ont été systématiquement évalués et mentionnés dans le dossier du patient.
- 8 Les proches du patient ont été reçus en entretien au moins une fois pendant l'hospitalisation.
- 9 Une évaluation sociofamiliale et environnementale du patient a été réalisée, si nécessaire par une assistante sociale.
- 10 Lorsque le patient est resté hospitalisé après la prise en charge initiale aux urgences, cela s'est fait dans un service approprié à la poursuite de la prise en charge somatique, médicopsychologique et sociale.
- 11 Des contacts préalables à la sortie du patient ont été établis, avec son accord et si nécessaire avec celui des tuteurs légaux, avec les intervenants extérieurs concernés susceptibles d'être utiles à l'efficacité du suivi (médecin traitant, médecin du travail, services sociaux, service de santé scolaire, services éducatifs, etc.). Ces contacts sont mentionnés dans le dossier du patient.
- 12 Un professionnel référent a coordonné les évaluations et les décisions concernant le patient pendant toute la durée de son séjour (la fonction de référent a pu être exercée par deux personnes pour assurer la continuité).

Tableau 6.11 (suite)

-
- 13 Le patient a quitté l'hôpital avec un rendez-vous auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue.
 - 14 Le compte rendu d'hospitalisation est adressé au(x) médecin(s) désigné(s) par le patient dans un délai inférieur à huit jours suivant la sortie du patient.
 - 15 Le patient a reçu à sa sortie une information écrite mentionnant les coordonnées d'une structure et de personnes joignables vingt-quatre heures sur vingt-quatre en cas de besoin.
 - 16 Le professionnel référent s'est informé de la venue du patient au rendez-vous fixé à sa sortie et a pris les initiatives nécessaires en cas d'absence de celui-ci.
-

Lors de la réunion qui marquait le début de la deuxième phase d'extension de l'audit, tenue le 26 octobre 2001, on a proposé d'adopter une organisation plus rigoureuse et suggéré de prévoir un plan de travail pour toutes les étapes du projet (voir le tableau 6.12).

Tableau 6.12**Plan de travail de la deuxième phase de l'audit**

PLANIFICATION (1 MOIS)	<ul style="list-style-type: none"> 1. Constitution de l'équipe projet 2. Prévision des axes de communication 3. Évaluation des moyens nécessaires
MISE EN ŒUVRE (2 MOIS)	<ul style="list-style-type: none"> 4. Première réunion de l'équipe projet avec formation et sensibilisation si nécessaire 5. État des lieux initial 6. Communication interne : lancement de l'audit 7. Collecte des données
ANALYSE ET PLAN D'ACTION (2 MOIS)	<ul style="list-style-type: none"> 8. Saisie informatique des données 9. Validation et analyse des résultats par l'équipe projet 10. Réunion de concertation entre les établissements 11. Élaboration du plan des actions d'amélioration et de suivi 12. Rédaction du rapport préliminaire 13. Réunion entre les établissements 14. Validation interne du plan des actions d'amélioration et de suivi et rédaction du rapport final 15. Présentation des résultats à l'interne
PILOTAGE ET SUIVI DES ACTIONS D'AMÉLIORATION	

Conclusion et recommandations

La comparaison des résultats des deux audits révèle que si l'on globalise les résultats des dix-sept établissements de santé pour chacun des critères, douze se sont améliorés. Cependant, l'analyse de l'évolution des critères par établissement montre que certains critères ne se sont en fait améliorés que dans un nombre restreint d'établissements, ce qui donne une impression trompeuse d'amélioration globale.

Cette expérience – non encore achevée – semble indiquer que l'audit clinique est un outil relativement facile à utiliser pour évaluer un problème aussi complexe que la prise en charge hospitalière des suicidants. La durée est relativement courte. L'observation n'impose pas de contraintes particulières (elle se fait par l'examen des dossiers ou par des entretiens avec les professionnels). L'analyse des résultats et l'élaboration des actions d'amélioration nécessitent une courte formation préalable ou un accompagnement méthodologique ponctuel. L'audit permet de considérer toutes les dimensions des soins (somatique, psychologique et social) et l'implication de partenaires variés (urgences, hospitalisation, psychiatrie, médecins traitants, suivis psychiatriques ambulatoires).

Cependant, on constate que sur l'ensemble des établissements (76), vingt-six ont proposé un plan d'action structuré. Une majorité a utilisé l'audit dans sa dimension d'évaluation. Un tiers seulement des établissements ont adopté un plan d'actions d'amélioration. Les autres ont suggéré un catalogue de propositions non hiérarchisées et non planifiées, qui répondaient plus ou moins aux critères de l'évaluation.

Nous avons prévu des outils simples pour assurer une bonne gestion de l'audit, la présence d'un groupe projet multidisciplinaire, la rédaction d'un rapport d'audit structuré et l'utilisation d'une grille d'analyse des réponses aux critères.

Il y a une forte corrélation entre la mise en place d'un plan d'action structuré et l'utilisation de ces outils : plus de la majorité des établissements qui proposaient un plan d'action (quinze) ont utilisé les trois outils, tandis que seulement cinq établissements qui n'en suggéraient pas l'ont fait.

Environ un an après le deuxième tour d'audit, un questionnaire rétrospectif a été envoyé à quinze correspondants hospitaliers d'une même région. Douze d'entre eux ont répondu. L'analyse des réponses à ce questionnaire, des rapports d'audit et des comptes rendus des réunions régionales animées par l'ANAES nous indique quel est l'impact de l'audit et ce qui peut gêner cette procédure.

Très majoritairement, les professionnels estiment que l'audit a été utile (onze cas sur douze, et le douzième l'estime inutile à cause du fonctionnement propre de l'établissement). Huit fois sur douze, l'expérience de

l'audit a modifié le regard des professionnels sur leur pratique. L'impact qu'il a eu sur la prise en charge des jeunes suicidants est apprécié de manière diverse : cinq fois moyen, quatre fois faible et trois fois nul. Les réponses au questionnaire semblent témoigner d'une adhésion des professionnels à la méthode de l'audit en même temps que d'un certain doute quant au champ d'application choisi.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cela. L'audit portait sur des suicidants de 15 à 34 ans, mais les critères retenus ne sont pas aussi bien acceptés selon que l'on parle d'une personne n'ayant pas encore 18 ans ou l'ayant dépassé. De plus, les professionnels acceptent mal certains critères, notamment ceux qui se rapportent aux relations avec l'environnement du suicidant et à la préparation de sa sortie. Dans les deux cas, les professionnels expliquent leur réticence d'abord par : le risque que cette prise en compte de l'environnement et du suivi après l'hospitalisation ne leur prenne trop de temps (au détriment de ce qu'ils considèrent comme leur fonction principale dans l'hôpital) ; ensuite par les questions déontologiques relatives à la confidentialité et au respect du libre choix de la personne.

Enfin, certains professionnels considèrent le référentiel comme un idéal impossible à atteindre en raison des contraintes d'espace, de personnel et de ressources extérieures pour assurer un suivi. Cependant, la lecture des rapports et les propos échangés durant les différentes réunions de travail montrent que les professionnels se sont approprié les visées de l'audit, bien que les chiffres révèlent une évolution plus nuancée des résultats. Avant d'entreprendre la généralisation de l'audit, nous avons donc réaménagé les critères du référentiel et apporté un plus grand soutien méthodologique aux établissements.

Au terme de notre expérience, cinq points nous semblent primordiaux pour que l'audit soit une méthode applicable et durable qui permette l'amélioration des pratiques professionnelles dans un champ aussi complexe que celui du suicide qui suppose l'existence de liens entre les équipes du service des urgences et celles de la psychiatrie, entre les urgences et les unités d'hospitalisation, et entre l'hôpital et son environnement aussi bien social que sanitaire :

- la composition pluriprofessionnelle (médecins, infirmiers, direction) du groupe de projet, car elle favorise la réussite de l'audit ;
- l'utilisation d'outils structurés pour le déroulement de l'audit (grille d'analyse des résultats, construction systématisée des actions d'amélioration, rédaction d'un rapport de l'audit selon un plan préétabli), car elle stimule l'adoption des mesures d'amélioration ;
- un pilotage extérieur de qualité ;
- une bonne communication interne au sujet de l'audit, car elle garantit de meilleurs résultats ; et

- un pilotage effectif et reconnu de l’audit, car il permet la gestion des changements et le suivi des interventions.

Au-delà de l’objectif d’amélioration des pratiques professionnelles dans un champ reconnu comme une priorité nationale de santé publique, l’expérience de l’audit clinique permet d’initier les équipes de soin aux principes, aux méthodes et aux outils de l’évaluation et de l’amélioration de la qualité.

■ **Annexe**

Grille d’analyse des résultats

« Prise en charge hospitalière des jeunes suicidants »

Nom du coordonnateur : Date :

Nom et fonction des participants :

N° du critère	% oui	% non	% s.o.	Causes des écarts	Propositions d’actions d’amélioration
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

L'AUDIT CLINIQUE

Une expérience québécoise

*Johanne Renaud • Alain Lesage
Johanne Boivin • Christian Legendre • Patricia Garel
Annick Bernier • Claude Marquette*

En France, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), créée par ordonnance le 24 avril 1996, compte parmi ses missions celle de promouvoir l'évaluation des pratiques professionnelles. Or, en 1999, sur son initiative, des audits cliniques portant sur la prise en charge hospitalière des personnes ayant fait une tentative de suicide ont été réalisés dans soixante établissements. Répartis dans dix régions, les établissements de santé qui se portaient volontaires disposaient d'un programme régional de prévention inspiré d'un référentiel élaboré à partir des recommandations que l'ANAES avait adoptées en 1998.

La méthode de l'audit clinique propose une évaluation qui permet de comparer les pratiques de soins à des références admises pour mesurer leur qualité et leurs résultats dans le but de les améliorer. Cet audit porte sur la prise en charge des jeunes ayant fait une tentative de suicide. Il s'intéresse à l'accueil aux urgences hospitalières, à la réponse hospitalière et au projet de sortie. Selon le référentiel, une triple évaluation

somatique, psychologique et sociale doit être réalisée. Les acteurs concernés par l'audit sont les professionnels de la santé susceptibles de prendre en charge des suicidants.

Au Québec, dans le contexte de la coopération France-Québec, l'Hôpital Sainte-Justine a participé à une étude pilote utilisant la méthode de l'audit clinique auprès d'une population de jeunes ayant fait une tentative de suicide et s'étant présentés à l'urgence de l'hôpital. L'objectif de cette étude pilote était de vérifier si les critères de l'audit clinique utilisés en France pouvaient être appliqués au Québec. Cette étude a été réalisée sur un groupe de patients de moins de dix-huit ans reçus à l'urgence d'un hôpital pédiatrique québécois. Cette expérience soulève quelques questions : les critères utilisés dans cet audit sont-ils « exportables » à un milieu de pratique culturel différent, à un groupe de patients d'âge sensiblement différent ? Les référentiels sous-jacents à ces critères s'appliquent-ils de manière similaire ou non ? En quoi ces référentiels peuvent-ils moduler les résultats ? Cette étude pilote stimulera la réflexion des membres de l'équipe traitante quant à la pratique adoptée à l'urgence de l'hôpital.

7.1. Le milieu d'étude

Fondé en 1907, l'Hôpital Sainte-Justine est la plus importante institution pédiatrique francophone d'Amérique du Nord. En 1995, il est officiellement devenu, au sein du réseau québécois de la santé, le Centre hospitalier universitaire (CHU) mère-enfant. L'Hôpital Sainte-Justine possède 450 lits et cinquante-cinq berceaux. Chaque année, près de 4 000 enfants y naissent et plus de 18 000 patients y sont hospitalisés. Dans cet hôpital, une cinquantaine de cliniques externes accueillent annuellement plus de 260 000 patients et on compte 80 000 consultations à l'urgence. Les services de psychiatrie externe et interne sont offerts aux enfants, aux adolescents et aux familles par plus de vingt pédopsychiatres et soixante-quinze professionnels qui s'y consacrent à temps complet. Au service de psychiatrie interne de l'adolescence, on compte douze lits d'hospitalisation et dix places en hospitalisation de jour, ce qui permet d'offrir des traitements spécialisés aux jeunes de treize à dix-sept ans inclusivement. Un pédiatre voit systématiquement, jour et nuit, tous les jeunes qui se présentent à l'urgence de l'hôpital. Selon l'évaluation de la problématique, il peut donner le congé au patient ou le référer à une autre spécialité allant de la cardiologie à la pédopsychiatrie.

Cette étude pilote a deux caractéristiques qui la distinguent de l'audit clinique français. L'échantillon de la population étudiée ne provient pas de la même cohorte d'âge. En France, les patients avaient de quinze à trente-cinq ans et au Québec, de treize à dix-sept ans inclusivement. Ensuite, les aspects culturels de la pratique de la médecine sont différents en Amérique

du Nord. À titre d'exemple, la durée de séjour et les coûts rattachés à l'hospitalisation des patients constituent d'importants sujets d'actualité au Québec. Il faut rappeler également que la fonction universitaire de l'établissement encourage une pratique plus spécialisée et un plus grand accès aux professionnels de la santé.

À l'Hôpital Sainte-Justine, moins de 20 % des adolescents ayant des comportements suicidaires évalués à l'urgence sont hospitalisés en pédopsychiatrie. Lorsque la consultation en pédopsychiatrie est demandée par le pédiatre de garde, selon l'heure de la journée, l'équipe de crise, le pédopsychiatre de garde ou le résident de garde assure le service.

Créée en mai 1993, l'équipe de crise est composée de huit professionnels (psychologue, travailleur social, infirmier ou psychoéducateur) et de huit pédopsychiatres. Tous les membres de l'équipe sont également affectés à d'autres services du département de pédopsychiatrie. L'équipe fonctionne de jour et répond aux demandes de consultation urgente. Elle offre aussi un support téléphonique aux différents intervenants du milieu (services sociaux, écoles, centres d'accueil, CLSC, omnipraticiens, etc.). Habituellement, l'intervenant commence l'évaluation avec le jeune et sa famille, et le pédopsychiatre vient ensuite compléter l'évaluation et l'intervention avant d'organiser la prise en charge. À partir de seize heures, selon les jours, le pédopsychiatre ou le résident de garde est le seul disponible pour effectuer la consultation demandée par le pédiatre. Au besoin, il peut être appuyé par le travailleur social de l'urgence.

7.2. Les résultats de l'étude pilote

Avec la méthode de l'audit clinique, nous avons procédé à l'étude des dossiers médicaux de quarante adolescents s'étant présentés consécutivement à l'urgence de l'Hôpital Sainte-Justine après une tentative de suicide entre le 2 mars et le 9 août 2001. Ces adolescents comptent trente et une filles et neuf garçons de treize à dix-sept ans inclusivement. Les dossiers ont été étudiés en fonction des seize critères de l'audit clinique sur la prise en charge hospitalière des personnes ayant fait une tentative de suicide révisés en octobre 2001 (voir le tableau 7.1).

Trente-quatre des quarante jeunes évalués à l'urgence ont reçu un seul entretien psychiatrique avant de quitter l'urgence (critère 6). Pour les critères qui touchent l'hospitalisation, nos résultats ne portent donc que sur les six sujets hospitalisés; pour les critères qui n'impliquent pas nécessairement une hospitalisation mais peuvent s'appliquer aux urgences, nos résultats incluent tous les patients, hospitalisés ou non.

Tableau 7.1

Définition des critères du référentiel retenus pour l'audit québécois

Définition des critères

- 1 La prise en charge du patient adressé à l'hôpital pour une tentative de suicide a débuté dans le service d'urgence (SAMU-SMUR compris).
 - 2 Un examen somatique initial a été réalisé aux urgences (SAMU-SMUR compris).
 - 3 Le patient a bénéficié d'un premier entretien avec un psychiatre dans les vingt-quatre heures qui ont suivi son admission ou à défaut dès que son état de conscience a permis la réalisation de l'entretien.
 - 4 Cet entretien s'est déroulé dans un lieu permettant d'assurer la confidentialité.
 - 5 Le patient a été revu par un psychiatre au minimum une fois pendant son hospitalisation.
 - 6 C'est le même psychiatre qui a vu le patient lors des différents entretiens ou à défaut un psychiatre a coordonné l'ensemble des interventions et en a effectué une synthèse écrite.
 - 7 Les différents paramètres permettant d'apprécier le risque de récurrence suicidaire ont été systématiquement évalués et mentionnés dans le dossier du patient.
 - 8 Les proches du patient ont été reçus en entretien au moins une fois pendant l'hospitalisation.
 - 9 Une évaluation sociofamiliale et environnementale du patient a été réalisée, si nécessaire par une assistante sociale.
 - 10 Lorsque le patient est resté hospitalisé après la prise en charge initiale aux urgences, cela s'est fait dans un service approprié à la poursuite de la prise en charge somatique, médico-psychologique et sociale.
 - 11 Des contacts préalables à la sortie du patient ont été établis, avec son accord et si nécessaire avec celui des tuteurs légaux, avec les intervenants extérieurs concernés susceptibles d'être utiles à l'efficacité du suivi (médecin traitant, médecin du travail, services sociaux, service de santé scolaire, services éducatifs, etc.). Ces contacts sont mentionnés dans le dossier du patient.
 - 12 Un professionnel référent a coordonné les évaluations et les décisions concernant le patient pendant toute la durée de son séjour (la fonction de référent a pu être exercée par deux personnes pour assurer la continuité).
 - 13 Le patient a quitté l'hôpital avec un rendez-vous auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue.
 - 14 Le compte rendu d'hospitalisation est adressé au(x) médecin(s) désigné(s) par le patient dans un délai inférieur à huit jours suivant la sortie du patient.
 - 15 Le patient a reçu à sa sortie une information écrite mentionnant les coordonnées d'une structure et de personnes joignables jour et nuit en cas de besoin.
 - 16 Le professionnel référent s'est informé de la venue du patient au rendez-vous fixé à sa sortie et a pris les initiatives nécessaires en cas d'absence de celui-ci.
-

Puisque l'hôpital compte une unité d'hospitalisation pédopsychiatrique, nous avons inclus les deux patients hospitalisés en pédopsychiatrie dans les données, plutôt que de les classer dans la catégorie « sans objet » comme le mentionnait le guide d'utilisation de la grille d'évaluation française.

7.3. Les jeunes hospitalisés

Sur les six jeunes hospitalisés, quatre ont été admis dans le service de pédiatrie générale, dont deux après un séjour préalable aux soins intensifs, et deux ont été directement admis en pédopsychiatrie. Quatre de ces patients ont été revus au moins une fois par un pédopsychiatre pendant leur hospitalisation, alors que les deux autres ont été vus une fois après leur séjour aux soins intensifs avant d'être adressés pour un suivi à un pédopsychiatre de clinique externe (critère 5). C'est le même pédopsychiatre qui a vu ou coordonné les interventions des quatre patients hospitalisés (critère 6). Les différents paramètres permettant d'apprécier le risque suicidaire ont été évalués et mentionnés au dossier (critère 7). Les proches de tous les jeunes hospitalisés ont été rencontrés au moins une fois pendant l'hospitalisation (critère 8). Une évaluation sociofamiliale et environnementale a été effectuée pour tous (critère 9) et l'hospitalisation a débuté dans des services appropriés à la prise en charge médico-psychologique et sociale (critère 10). Les médecins désignés par les six patients hospitalisés ont reçu des comptes rendus, dans cinq cas à l'intérieur des huit jours prescrits par le critère 14 et dans un cas dans un délai de dix jours.

7.4. Les critères étant le plus souvent remplis

Les résultats indiquent que la prise en charge du patient qui s'est présenté à l'hôpital après une tentative de suicide a commencé au service d'urgence dans tous les cas (critère 1) et qu'un examen somatique a toujours été réalisé à l'urgence (critère 2). Le pédiatre avait vu tous les enfants et les adolescents de moins de dix-huit ans et décidé s'il y a lieu ou non d'adresser le patient en pédopsychiatrie. Une demande de consultation en pédopsychiatrie a été effectuée dans tous les cas. Cette consultation s'est faite dans plus de 97,5 % des cas à l'intérieur de vingt-quatre heures (critère 3). Tous les entretiens ont été réalisés dans des lieux qui assuraient la confidentialité de la consultation (critère 4). Pour la majorité des cas, les différents paramètres permettant d'apprécier le risque de récurrence suicidaire ont été systématiquement évalués et mentionnés dans le dossier du patient (critère 7). En ce qui concerne les jeunes qui n'ont eu qu'un seul entretien avec le psychiatre ($n = 34$), leurs proches ont été rencontrés dans 70,5 % des cas. Pour les autres,

Tableau 7.2

Compilation des grilles pour l'Hôpital Sainte-Justine (N = 40)

Critère	Oui	Non	Ne s'applique pas
1 La prise en charge du patient a débuté dans le service d'urgence (SAMU-SMUR compris).	40 (100%)	0	0
2 Un examen clinique initial a été réalisé aux urgences (SAMU-SMUR compris).	40 (100%)	0	0
3 Le patient a bénéficié d'un premier entretien avec un psychiatre dans les vingt-quatre heures qui ont suivi son admission ou à défaut dès que son état de conscience a permis la réalisation de l'entretien.	39 (97,5%)	1 (2,5%)	0
4 Cet entretien s'est déroulé dans un lieu permettant d'assurer la confidentialité.	40 (100%)	0	0
5 Le patient a été revu par un psychiatre au minimum une fois pendant son hospitalisation. (H)*	4 (66,6%)	2 (33,3%)	0
6 C'est le même psychiatre qui a vu le patient lors des différents entretiens ou à défaut un psychiatre a coordonné l'ensemble des interventions et en a effectué une synthèse écrite.	5 (83,0%)	1 (17%)	34
7 Les différents paramètres permettant d'apprécier le risque de récurrence suicidaire ont été systématiquement évalués et mentionnés dans le dossier du patient.	39 (97,5%)	1 (2,5%)	0
8 (H) Les proches du patient ont été reçus en entretien au moins une fois pendant l'hospitalisation.	6 (100%)	0	34
9 Une évaluation sociofamiliale et environnementale du patient a été réalisée, si nécessaire par une assistante sociale.	34 (85%)	6 (15%)	0
10 (H) Lorsque le patient est resté hospitalisé après la prise en charge initiale aux urgences, cela s'est fait dans un service approprié à la poursuite de la prise en charge somatique, médico-psychologique et sociale.	6 (100%)	0	34

Tableau 7.2 (suite)

Critère	Oui	Non	Ne s'applique pas
11 Des contacts préalables à la sortie du patient ont été établis, avec son accord et si nécessaire avec celui des tuteurs légaux, avec les intervenants extérieurs concernés susceptibles d'être utiles à l'efficacité du suivi (médecin traitant, médecin du travail, services sociaux, service de santé scolaire, services éducatifs, etc.). Ces contacts sont mentionnés dans le dossier du patient.	11 (30,0%)	26 (70,0%)	3
12 Un professionnel référent a coordonné les évaluations et les décisions concernant le patient pendant toute la durée de son séjour (la fonction de référent a pu être exercée par deux personnes pour assurer la continuité).	38 (100%)	0	2
13 Le patient a quitté l'hôpital avec un rendez-vous auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue.	22 (59,5%)	15 (40,5%)	3
14 (H) Le compte rendu d'hospitalisation est adressé au(x) médecin(s) désigné(s) par le patient dans un délai inférieur à huit jours suivant la sortie du patient.	5 (83%)	1 (17%)	0
15 Le patient a reçu à sa sortie une information écrite mentionnant les coordonnées d'une structure et de personnes joignables jour et nuit en cas de besoin.	15 (41%)	22 (59%)	3
16 Le professionnel référent s'est informé de la venue du patient au rendez-vous fixé à sa sortie et a pris les initiatives nécessaires en cas d'absence de celui-ci.	4 (13%)	27 (87%)	9

*(H) : hospitalisé.

un contact téléphonique avec un parent a été établi dans un des cas. Il a toutefois été impossible de joindre les parents de quatre jeunes, malgré les tentatives répétées notées dans le dossier, et cinq dossiers ne comportent pas de mention claire à ce sujet (critère 8). Quarante-cinq pour cent des jeunes ont reçu une évaluation sociofamiliale et environnementale (critère 9) : douze patients ont été évalués par l'intervenant de l'équipe de crise et

vingt-deux par le pédopsychiatre ou le résident de garde. Une travailleuse sociale a effectué une évaluation distincte de l'évaluation psychiatrique pour cinq de ces jeunes. Six dossiers ne comprenaient pas assez d'informations pour conclure qu'une telle évaluation avait été faite. Néanmoins, selon l'usage à l'Hôpital Sainte-Justine, les pédopsychiatres ont tendance à pratiquer dans tous les cas une évaluation sociofamiliale et environnementale, mais cela n'est pas toujours noté dans le dossier du patient. Un professionnel référent a coordonné les interventions (ou deux personnes) pour assurer un suivi auprès de trente-huit patients, ce qui représente 100 % des patients étant donné que deux d'entre eux étaient classés dans la catégorie « sans objet » en raison de leur transfert (critère 12). Cinquante-neuf pour cent des patients étudiés (22/37) ont quitté l'hôpital avec un rendez-vous ou avec la recommandation très précise de revoir leur thérapeute actuel. Quatre patients ont reçu la recommandation de prendre rendez-vous avec leur travailleur social. Six patients ont quitté l'hôpital avec la recommandation d'être suivis sans avoir un rendez-vous précis. Cinq patients n'ont reçu aucune recommandation de prendre rendez-vous. Trois patients ont été classés dans la catégorie « sans objet » à la suite d'une fugue de l'urgence ou parce qu'ils ont été transférés dans un autre hôpital (critère 13).

7.5. Les critères étant le plus souvent non remplis

Trente pour cent des patients ont eu des contacts avec divers intervenants extérieurs susceptibles d'assurer l'efficacité du suivi avant de recevoir leur congé (critère 11). Les autres jeunes n'ont pas eu de ces contacts ou alors après le congé du patient, soit le lendemain ou au début de la semaine suivante quand les intervenants étaient disponibles. Cela vient de ce que la plupart des évaluations (28/40) sont conclues par le pédopsychiatre ou le résident de garde le soir ou les fins de semaine et que ces derniers n'ont pas jugé nécessaire d'hospitaliser ces patients.

Le critère 15 ne pouvait pas s'appliquer dans le cas de trois patients puisque deux avaient été transférés et un patient avait fugué de l'urgence. Quarante et un pour cent des autres dossiers mentionnent que les jeunes ont reçu des coordonnées et des conseils d'usage pour pouvoir joindre des personnes jour et nuit, mais 59 % ne comportent aucune information à ce sujet. Toutefois, au Québec, les urgences sont ouvertes vingt-quatre heures par jour, à l'Hôpital Sainte-Justine comme ailleurs, et les patients savent qu'ils peuvent s'y rendre au besoin.

Quant à savoir si le pédopsychiatre a été informé de la venue ou non du patient au rendez-vous qu'on lui avait fixé avant sa sortie (critère 16), c'est le cas pour 31 % des patients. Quatre-vingt-sept pour cent des patients répondent à l'une ou l'autre des situations : ils sont adressés à un autre secteur et il est alors plus difficile d'avoir accès à cette information ou leur dossier ne

précise pas si le médecin a été informé de la venue ou non du patient au rendez-vous fixé. Souvent, le pédopsychiatre compte sur une entente tacite avec les parents pour s'assurer que le jeune se présentera à son rendez-vous.

7.6. La diffusion des résultats

Les résultats de cet audit ont été présentés aux membres de l'équipe de crise du département de pédopsychiatrie. Cette présentation a soulevé plusieurs questions. Les cliniciens ont souligné le fait que le degré de gravité de la tentative de suicide n'avait pas été pris en compte, bien qu'il commande une conduite différente de la part des intervenants. Par ailleurs, les critères portant sur le suivi ou le rendez-vous à fixer avant le congé insistaient sur la nécessité d'engager des démarches pour accompagner le jeune et sa famille. Selon l'avis des cliniciens, ces démarches doivent faire l'objet d'une évaluation individuelle et ne devraient pas être systématiques. De plus, les critères de l'ANAES ne portent pas sur les facteurs liés à la psychopathologie. Or, l'évaluation du risque suicidaire et du traitement à proposer doit invariablement passer par celle de la psychopathologie.

7.7. Comparaison des résultats de l'audit français et de l'audit québécois

Il faut noter que les données agglomérées des deux audits français rapportent les expériences de nombreux établissements hospitaliers y ayant participé pendant deux périodes différentes, alors que l'expérience québécoise est limitée à une seule expérience pratiquée sur un seul site.

Pour les catégories de critères remplis par plus de 80 % des établissements français, la même tendance s'observe sur le site québécois. Près de 100 % de tous ces critères sont également observés à l'Hôpital Sainte-Justine.

Certains critères étaient remplis par un peu plus de 50 % des établissements français, soit les critères 5 et 11 qui demandent que le patient soit revu par un pédopsychiatre au moins une fois pendant son hospitalisation et qu'avant sa sortie de l'hôpital des contacts aient été établis avec ses proches et mentionnés dans son dossier. La comparaison des résultats révèle des différences. Parmi les patients ayant été hospitalisés (6/40), les deux tiers ($n = 4$) ont été revus par un pédopsychiatre au moins une fois pendant leur hospitalisation, et un tiers ($n = 2$) ont été vus une fois après leur séjour aux soins intensifs pédiatriques, puis adressés à un suivi pédopsychiatrique en clinique externe (critère 5). Quant au critère 11 sur les contacts préalables à la sortie du patient, pour 30 % des patients québécois, comparativement à près de 53 % des patients français, il a été rempli. Pour les autres jeunes, ou bien il n'y a pas eu de contacts, ou bien ceux-ci ont été établis après le

congé du patient, le lendemain ou au début de la semaine suivante lorsque les intervenants pouvaient être joints. Plus de la moitié des évaluations (28/40) ont été faites par le pédopsychiatre ou le résident de garde le soir ou les fins de semaine, et ceux-ci n'ont pas jugé nécessaire d'hospitaliser la plupart des jeunes.

Parmi les critères remplis par moins de 50 % des établissements français, certains sont au contraire très fortement suivis ici, avec des résultats québécois positifs de l'ordre de 83 % et plus pour les critères 6, 7, 8 et 9. Ces critères proposent que le même psychiatre revoie le patient lors des différents entretiens. Ils recommandent l'utilisation systématique de plusieurs paramètres pour apprécier le risque de récurrence suicidaire et suggèrent de le noter au dossier. Enfin, ils demandent que le psychiatre s'entretienne avec les proches au moins une fois pendant l'hospitalisation du patient, et qu'une évaluation sociofamiliale et environnementale soit faite. Les critères 13 et 14 qui imposent de fixer un rendez-vous avec un pédopsychiatre ou un psychologue et de produire un compte rendu de l'hospitalisation pour les six patients hospitalisés obtiennent eux aussi une majorité de réponses positives. Dans cinq cas, ce compte rendu a été expédié au médecin désigné par le patient à l'intérieur des huit jours prescrits par le critère et, dans un cas, dans un délai de dix jours.

Enfin, pour le critère 15 selon lequel le patient doit recevoir à sa sortie de l'information écrite mentionnant les coordonnées d'une structure et de personnes joignables jour et nuit en cas de besoin, il est rempli par moins de 50 % des établissements français. Alors que le pourcentage français se situe en moyenne aux environs de 20 % pour ce critère, il atteint 41 % dans l'audit québécois selon les données fournies par les dossiers ou les équipes soignantes.

7.8. Réflexion sur les façons d'améliorer les critères de l'audit clinique au Québec

Au vu des résultats de notre étude pilote portant exclusivement sur des jeunes de moins de dix-huit ans, dans un contexte nord-américain, il apparaît souhaitable de réfléchir à la possibilité d'élargir l'application des critères de l'audit à tous les patients qu'ils soient hospitalisés ou non. Cela accorderait une plus grande validité aux variables étudiées. Il serait aussi intéressant de nous interroger sur la nature de certains critères, sur leur validité et sur le référentiel qui les sous-tend, plus particulièrement pour ce qui est des divers types de psychopathologie sous-jacents à la tentative de suicide. Enfin, selon les résultats québécois, on pourrait apporter une modification au critère 11 pour inclure les contacts établis dans la première journée ouvrable suivant le congé du patient.

En conclusion, cette expérience dégage des avenues à explorer pour étudier l'efficacité des interventions à l'urgence. L'absence de rétroaction sur notre travail quotidien ne nous permet pas de savoir si les interventions sont acceptables et profitables pour le patient et sa famille. Il est difficile de vérifier si les recommandations sont suivies ou non et pendant combien de temps. Ces questions soulignent l'importance de mener des études dans le domaine de la prise en charge des jeunes suicidants. Cela afin d'évaluer l'évolution du patient et l'efficacité des mesures à court, moyen et long terme et de voir s'il y a un véritable arrimage entre la visite à l'urgence, le suivi externe proposé et celui réellement effectué.

L'ÉVALUATION DES FORMATIONS EN INTERVENTION SUR LE SUICIDE

Concepts, mesures et enjeux

Isabelle Marcoux

Partout dans le monde, des formations sont offertes pour intervenir auprès des personnes suicidaires, mais peu d'informations sont disponibles quant à leur efficacité. Il convient donc de se demander si les gens qui suivent ces formations acquièrent les compétences nécessaires pour intervenir adéquatement auprès des personnes à risque de suicide. Cette question est d'autant plus importante qu'il s'agit d'aider une personne en détresse et, peut-être même, de lui sauver la vie. Le besoin d'évaluer ces formations est donc pressant, mais, comme nous le constaterons, l'évaluation des formations sur le suicide pose des défis importants aux évaluateurs, que ce soit du point de vue conceptuel, méthodologique ou pratique.

Dans ce chapitre, nous proposons aux lecteurs un processus pour développer un devis d'évaluation d'une formation en intervention sur le suicide. Il faut préciser que ce processus s'inscrit dans un contexte particulier : une formation d'environ trois jours offerte à des intervenants possédant des habiletés de base en intervention. Il s'agit ici d'une évaluation sommative, c'est-à-dire que nous nous intéressons plus spécifiquement aux résultats

attendus en fin de formation, bien que nous abordions certaines notions d'évaluation formative, comme l'évaluation de la satisfaction des participants face à la formation.

Dans la première section, nous nous concentrons sur les aspects théoriques, plus précisément sur l'approche par compétences et sur les particularités du concept même de compétence, qui est central dans l'évaluation d'une formation. Nous constaterons que ce concept est complexe et multidéterminé, qu'il comprend différentes composantes qui, tout en étant distinctes les unes des autres, sont essentielles à une véritable compréhension de ce qu'est une compétence. Dans la deuxième section, nous présentons les différentes méthodes d'évaluation qui permettent de rendre compte des compétences, de leurs forces et de leurs faiblesses. Enfin, dans la dernière partie, nous nous intéressons aux questions théoriques, méthodologiques et pratiques que soulève l'évaluation des formations en intervention sur le suicide.

8.1. L'approche par compétences comme modèle théorique de l'évaluation des formations

8.1.1. L'origine de l'approche par compétences

Avant de traiter de l'évaluation des formations, il est essentiel de présenter brièvement les assises sur lesquelles repose le processus d'évaluation choisi, soit l'approche par compétences. Il s'agit d'un modèle qui propose une démarche systématique pour développer un programme de formation dans un milieu professionnel donné. Le modèle mis au point par Rycus et Hugues (2000), le *Comprehensive, Competency-Based Inservice Training (CCBIT) Model*, dans le domaine des services à l'enfance est souvent cité à titre d'exemple. Adopter une approche par compétences implique différentes étapes dont les principales sont :

- la définition de la population à former ;
- l'analyse des tâches liées à l'emploi déterminées par un panel d'experts ;
- la spécification des normes de qualité d'une bonne pratique ;
- la délimitation des responsabilités des gens qui œuvrent dans le domaine ;
- l'identification des compétences nécessaires pour occuper un tel poste ou effectuer une telle tâche.

Ainsi, au lieu d'opter pour une approche par objectifs, qui définit les objectifs généraux et spécifiques d'apprentissage à atteindre, il s'agit d'identifier les compétences à développer.

Pour mettre sur pied un programme de formation, choisir l'approche par compétences présente des avantages non négligeables du point de vue de l'évaluation. Par exemple, le travail d'identification du *quoi* évaluer est déjà grandement entamé lorsque les cinq principales étapes indiquées ci-dessus sont respectées. Il faut toutefois s'attarder un peu plus longuement sur le concept de compétence afin de mieux comprendre ce que l'on doit mesurer. Après avoir décidé du contenu de l'évaluation, il sera plus facile de déterminer *comment* évaluer plus rigoureusement l'acquisition des compétences par suite d'une formation en intervention sur le suicide.

8.1.2. Qu'est-ce qu'une compétence ?

Comme nous le constaterons, la mesure des compétences n'est pas une opération simple et le facteur le plus déterminant est sans contredit celui de la difficulté même de définir ce qu'est une « compétence ». Selon le *Multidictionnaire de la langue française* (1997), une compétence se définit comme une « connaissance approfondie reconnue » ou une « aptitude reconnue d'une autorité à traiter d'une question, à accomplir un acte, selon les modalités déterminées ». Suivant cette définition, une compétence ne désigne pas une seule et unique réalité. Elle comporte un aspect cognitif qui réfère au savoir lorsqu'on parle de connaissance. Elle renvoie aussi à la notion d'aptitude qui se définit comme une « disposition naturelle ou acquise de quelqu'un, à faire quelque chose » (*Le Petit Larousse*, 1998). Cette définition de la compétence réunit donc deux concepts différents et complémentaires. L'un présente un aspect plutôt pratique qui découle de l'apprentissage et l'autre un aspect plus instinctif pouvant tenir aux caractéristiques personnelles de l'individu. Ces concepts ne sont cependant pas immuables, puisque certaines caractéristiques personnelles peuvent découler d'un apprentissage ou être influencées par certains facteurs, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas nécessairement statiques et rigides. De plus, il est à noter que l'emploi des termes « *reconnues* » et « *modalités déterminées* » dans chacune des définitions souligne l'importance du jugement d'autrui dans la détermination d'une compétence. Aussi, Merchiers et Pharo (1990) associent-ils la compétence à un processus social où le jugement d'autrui doit être considéré comme une sanction et une validation de ce concept suivant des critères normatifs.

8.1.3. Le modèle tripartite de la compétence

Même si le modèle conceptuel retenu lors de recherches évaluatives antérieures n'est pas toujours explicite, la plupart des auteurs (Adams, 1990 ; Caird, 1992 ; Coleman, 1996 ; Kane, 1992 ; Sechrest et Scott, 1993 ; Strupp, Butler et Rosser, 1988) ont mesuré les compétences à l'aide de trois composantes principales :

- le savoir ;
- le savoir-faire ;
- le savoir-être.

Ces trois composantes reposent sur des réalités bien distinctes qui sont essentielles à la compréhension globale de ce qu'est une compétence. Le « savoir » se traduit en *connaissances*, lesquelles se définissent comme un ensemble d'informations organisées selon un contenu spécifique (Klemp, 1979). Le « savoir-faire » regroupe les *habiletés*, lesquelles représentent la capacité de démontrer un ensemble de comportements ou de processus définis (Klemp, 1979). Enfin, le « savoir-être » tient aux *caractéristiques personnelles de l'individu*, lesquelles englobent un ensemble de concepts tels que les attitudes, l'estime de soi, les traits de personnalité, etc. À la lumière de ces informations, l'Association québécoise de suicidologie a proposé en 2001 la définition suivante : « Une compétence est un ensemble intégré de connaissances, d'attitudes et d'habiletés permettant à une personne de réaliser adéquatement une tâche ou une activité de travail. »

Bien que distinctes, les composantes de la compétence sont reliées les unes aux autres et s'influencent mutuellement. Certains aspects sont toutefois plus ou moins immuables : c'est le cas notamment des attitudes d'une personne envers le suicide. Il est important de connaître les différences et les complémentarités de ces composantes pour bien comprendre comment évaluer l'acquisition des compétences par suite d'une formation sur l'intervention auprès de personnes suicidaires, ainsi que pour déterminer ce qu'il est effectivement possible d'évaluer.

Regardons tout d'abord le lien entre les caractéristiques personnelles et les habiletés d'intervention. Pourquoi certaines personnes, sans avoir les connaissances de base pour intervenir auprès des personnes suicidaires, agissent-elles ou réagissent-elles de façon plus appropriée que d'autres personnes qui détiennent une formation ? De manière intuitive, ces personnes savent quoi dire ou quoi faire pour diminuer un état de crise suicidaire. En fait, certaines caractéristiques personnelles ou attitudes sont favorables au développement et au maintien du lien ou de la performance thérapeutique. Bref, un intervenant ayant une attitude empathique a beaucoup plus de chances d'avoir un impact positif sur une personne suicidaire qu'un intervenant qui entretient des préjugés défavorables envers elle. Selon Tierney (1988), le fait d'avoir des émotions et des attitudes négatives peut conduire l'intervenant à agir ou à réagir de manière inappropriée, et entraîner des conséquences désastreuses telles que l'augmentation de la fréquence et de la gravité des comportements suicidaires. Dans leur recension des écrits, Lang, Ramsay, Tanney et Tierney (1989) indiquent qu'il y a souvent incohérence entre les attitudes des intervenants face au suicide d'un point de

vue abstraite et ce qu'ils pensent ou font dans leur vie de tous les jours. Bref, leurs croyances personnelles ne s'accordent pas toujours avec leurs croyances professionnelles, ce qui peut être préjudiciable à leurs interventions.

Certains auteurs ont une position plutôt défaitiste quant à la possibilité d'influencer les caractéristiques personnelles par une formation (Sechrest et Scott, 1993). Mais, comme nous le verrons plus loin, certaines attitudes négatives peuvent se modifier sous l'effet d'informations adéquates, surtout sur un sujet aussi émotif et chargé de valeurs culturelles, sociales et morales que le suicide.

Passons maintenant au lien entre les connaissances et les caractéristiques personnelles. Selon certains auteurs, les compétences nécessaires à un bon comportement clinique viennent d'attributs moraux et de traits de personnalité spécifiques (Usherwood, Challis, Joesbury et Hannay, 1995). Selon Hogan (cité dans Sechrest et Scott, 1993), un comportement clinique approprié est plus précisément déterminé par la présence ou l'absence de certaines caractéristiques personnelles, ou habiletés interpersonnelles, que par des connaissances théoriques. Whiteman, Hartman et Brannon (1982) ajoutent que l'accroissement des connaissances sera limité s'il n'est pas lié à certaines qualités personnelles et interpersonnelles telles que les habiletés de communication et d'écoute, l'empathie, etc.

Bien que ces positions soient quelque peu catégoriques, elles mettent en lumière l'importance de certaines qualités intrinsèques nécessaires à l'acquisition ou au développement d'une compétence spécifique. Cette composante peut donc poser problème, car certaines caractéristiques personnelles ne sont pas modifiables, comme les attitudes influencées par des traits de personnalité trop rigides (Sechrest et Scott, 1993). Croire mordicus que les gens qui pensent au suicide ou qui disent qu'ils passeront à l'acte ne le font que pour attirer l'attention, ou encore que le fait qu'ils en parlent implique qu'ils ne le feront pas, en est un bon exemple. Malgré toutes les connaissances et les statistiques dont nous disposons aujourd'hui sur cette question, certaines personnes refuseront d'abandonner leur vision pour quelque raison que ce soit. Il est donc peu probable que ces gens adoptent jamais une attitude empathique envers les personnes suicidaires. Donc, en plus de gêner l'accroissement des connaissances, certaines attitudes peuvent ériger des barrières qui nuisent à leur application (Tierney, 1988).

Malgré ces limites, McIntosh (cité par Tierney, 1988) considère que l'acquisition des connaissances peut avoir un effet positif sur les attitudes : « La diffusion d'informations précises sur le suicide devrait créer des attitudes plus positives et bienveillantes et permettre d'identifier plus adéquatement les personnes suicidaires et les ressources disponibles pour leur venir en aide » (traduction libre). Bref, une formation en intervention

se doit d'inculquer des valeurs, des attitudes et des croyances qui autorisent un haut degré de responsabilité professionnelle et personnelle (Sechrest et Scott, 1993).

Examinons finalement la relation entre les connaissances et les habiletés d'intervention. Selon Sechrest et Scott (1993), l'enseignement des connaissances est essentiel dans une formation en intervention, car celles-ci permettent une meilleure compréhension de la raison et de l'impact des actions posées. Cependant, Klemp (1979) établit une différence entre le savoir et le savoir-faire, c'est-à-dire que le fait qu'on possède une connaissance n'implique pas nécessairement qu'on ait l'habileté qui lui est sous-jacente. Tel qu'il a été mentionné par Brailovsky, Miller et Grand'Maison (1998-1999), un individu peut être considéré compétent parce qu'il possède beaucoup de connaissances, mais est-il réellement capable de mettre en pratique ces connaissances pour résoudre un problème déterminé? Ainsi, plusieurs auteurs dénoncent l'évaluation des connaissances comme mesure des compétences. Loin de rejeter l'importance des connaissances dans l'acquisition d'une compétence, la plupart d'entre eux critiquent l'inférence du savoir-faire à partir du savoir. Néanmoins, Melton (1994) nous met en garde de ne pas négliger ce lien, puisque les connaissances peuvent faciliter le transfert des habiletés d'un contexte à l'autre. Il souligne en outre que les connaissances procurent une meilleure conscience et une meilleure compréhension des contextes dans lesquels les habiletés ont été développées et ceux dans lesquels elles pourront être utilisées ultérieurement.

En ce qui concerne les compétences en intervention auprès de personnes suicidaires, il a été démontré que les connaissances permettent, entre autres, l'identification du potentiel suicidaire (Tierney, 1988). Il existe ainsi un lien important entre connaissances et techniques d'intervention: les connaissances spécifiques en intervention du suicide sont donc primordiales, sans compter qu'elles peuvent être bonifiées par la formation et qu'elles sont faciles à évaluer. Néanmoins, le lien entre *connaissances* et *habiletés* n'est pas toujours très clair dans la pratique.

8.1.4. Les types d'évaluation des formations complémentaires

En plus de mesurer l'acquisition des compétences, l'évaluation d'une formation doit considérer d'autres concepts. Le modèle d'évaluation d'une formation le plus connu et le plus utilisé est sans nul doute celui de D.L. Kirkpatrick (1967). Ce modèle comporte quatre étapes qui correspondent aux quatre objets successifs de l'évaluation:

- les réactions face à la formation;
- les apprentissages;

- le transfert des apprentissages ;
- les impacts organisationnels.

La première évaluation, celle des réactions, s'intéresse à la satisfaction que les participants tirent de leur formation et porte généralement sur la matière, la performance du formateur, l'organisation de la session, le matériel pédagogique, les locaux, etc. Selon certains, pour évaluer les réactions, on devrait plutôt concentrer ses efforts sur l'évaluation du contenu : sa pertinence, sa compréhension, ses zones de confusion et les informations manquantes (Krein et Weldon, 1994). Cependant, d'autres suggèrent que cette évaluation devrait être plus ouverte et toucher les objectifs, les responsabilités, la contribution des participants à leurs apprentissages et le transfert des apprentissages (Reitz, 1997). L'évaluation des réactions est l'évaluation la plus utilisée pour mesurer l'efficacité d'une formation (Reitz, 1997), bien que son utilité soit restreinte. Elle permet toutefois de nous renseigner sur ce qui a plu ou déplu aux participants et, donc, sur ce qui a pu influencer positivement ou négativement leurs apprentissages. Bref, on observe deux grandes tendances en évaluation des réactions : l'évaluation de la satisfaction, pour répondre adéquatement aux besoins des apprenants et améliorer la formation ; et l'évaluation des réactions, pour vérifier si certains facteurs comme la motivation peuvent influencer favorablement ou défavorablement l'acquisition des compétences après la formation.

Nous ne reviendrons pas sur la deuxième évaluation, celle des apprentissages, car nous l'avons traitée dans la section précédente sur la mesure des connaissances, des habiletés et des attitudes. La troisième évaluation, celle du transfert des apprentissages, permet quant à elle de voir si les participants ont appliqué dans leur travail ce qu'ils ont appris durant leur formation et donc s'il y a eu changement dans leur comportement. Selon Reitz (1997), cinq conditions sont nécessaires pour qu'il y ait transfert :

- une volonté de changement autant chez le participant que chez l'employeur ;
- un savoir et un savoir-faire nécessaires au changement ;
- un climat de travail favorable ;
- une assistance humaine et matérielle dans l'application de l'apprentissage ;
- l'obtention de récompenses.

Certaines de ces conditions dépendent de facteurs qui peuvent faciliter ou entraver le transfert des compétences : les caractéristiques de l'individu, et celles du milieu de travail (Krein et Weldon, 1994 ; Reitz, 1997). Pour ce qui est des caractéristiques de l'individu, on pense à la motivation, à la confiance en soi, au sentiment de compétence personnelle, etc. Quant au milieu de travail, dont l'influence est primordiale dans le renforcement du changement et semble avoir un impact non négligeable sur le transfert,

on peut penser aux valeurs de l'entreprise, aux attitudes des superviseurs et des pairs (Reitz, 1997), à l'encouragement et au soutien reçus (Johncox, 2000; Krein et Weldon, 1994), ainsi qu'à la possibilité d'exécution (Ford, Quinones, Sego et Sorra, 1992; Reitz, 1997). Ford et ses collaborateurs (1992) ont étudié plus à fond la possibilité d'exécution et ses trois dimensions : l'ampleur, le niveau d'activités et le type de tâches (voir le tableau 8.1). De manière opérationnelle, l'*ampleur* désigne le nombre des tâches (compétences) effectuées en milieu de travail qui étaient visées par la formation. Il s'agit de dresser une liste de toutes les tâches visées par la formation et d'en établir le nombre sur une période de temps X, par exemple trois mois, à partir de la fin de la formation. Le *niveau d'activités* correspond au nombre de fois que les tâches ont été exécutées en milieu de travail durant ces trois mois suivant la fin de la formation. Enfin, le *type de tâches* illustre le degré de difficulté ou de complexité de la tâche. Chaque énoncé de tâche est mesuré avec une échelle de type Likert en sept points (de 1 = fortement en désaccord, jusqu'à 7 = fortement en accord). D'un point de vue théorique, ces trois dimensions de la possibilité d'exécution sont considérées comme indépendantes.

Tableau 8.1

Les dimensions de la possibilité d'exécution

Dimension	Définition
Ampleur	Nombre de tâches effectuées en milieu de travail visées par la formation
Niveau d'activités	Nombre de fois que les tâches ont été exécutées après la formation
Type de tâches	Degrés de difficulté ou de complexité de la tâche

Selon une recherche effectuée par le Conference Board of Canada en 1992 (cité dans Reitz, 1997), seulement 5 % des formations données font l'objet d'une évaluation des impacts organisationnels tandis que dans 90 % des cas, seule l'évaluation des réactions est réalisée. Pourtant, l'évaluation des impacts est souvent celle qui fournit les données les plus importantes pour juger du succès d'une formation (Alliger, Tannenbaum, Bennett, Traver et Shotland, 1997). Comme impacts, on trouve la réduction des dépenses, l'amélioration de la qualité des produits ou des services, l'augmentation de la satisfaction de la clientèle et l'accroissement des ventes (Krein et Weldon, 1994). Ce type d'évaluation semble toutefois plus facile à faire dans une entreprise qui vend des produits que dans un organisme ou une institution qui offre des services d'aide, où les impacts peuvent se traduire par une augmentation de la satisfaction, de la qualité et de l'accessibilité des services, jusqu'à la réduction des manifestations suicidaires (tentatives

de suicide et suicides complétés), pour prendre l'exemple qui nous intéresse. Toutefois, de tels résultats ne peuvent pas être mesurés à court terme ; ce n'est qu'avec les années qu'on pourra observer des changements dans les taux de tentatives de suicide et de suicides complétés. L'autre problème avec les impacts de ce type est la difficulté de les attribuer à la formation (Krein et Weldon, 1994 ; Reitz, 1997).

En résumé, selon l'approche par compétences, on s'attend à ce que les personnes qui suivent une formation en intervention sur le suicide acquièrent des compétences spécifiques liées au savoir, au savoir-faire et au savoir-être. Par exemple, qu'elles adoptent des attitudes favorables à l'intervention, qu'elles développent un sentiment de confiance dans l'intervention ainsi qu'une plus grande capacité à entrer en relation, tout en reconnaissant leurs limites personnelles. Cette formation doit aussi leur permettre d'acquérir des connaissances touchant plus spécifiquement le suicide, notamment les facteurs de risque et de protection, les signes de détresse psychologique et les indices d'urgence. Grâce à cette formation, elles devraient acquérir des habiletés d'intervention, comme aller chercher les informations pertinentes auprès de la personne suicidaire, analyser adéquatement sa situation, évaluer l'urgence et son risque suicidaire, et l'adresser aux ressources appropriées.

L'identification de ces compétences permet ensuite de déterminer les critères de performance attendue dans les comportements observables. Outre les compétences, d'autres aspects qui peuvent avoir un impact sur la formation doivent être considérés, comme la satisfaction face à la formation, la motivation et les conditions du milieu de travail. Une fois cette étape d'identification du *quoi évaluer* complétée, il est plus facile de passer à l'étape suivante qui consiste à déterminer *comment évaluer*.

8.2. Les méthodes d'évaluation des compétences

Évaluer quelles compétences la formation a permis d'acquérir est chose complexe, car comme nous l'avons dit plus haut, une compétence comprend différentes réalités ou composantes. Il est donc utopique de croire qu'on puisse les évaluer par un seul et même type de mesure. C'est pourquoi les quatre méthodes suivantes vous sont présentées :

- la procédure d'observation *in vivo* ;
- la simulation ;
- les tests objectifs ;
- l'auto-évaluation.

Kane (1992) suggère également d'utiliser trois types d'inférence dans l'interprétation des résultats afin de juger de la rigueur de chaque méthode, à savoir l'évaluation, la généralisation et l'extrapolation. Dans le cas de l'évaluation

de la performance, la présence ou l'absence de la compétence guide l'exercice. Le degré d'atteinte de la compétence visée suivant les critères prédéfinis peut également être estimé. En ce qui concerne la généralisation des résultats obtenus, il s'agit de pouvoir déduire de la démonstration d'une compétence spécifique l'existence de compétences similaires. Enfin, l'extrapolation des résultats obtenus au test permet de juger de la performance qu'aurait le sujet dans son milieu de pratique. Nous reviendrons donc sur ces trois types d'inférence dans la description des quatre méthodes d'évaluation, plus particulièrement en ce qui concerne les forces et faiblesses de chacune.

8.2.1. La procédure d'observation *in vivo*

L'évaluation *in vivo* se fait habituellement par deux juges qui utilisent une liste de contrôle des critères de compétence préalablement identifiés. Cette méthode est plus particulièrement employée en milieu naturel, ou plus précisément en milieu de pratique, d'où son caractère rigoureux au niveau de l'extrapolation (Kane, 1992). Cette approche est toutefois peu réaliste pour évaluer l'acquisition des compétences lors d'une formation en intervention auprès de personnes suicidaires. Imaginez une formation sur des activités de postvention donnée à des enseignants. Procéder par observation *in vivo* impliquerait d'attendre qu'un suicide se produise dans le milieu de travail pour évaluer les compétences acquises lors la formation. Il est donc évident que l'emploi de cette méthode est peu réaliste et peu souhaitable dans un tel contexte.

De plus, cette méthode comporte plusieurs lacunes. Il est d'abord difficile d'obtenir un accord « interjuges » acceptable. Ensuite, son coût et l'influence de variables indirectes, comme celles liées au contexte, aux milieux, aux clients et aux juges, représentent d'autres contraintes importantes (Kane, 1992). Comme elle est plus ou moins appropriée pour l'évaluation de l'acquisition des compétences lors d'une formation d'intervention sur le suicide, nous ne parlerons pas plus longuement ici de cette méthode.

8.2.2. La simulation

Cette méthode d'évaluation a moins de désavantages que la méthode *in vivo*; elle est réaliste et plus fidèle quant à la situation rencontrée en milieu de pratique. Trois différentes techniques peuvent être utilisées (Kane, 1992) :

- la présentation écrite d'un cas;
- la mise en situation (les jeux de rôles);
- la simulation par vidéo ou ordinateur.

Habituellement, la simulation débute par la description du client et des circonstances qui l'amènent à consulter. Après, on pose une série de questions sur les actions à entreprendre pour répondre le plus efficacement

possible au problème du client. Chaque choix, chaque réplique dicte alors la suite de l'exercice. C'est cette dernière caractéristique qui rend la simulation intéressante et lui permet, tout en étant artificielle, de reproduire le plus fidèlement possible la réalité. Ce processus de rétroaction est toutefois caractéristique de la mise en situation (les jeux de rôles), mais non de la simulation écrite ou vidéo. En ce qui concerne la simulation par ordinateur, la médecine a fait d'immenses progrès dans la mise au point de programmes informatiques permettant d'évaluer les acquis des médecins. Le plus connu est le *CBX* qui fut créé pour combler les lacunes des tests objectifs dans l'évaluation des habiletés plus complexes (Clauser *et al.*, 1993). Cependant, les programmes informatiques n'évaluent pas les tâches qui rendent compte de l'interaction entre le médecin et son patient. Melnick (1990) conclut d'ailleurs qu'il est presque impossible que la simulation par ordinateur puisse un jour reproduire une situation clinique à cause du rôle primordial des communications interpersonnelles.

Selon Neimeyer et Pfeiffer (1994), la simulation est une excellente méthode pour mesurer l'empathie ainsi que les compétences particulières nécessaires à une intervention donnée. Elle offre certains avantages par rapport à la méthode *in vivo*, dont la diminution des erreurs de mesure associées aux clients et aux contextes puisque les critères d'évaluation sont standardisés et que l'accord « interjuges » est plus rigoureux (*évaluation*) (Kane, 1992).

La méthode par simulation a certes plusieurs inconvénients, mais ses faiblesses peuvent être atténuées. Tout d'abord, plus la situation est réaliste, plus il est difficile de s'entendre sur les critères à évaluer (*évaluation*). La solution est donc de définir de manière opérationnelle chacun des critères à évaluer pour diminuer les risques d'erreurs de mesure et, conséquemment, obtenir un accord « interjuges » satisfaisant. Bref, il faut parvenir à un équilibre entre la situation réelle et celle quelque peu artificielle de l'évaluation. Ensuite, les compétences peuvent être très différentes d'une situation à l'autre, plus précisément d'un contexte ou d'un client à l'autre (*généralisation*). La solution ici est donc d'élargir le plus possible l'éventail des compétences à évaluer pour tenir compte du plus grand nombre de cas possible.

Enfin, certains inconvénients relèvent plutôt de la technique utilisée. Tout d'abord, plusieurs études ont démontré que le lien entre la performance obtenue lors d'une simulation écrite et la performance ultérieure dans le milieu de travail n'est pas évident (*extrapolation*) (Kane, 1992). Ensuite, la technique de mise en situation (jeux de rôles) est coûteuse en raison de la formation des acteurs et du fait que le jeu de rôle doit être répété pour chaque personne à évaluer. Cependant, si l'entraînement est effectué rigoureusement, cette méthode est excellente pour comparer les évalués entre eux. Finalement, la simulation par vidéo ou ordinateur exige

des coûts initiaux importants, mais offre l'avantage de pouvoir être utilisée par un large éventail de personnes et aux moments opportuns (Sechrest et Scott, 1993).

8.2.3. Les tests objectifs (papier-crayon)

Cette méthode est employée plus particulièrement pour évaluer les connaissances et ne mesure qu'une partie des compétences. Les questions utilisées sont habituellement développées par un panel d'experts, ce qui permet d'obtenir un éventail représentatif et exhaustif des compétences à évaluer. L'absence de problème de subjectivité (*évaluation*), la possibilité d'évaluer un large éventail de compétences (*généralisation*) et d'obtenir un bon degré de fidélité figurent parmi les avantages les plus importants de cette méthode d'évaluation. Les tests objectifs occupent une place de choix dans l'évaluation de l'acquisition des connaissances; c'est le moyen le plus utilisé en éducation. Simple, cette méthode est rapide à administrer et permet surtout de comparer aisément des gens ou des groupes entre eux et à différents moments (Jouvenel et Masingue, 1994).

Peu nombreux, les inconvénients des tests objectifs sont tout de même très importants. Tout d'abord, la validité d'une telle méthode est douteuse puisqu'il est difficile d'associer les scores au test à la performance en milieu de pratique (*extrapolation*). Ensuite, il est très difficile d'évaluer certains concepts, tel le jugement porté lors d'une situation complexe (*évaluation*). De plus, les tests à choix multiples mesurent l'habileté de reconnaissance plutôt que l'habileté mnémonique (Pottinger, 1979). Enfin, cette technique est un moyen puissant d'investigation, mais la conception de tests standardisés « demande des compétences telles qu'il est plus simple de s'appuyer sur ceux qui existent déjà et de réserver l'élaboration de tests spécifiques à des investigations lourdes » (Jouvenel et Masingue, 1994).

8.2.4. L'auto-évaluation

Selon Rossini (cité dans Campbell *et al.*, 1988), l'auto-évaluation se définit comme « l'estimation, l'appréciation de sa propre action, de ses acquisitions, de ses compétences, selon des critères clairement définis et par rapport à des objectifs préalablement déterminés ». L'évaluation des apprentissages a longtemps été réservée presque uniquement aux experts, ce qui ne laissait à l'apprenant qu'un rôle plutôt passif (Depover et Noël, 1999). Or, le point de vue de l'évalué sur ses propres apprentissages ou ses propres performances peut être des plus bénéfiques aussi bien pour lui que pour l'agent d'évaluation. Par exemple, l'auto-évaluation permet à l'évalué de prendre conscience de ses forces et faiblesses, et à l'agent d'évaluation d'avoir accès à de l'information qualitative ou autrement inaccessible. L'auto-évaluation

est donc une méthode de choix pour plusieurs raisons, notamment parce qu'elle est facile à administrer et surtout parce qu'elle fournit de l'information difficile à obtenir autrement (*évaluation*). Pensons notamment à tout le vécu subjectif de l'individu. Que pense-t-il de ses propres compétences ? Qu'est-ce qui améliore ou entrave sa performance ? Bref, l'autoévaluation vous permet d'enrichir votre compréhension de certaines particularités de l'acquisition des compétences. On peut penser, par exemple, à l'influence de la motivation et du sentiment d'efficacité personnelle sur l'acquisition de compétences durant une formation. Il faut tout de même demeurer prudent, car l'auto-évaluation est loin d'être une méthode d'évaluation objective ; elle n'est pas à l'abri du phénomène de désirabilité sociale, c'est-à-dire de la tendance à fournir des réponses qui donnent une image positive de soi.

Plus d'une fois la motivation a été citée comme facteur d'influence important de l'acquisition de compétences durant une formation (Melton, 1994 ; Warr, Allan et Birdi, 1999). Certains auteurs avancent même que, sans motivation, il ne peut y avoir d'apprentissage (Miller, 1996). Bref, puisque la performance découle de la mobilisation des compétences dans l'action, il est important de considérer le rôle que joue la motivation dans l'acquisition de ces dernières (Carré, 1998a).

À titre d'exemple, une personne obligée de suivre une formation n'a pas la même motivation ni le même intérêt à acquérir des connaissances et à développer ses habiletés qu'une autre qui décide par elle-même de s'inscrire à cette formation. De fait, la motivation est généralement considérée selon deux dynamiques distinctes : la motivation intrinsèque et la motivation extrinsèque. Selon Deci (cité dans Vallerand et Blanchard, 1998), la motivation intrinsèque nous pousse à effectuer une activité pour elle-même et pour la satisfaction qu'elle nous procure, tandis que la motivation extrinsèque dépend de facteurs sur lesquels nous avons plus ou moins de pouvoir : la régulation externe de notre comportement par des récompenses ou des contraintes, la régulation introjectée où nous avons assimilé les pressions externes antérieures pour en faire des pressions internes et la régulation identifiée où nous accordons de l'intérêt à une activité parce que nous la croyons importante pour nous. Somme toute, il est important de retenir que la motivation à suivre une formation peut varier d'une personne à l'autre et que les facteurs sous-jacents à ces motivations peuvent favoriser ou au contraire nuire à l'acquisition de certaines compétences. Il est donc essentiel d'en tenir compte lors de l'évaluation.

L'auto-évaluation permet aussi de mesurer si la personne se sent ou non compétente dans une tâche. Le sentiment d'efficacité personnelle (SEP), inspiré du concept « *Self-Efficacy* », introduit par Bandura, est une facette de l'image de soi qui témoigne de la perception des aptitudes. Il s'agit de l'évaluation que fait une personne de ses capacités physique, intellectuelle et affective à atteindre un but déterminé (Desmette, 1999). Ce jugement se

fonde prioritairement sur des caractéristiques internes de l'individu, mais peut aussi être déterminé par des facteurs externes tels que la difficulté de la tâche, les expériences antérieures et le soutien social. Parmi les conditions qui favorisent la construction du SEP, on trouve l'immersion dans le monde du travail et la présence d'un fort soutien social.

Le SEP ne doit pas être confondu avec l'estime de soi, puisqu'il dépend étroitement de la tâche ou du domaine évalué et non de l'évaluation des autres compétences (Rosenberg, Schooler, Schoenbach et Rosenberg, 1995). Si l'on prend l'exemple du savoir et du savoir-faire, on peut avancer que le SEP associé à un savoir précis (les connaissances sur les facteurs de risque du suicide, par exemple) n'est pas nécessairement proportionnel au SEP quant à un savoir-faire (intervenir auprès d'une personne suicidaire, dans ce cas), même si le champ de ces compétences est lié. C'est donc cette spécificité, cette évaluation ciblée qui fait que le SEP est considéré comme un bon prédicteur du comportement (Desmette, 1999). Néanmoins, il ne faut pas oublier que le SEP repose sur une évaluation subjective, donc que l'individu porte un jugement sur ce qu'il pense être capable de faire et pas nécessairement sur ses capacités réelles (*extrapolation*). Ce qui n'empêche pas que le SEP est un facteur à retenir parmi les conditions qui facilitent ou nuisent à l'acquisition des compétences durant une formation. Cette influence est plus ou moins reconnue de façon explicite, mais peut être inférée puisque la perception de la compétence est un facteur qui influence la motivation à entreprendre une action donnée (Carré, 1998b).

En résumé, nous venons de voir qu'on ne peut pas évaluer les acquis durant une formation en s'appuyant sur une seule et même méthode. Complémentaires, ces méthodes ont chacune leurs avantages et leurs inconvénients : suivant ce que l'on veut mesurer, certaines sont préférables à d'autres, comme la simulation pour évaluer les habiletés d'intervention. Dans le tableau 8.2, nous proposons une brève description des différentes méthodes qu'on peut utiliser pour évaluer les effets d'une formation. Il reste que le choix du *comment* mesurer étant intimement lié à l'étape laborieuse du *quoi* évaluer, il est important d'effectuer au préalable un travail minutieux de précision des concepts et des critères de performance à retenir. Voyons maintenant quelques enjeux auxquels vous risquez d'être confrontés à diverses étapes du processus d'évaluation d'une formation, que ce soit pendant l'élaboration du devis ou au cours de l'évaluation même.

8.3. Les différents enjeux de l'évaluation des formations en intervention sur le suicide

8.3.1. Quelques enjeux théoriques

La première étape d'une évaluation consiste à déterminer quelles compétences les intervenants doivent avoir pour intervenir efficacement auprès des personnes suicidaires. Deux sources d'information permettront de les définir : les experts dans le domaine et les toutes dernières connaissances révélées par les résultats de recherche. Les compétences identifiées devraient tenir compte des trois composantes : les connaissances, les habiletés et les attitudes. À la deuxième étape, il faut établir les critères de performance visés pour chacune des compétences. Ces critères doivent être définis de manière opérationnelle, c'est-à-dire qu'ils doivent se traduire en comportements observables pour pouvoir être mesurés rigoureusement. Lorsque le programme de formation est conçu selon l'approche par compétences, cette étape est déjà largement entamée. Sinon, il est impératif de reprendre chacun des objectifs de la formation et de les reformuler en termes de compétences visées. Cette étape est laborieuse, mais elle est la base de tout le processus d'évaluation qui suivra.

Après avoir identifié les compétences visées par la formation, il faut déterminer celles que l'individu doit prioritairement acquérir au terme de celle-ci. Il n'est ni nécessaire ni souhaitable de tout évaluer, surtout si l'on considère le temps et les ressources financières que cela peut impliquer. De plus, certaines parties de la formation peuvent être impossibles à évaluer. Les questions suivantes vous permettent de repérer les compétences essentielles :

- Quelles compétences correspondent à des objectifs réalistes ?
- Quelles sont les compétences pour lesquelles il existe des mesures de performance ?
- Quelles sont les compétences qui permettent d'établir des comparaisons ?
- Quelles compétences répondent à un besoin d'information que ressentent les personnes responsables ?

8.3.2. Quelques enjeux méthodologiques

Afin de maximiser la validité des résultats qu'on désire obtenir, il faut observer certaines règles. Tout d'abord, pour s'assurer que les résultats obtenus après la formation lui sont effectivement attribuables, il est essentiel d'effectuer une mesure prétest / post-test, c'est-à-dire d'évaluer les personnes qui suivent la formation avant qu'elle débute et dès qu'elle est finie. De plus, pour augmenter la validité des résultats et mesurer la stabilité des

Tableau 8.2
Synthèse des principales méthodes d'évaluation et leurs particularités

Méthode d'évaluation	Forces	Faiblesses	Composantes mesurables
<i>In vivo</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Extrapolation 	<ul style="list-style-type: none"> - Accord « interjuges » - Coût - Influence de variables indirectes 	<ul style="list-style-type: none"> - Approche peu réaliste pour l'évaluation des compétences après une formation sur le suicide
Simulation	<ul style="list-style-type: none"> - Processus de rétroaction possible - Mesure d'empathie - Accord « interjuges » 	<ul style="list-style-type: none"> - Coût - Plus la situation est réaliste, plus il est difficile de s'entendre sur les critères à évaluer. - Variabilité des compétences attendues selon les situations 	<ul style="list-style-type: none"> - Habiletés d'intervention - Caractéristiques personnelles
Tests objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de problème de subjectivité - Facilité d'administration - Bonne fidélité - Coût 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté d'extrapolation - Difficulté d'évaluation des concepts complexes - Mesure l'habileté de reconnaissance plutôt que l'habileté mnémonique. 	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissances - Attitudes
Auto-évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Facilité d'administration - Accès à de l'information autrement inaccessible 	<ul style="list-style-type: none"> - Phénomène de désirabilité sociale 	<ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques personnelles (notamment la motivation et le sentiment de compétence personnelle)

acquis, il est bon d'évaluer à nouveau les personnes qui ont suivi la formation au moins trois mois après la formation. Dans le cas d'une formation en intervention sur le suicide, il est toutefois plus réaliste d'attendre six mois après la formation, car, en général, les gens ne sont pas confrontés chaque jour à cette problématique. En outre, attendre plus longtemps permet de voir l'effet de l'expérience sur le maintien ou l'amélioration de leurs compétences. Les services que le milieu de travail offre à ses intervenants, comme la supervision clinique, la formation continue et le soutien psychologique sont des facteurs qu'on ne doit pas négliger d'analyser, car ils peuvent faciliter ou nuire à l'acquisition et au maintien des compétences. L'utilisation d'un groupe témoin est presque incontournable, sinon il est difficile de contrôler certains effets, comme l'effet de pratique lié au fait d'avoir passé des prétests puis des post-tests. Enfin, l'évaluation par plusieurs sources (dont le participant lui-même, son superviseur, le formateur et des juges externes) prodigue des informations complémentaires, ce qui permet de confronter les résultats aux tests et de les valider plus efficacement (Moore, 1984).

Le choix des instruments de mesure des compétences visées par la formation est une autre étape cruciale. Il faut d'abord voir s'il existe déjà des outils pouvant mesurer les critères de performance définis préalablement. Il est fortement recommandé d'exploiter les instruments disponibles, car la conception de tests, comme les tests objectifs, exige des connaissances et des compétences particulières. Mais certains instruments de mesure s'adaptent mal à différents contextes d'évaluation. À titre d'exemple, les tests qui portent sur les connaissances sont souvent d'une utilité limitée parce qu'ils ont été conçus en fonction du contenu de formations particulières, lequel diffère généralement des unes aux autres. Les tests qui portent sur les attitudes sont, quant à eux, plus généraux et donc transférables plus facilement d'un contexte à l'autre. Voici tout d'abord une liste d'instruments qui ont été conçus pour évaluer les effets des formations en intervention sur le suicide.

La thèse de doctorat de R.J. Tierney (1988) est sans aucun doute à ce jour le travail le plus pertinent et le plus complet dans le domaine. Cette étude visait à évaluer les effets immédiats du *Suicide Intervention Workshop* (SIW), une formation de quatorze heures réparties sur deux jours. Trois instruments de mesure ont été conçus à cet effet: le *Suicide Intervention Protocole* (SIP), le *Suicide Intervention Questionnaire* (SIQ) et le *Intervention Knowledge Test* (IKT).

Le SIP est une procédure d'observation durant une mise en situation. Il permet d'évaluer les habiletés d'intervention et les critères de performance déterminés à partir du contenu du SIW. Les juges évaluent la performance des participants sur les comportements d'intervention suivants: les réponses fournies aux indices donnés, l'initiation des tâches d'engagement,

l'identification explicite, les questions posées, l'évaluation de la situation, la planification de l'action et l'implantation immédiate de l'action pour prévenir le risque de comportement suicidaire. Cette description des comportements est quelque peu sommaire, mais le protocole fournit des informations plus détaillées pour chaque critère d'intérêt. La fiche d'évaluation contient dix-sept items ; certains sont catégoriels (présence / absence du critère), tandis que d'autres permettent une gradation du score (degré d'atteinte du critère). L'étude pilote a révélé un degré d'accord « interjuges » de 0,83, avec un coefficient de 0,89 pour les items catégoriels et de 0,72 pour les items à score gradué. Ces résultats ne sont pas surprenants, puisque la marge d'erreur s'accroît lorsque le nombre de possibilités augmente. De plus, il a été démontré qu'il n'y a pas d'effet de pratique lié au fait d'avoir passé le test avant la formation.

Le SIQ est un questionnaire auto-administré qui sert à mesurer les attitudes dans l'intervention auprès des personnes suicidaires. Il contient vingt énoncés sous forme d'affirmations auxquels le répondant doit indiquer à quel point il est d'accord ou non sur une échelle de type Likert en cinq points. Ces énoncés ont été conçus en tenant compte de quatre dimensions : la prévention possible du suicide, le fait d'être à l'aise et d'avoir confiance en soi pour intervenir, la capacité de s'engager, et la responsabilité et les droits individuels. Cet instrument obtient un coefficient de fidélité test-retest de 0,82 et un coefficient d'homogénéité de 0,79.

Enfin, le IKT mesure les connaissances sur l'intervention auprès des personnes suicidaires, et son contenu est lui aussi lié au SIW. Il compte vingt items à choix multiples et propose deux études de cas où le sujet doit identifier le risque suicidaire. Les propriétés psychométriques de l'IKT sont les suivantes : un niveau modéré de consistance interne (0,59) et de stabilité test-retest (0,67) à deux jours d'intervalle.

Parmi les autres instruments répertoriés, le *Suicide Intervention Response Inventory* (SIRI) est un questionnaire auto-administré de vingt-cinq items qui permet de mesurer les habiletés d'intervention ou plus précisément la capacité d'un intervenant à discerner les réponses qui sont « facilitantes » lors d'une intervention auprès d'une personne à risque de suicide de celles qui sont « non facilitantes ». Chacun des items comprend la remarque d'un client suivi de deux réponses possibles, l'une considérée comme adéquate et l'autre comme nuisible à une intervention efficace. Les forces de cet instrument sont sa capacité de distinguer entre des groupes ayant des niveaux de compétence différents et sa sensibilité à détecter l'augmentation des habiletés en cours de formation. Le SIRI mesure toutefois la reconnaissance des réponses « facilitantes » plutôt que la compétence réelle. De plus, il démontre un effet plafond, c'est-à-dire qu'il ne détecte pas l'augmentation des connaissances chez les intervenants qui avaient déjà atteint un certain niveau avant leur formation (Neimeyer et MacInnes,

1981). Cet inconvénient a été contourné par la mise au point du SIRI-2 qui passe d'une échelle binaire (réponse appropriée / inappropriée) à une échelle à sept niveaux. Cet instrument affiche aussi une meilleure stabilité test-retest (0,92 SIRI-2 / 0,63 SIRI) à deux semaines d'intervalle et offre de meilleurs coefficients de consistance interne à chacun des tests (0,90 et 0,93 SIRI-2 / 0,74 et 0,84 SIR) (Neimeyer et Pfeiffer, 1994).

Le *Information Questionnaire on Suicide* (IQS) est un autre instrument intéressant à considérer. Il s'agit encore une fois d'un questionnaire auto-administré, qui mesure celui-là les connaissances sur les faits et les mythes à propos du suicide (McIntosh, Hubbard et Santos, 1985). Il compte trente-deux items vrais / faux dont certains portent sur les caractéristiques démographiques du suicide (comme « moins de la moitié des personnes qui se suicident laissent une note ») et d'autres sur des considérations cliniques (comme « les personnes qui parlent du suicide passent rarement à l'acte »). Il n'existe toutefois aucune information quant à la validité et à la fidélité de ce test.

Le *Semantic Differential on Suicide* (SDS) est un questionnaire auto-administré qui mesure les attitudes générales par rapport au suicide. Il consiste en vingt-deux items à réponses bipolaires (vrai / faux, faible / fort, etc.). Cet instrument a été mis au point d'abord pour mesurer les différences d'attitudes intergénérationnelles envers le suicide (Boldt, 1983). Aucune information sur les propriétés psychométriques de cet instrument n'est toutefois disponible. Enfin, le *Intervention Situation Questionnaire* (ISQ) contient dix vignettes d'intervention qui représentent chacune un problème ou une situation typique que rencontrent les services d'intervention téléphonique. Les répondants doivent s'imaginer dans chacune des situations et écrire ce qu'ils feraient s'ils y étaient confrontés (simulation écrite). Un score d'absence ou de présence est accordé selon trois dimensions (affect, compréhension, exploration) pour chacune des vignettes (Tyler, Kalafat, Boroto et Hartman, 1978). Cet instrument est une adaptation de la *Counselor Verbal Response Scale* (CVRS) originellement utilisée dans le cas d'une simulation vidéo ou audio. On peut reprocher à ce questionnaire son possible effet de pratique, car le fait d'avoir passé le test avant la formation peut influencer sur le résultat du test passé après.

Lorsqu'on ne peut pas évaluer l'acquisition de une ou plusieurs compétences essentielles avec les instruments de mesure déjà existants, il faut en créer de nouveaux. Il faut alors se rappeler que certaines compétences s'évaluent mieux avec un certain type d'instrument. Par exemple, les connaissances sont facilement mesurables par les tests objectifs, les habiletés sont évaluées plus rigoureusement par la simulation, et les caractéristiques personnelles peuvent être observées par une simulation ou évaluées par des tests objectifs.

Le choix d'une méthode d'évaluation dépend aussi de ce que l'on désire maximiser comme avantages ou minimiser comme inconvénients. Rappelons à ce sujet que les tests objectifs sont de piètres instruments si l'on veut faire des extrapolations, car il est difficile d'associer leurs scores au test à la performance dans la pratique. Donc, bien qu'ils soient efficaces pour évaluer les connaissances, les tests objectifs ne sont pas recommandés quand on veut mesurer les habiletés. Dans ce cas, la simulation est plus appropriée, car elle comble les lacunes des tests objectifs en permettant de représenter plus fidèlement la réalité, tout en respectant une démarche objective.

8.3.3. Quelques enjeux pratiques

Malgré ces conseils touchant les particularités méthodologiques d'un devis d'évaluation rigoureux, il faut demeurer réaliste et voir ce qu'il est possible de réaliser dans le temps imparti et avec les ressources financières dont on dispose (Cooper, 1985). Il est cependant toujours préférable de préparer un devis solide et d'évaluer moins de compétences que trop, d'où l'importance d'établir la liste des compétences à évaluer prioritairement.

Pour bien situer les questions pratiques que nous présenterons plus loin, il nous semble à-propos de décrire dans quel contexte les formations sont actuellement dispensées au Québec. En général, la demande d'une formation vient d'un organisme dont les employés sont susceptibles de rencontrer des personnes suicidaires dans le cadre de leur travail : il peut s'agir d'un CLSC (centre local de services communautaires), d'une école primaire (de la 1^{re} à la 6^e année) ou secondaire (de la 1^{re} à la 5^e année), d'un hôpital, d'un centre jeunesse (réseaux de protection et de judiciarisation de la jeunesse), d'un organisme communautaire ou d'un centre de détention. Le nombre de participants par groupe de formation varie de huit à quinze, mais on propose généralement un maximum de douze intervenants. Enfin, le nombre d'organismes représentés dans chaque groupe peut varier suivant les besoins de formation. Par exemple, si l'objectif est de favoriser la concertation et le réseautage des organismes d'un quartier ou d'une ville, on aura intérêt à rassembler des intervenants du plus grand nombre d'organismes possible. Par contre, si le but est d'acquérir des compétences requises plus particulièrement dans le travail dans les centres jeunesse, on ne réunira que des intervenants provenant de ces organismes.

À la lumière de ces informations, on note qu'un des premiers obstacles qui peut survenir touche le recrutement des participants chez qui on évaluera l'efficacité de la formation. D'abord, plus le nombre d'organismes représentés dans un groupe de formation est grand, plus les efforts de recrutement des participants à l'évaluation seront laborieux et complexes. Par exemple, si l'évaluation doit se faire durant les heures de travail des intervenants, et donc préférablement à l'endroit où ils travaillent, il est plus facile de se déplacer pour rencontrer un groupe de douze collègues que de

se rendre dans le milieu de travail de chacun des intervenants de divers organismes. Ensuite, comme le concept de compétence est multidéterminé et que plusieurs autres variables doivent être mesurées pour vérifier les effets de la formation, on se retrouve souvent avec un très grand nombre de variables. Le nombre de participants doit par conséquent être lui aussi assez grand pour qu'on obtienne des résultats significatifs. Dans les faits, le nombre d'intervenants qui suivent une telle formation et qui sont prêts à se faire évaluer n'est pas toujours suffisant pour réunir un bassin de participants assez important pour effectuer l'évaluation. De plus, la procédure de l'évaluation des formations est assez lourde. À chaque mesure (prétest, post-test, suivi), l'évaluation dure bien souvent une heure trente, et il est parfois impossible d'y procéder pendant les heures de formation. La disponibilité des intervenants n'est pas toujours garantie, ce qui peut nuire au processus. Toutefois, cette difficulté se pose peu lorsque la formation est subventionnée et offerte gratuitement. Il est d'ailleurs suggéré de consacrer une partie du budget à l'allocation d'une compensation financière aux participants ou aux organismes.

La constitution du groupe témoin peut elle aussi être problématique. Idéalement, on dispose d'une liste de gens qui désirent suivre la formation et on les range aléatoirement dans le groupe expérimental (avec formation) ou dans le groupe témoin (sans formation avant six mois). Mais cela n'est pas souvent possible, sans compter les questions éthiques que soulève le fait de ne pas former des gens avant six mois quand on sait que leur travail peut les amener à rencontrer des personnes suicidaires durant ce temps. Lorsqu'un programme de formation est prévu au moins six mois à l'avance, il est possible de solliciter ses futurs participants et de les évaluer en tant que groupe témoin avant qu'ils suivent cette formation.

Ce sont les écrits scientifiques et des expériences pratiques qui nous ont inspiré ces questions touchant l'évaluation des formations en intervention sur le suicide. Loin d'être exhaustives, les informations que nous avons présentées dans ce chapitre pourront néanmoins vous servir dans vos travaux en évaluation. Il vous faudra toutefois adapter les méthodes que nous avons décrites au contexte de votre évaluation et surtout vous poser les deux questions suivantes : À qui servira cette évaluation ? À quoi servira cette évaluation ? L'évaluation d'une formation peut servir à différents acteurs : ceux et celles qui suivent la formation, les formateurs, l'organisme-dispensateur de la formation, ou les bailleurs de fonds. L'évaluation d'une formation peut aussi viser plusieurs objectifs : adapter ou bonifier la formation, vérifier les acquis en cours de processus, favoriser l'appropriation et la conscientisation des apprentissages, s'assurer de la qualité de la formation, démontrer son efficacité, obtenir des fonds subventionnaires, etc. Il vous faudra en tenir compte quand viendra le moment de choisir comment vous procéderez à l'évaluation, sur quoi elle portera et comment vous en présenterez les résultats.

Bibliographie

- Adams, M. (1990). « Evaluation and Assessment of Competence », *Educational and Child Psychology*, 7(3), 67-73.
- Alliger, G.M., S.I. Tannenbaum, W. Bennett, H. Traver et A. Shotland (1997). « A Meta-analysis of the Relations among Training Criteria », *Personnel Psychology*, 50(2), 341-358.
- Association québécoise de suicidologie (2001). *Programme provincial de formation Intervenir en situation de crise suicidaire*, Montréal, Association québécoise de suicidologie.
- Boldt, M. (1983). « Normative Evaluations of Suicide and Death: A Cross-Generational Study », *Omega Journal of Death and Dying*, 13(2), 145-157.
- Brailovsky, C.A., F. Miller et P. Grand'Maison (1998-1999). « L'évaluation de la compétence dans le contexte professionnel », *Service social*, 47(1-2), 171-189.
- Caird, S. (1992). « Problems with the Identification of Enterprise Competencies and the Implications for Assessment and Development », *Management Education and Development*, 23(1), 6-17.
- Campbell, M.M., C. Felx, R. Hachey, H. Paquette, A. Thibault et C. Widmer (1988). *Auto-évaluation: concept et pratiques*, Montréal, Université de Montréal.
- Carré, P. (1998a). « Motivation, engagement, "conation": les aspects dynamiques du rapport à la formation », *Éducation permanente*, 136, 7-14.
- Carré, P. (1998b). « Motifs et dynamiques d'engagement en formation », *Éducation permanente*, 136, 119-133.
- Clauser, B.E., R.G. Subhiyah, T.E. Piemme, L. Greenberg, S.G. Clyman, D. Ripkey et R.J. Nungester (1993). « Factors Influencing Performance on Clinical Simulations », *Academic Medicine*, 68(10), S64-S66.
- Coleman, H.L.K. (1996). « Portfolio Assessment of Multicultural Counseling Competency », *Counseling Psychologist*, 24(2), 216-229.
- Cooper, R.G. (1985). « The Revised Fieldwork Performance Report: Implementation and Implications », *American Journal of Occupational Therapy*, 39(2), 77-78.
- Depover, C. et B. Noël (1999). *L'évaluation des compétences et des processus cognitifs: Modèles pratiques et contextes*, Paris, De Boek Université.
- Desmette, D. (1999). « Le sentiment d'efficacité personnelle: une ressource à développer? Une analyse en formation d'adultes », dans C. Depover et B. Noël (dir.), *L'évaluation des compétences et des processus cognitifs: Modèles pratiques et contextes*, Paris, De Boek Université, 211-220.
- Ford, J.K., M.A. Quinones, D.J. Segó et J.S. Sorra (1992). « Factors Affecting the Opportunity to Perform Trained Tasks on the Job », *Personnel Psychology*, 45(3), 511-528.
- Johncox, V. (2000). « Evaluability Assessment of Staff Training in Special Care Units for Persons with Dementia: Strategic Issues », *Canadian Journal of Program Evaluation*, (numéro spécial), 53-66.
- Jouvenel, G. et B. Masingue (1994). *Les évaluations d'une action de formation dans les services publics: enjeux, méthodes et outils*, Paris, Éditions d'Organisation.
- Kane, M.T. (1992). « The Assessment of Professional Competence », *Evaluation and the Health Professions*, 15(2), 163-182.
- Kirkpatrick, D.L. (1967). « Evaluation of Training », dans R.L. Craig et L.R. Bittel (dir.), *Training and Development Handbook*, Berkeley, CA, McGraw-Hill, 87-112.
- Klemp, G.O. Jr. (1979). « Identifying, Measuring and Integrating Competence », *New Directions for Experiential Learning*, 3, 41-52.
- Krein, T.J. et K.C. Weldon (1994). « Making a Play for Training Evaluation », *Training and Development*, 48(4), 62-68.

- Lang, W.A., R.F. Ramsay, B.L. Tanney et R.J. Tierney (1989). « Caregiver Attitudes in Suicide Prevention: Help for the Helpers », dans R.F.W. Diekstra, R. Maris, S. Platt, A. Schmidtke et G. Sonneck (dir.), *Suicide and Its Prevention: The Role of Attitude and Imitation*, New York, E.J. Brill, 260-272.
- McIntosh, J.L., R.W. Hubbard et J.F. Santos (1985). « Suicide Facts and Myths: A Study of Prevalence », *Death Studies*, 9, 267-281.
- Melnick, D.E. (1990). « Computer-based Clinical Simulation », *Evaluation and the Health Professions*, 13(1), 104-120.
- Melton, R.F. (1994). « Competences in Perspective », *Educational Research*, 36(3), 285-294.
- Merchiers, J. et P. Pharo (1990). « Compétence et connaissances expertes: propriétés publiques et cognitives-pratiques », *Sociétés Contemporaines*, 4, 89-108.
- Miller, K.L. (1996). « Performance vs. Compliance », *Professional Safety*, 41(8), 28-32.
- Moore, E.R. (1984). « Competency-based Training Evaluation », *Training and Development Journal*, 38(11), 92-94.
- Neimeyer, R.A. et W.D. MacInnes (1981). « Assessing Paraprofessional Competence with the Suicide Intervention Response Inventory », *Journal of Counseling Psychology*, 28(2), 176-179.
- Neimeyer, R.A. et A.M. Pfeiffer (1994). « Evaluation of Suicide Intervention Effectiveness », *Death Studies*, 18, 131-166.
- Pottinger, P.S. (1979). « Competence Assessment: Comments on Current Practices », *New Directions for Experiential Learning*, 3, 25-39.
- Reitz, P. (1997). « L'évaluation de la formation en entreprise selon le modèle de Donald L. Kirkpatrick: un regard critique », *Canadian Journal of Program Evaluation*, 12(2), 1-19.
- Rosenberg, M., C. Schooler, C. Schoenbach et F. Rosenberg (1995). « Global Self-esteem and Specific Self-esteem: Different Concepts, Different Outcomes », *American Sociological Review*, 60, 141-156.
- Rycus, J.S. et R.C. Hughes (2000). « What is Competency-based Inservice Training? », page consultée le 20 novembre 2003 (<http://www.ihs-trainet.com/Pages/Resource%20Paper%201.pdf>).
- Sechrest, L. et A. Scott (1993). « Assessing the Competency of Clinical Psychologists », dans P. Wohlford et H.F. Myers (dir.), *Serving the Seriously Mentally Ill. Public-academic Linkages in Services, Research, and Training*, Washington, DC, American Psychologist Association, 185-194.
- Strupp, H.H., S.F. Butler et C.L. Rosser (1988). « Training in Psychodynamic Therapy », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(5), 689-695.
- Tierney, R.J. (1988). *Comprehensive Evaluation for Suicide Intervention Training*, thèse de doctorat, Calgary, University of Calgary.
- Tyler, M., J.D. Kalafat, D.R. Boroto et J. Hartman (1978). « A Brief Assessment Technique for Paraprofessional Helpers », *Journal of Community Psychology*, 6, 53-59.
- Usherwood, T., M. Challis, H. Joesbury et D. Hannay (1995). « Competence-based Summative Assessment of a Student-directed Course: Involvement of Key Stakeholders », *Medical Education*, 29, 144-149.
- Vallerand, R.J. et C. Blanchard (1998). « Éducation permanente et motivation: contribution du modèle hiérarchique de la motivation intrinsèque et extrinsèque », *Éducation permanente*, 136, 15-36.
- Warr, P., C. Allan et K. Birdi (1999). « Predicting Three Levels of Training Outcome », *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72(3), 351-375.
- Whiteman, J.L., R.G. Hartman et L. Brannon (1982). « On the Personal Growth of School Psychologist », *Psychology in the Schools*, 19, 226-233.

L'ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION DE LA STRATÉGIE QUÉBÉCOISE D'ACTION FACE AU SUICIDE Résultats préliminaires¹

Nelson Potvin

Dans ce chapitre, nous donnerons un aperçu de la démarche entreprise pour évaluer l'implantation de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide*² adoptée en 1998 par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Le but premier de cette évaluation était de fournir de l'information sur l'implantation de la Stratégie d'action, et ce, grâce aux différentes perceptions des acteurs engagés dans l'organisation des services de santé et

-
1. L'auteur tient à remercier madame Lorraine Deschênes et monsieur Jacques Hébert avec lesquels il a réalisé la démarche d'évaluation dont il est question ici. Il remercie également monsieur Guy Mercier du ministère de la Santé et des Services sociaux, ainsi que les membres du sous-comité d'évaluation du groupe MSSS-Régies régionales.
 2. Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998). *Stratégie québécoise d'action face au suicide. S'entraider pour la vie*, Québec, MSSS.

dans la prévention du suicide au Québec. Avant de présenter les résultats préliminaires de l'exercice, nous ferons une description sommaire du cadre d'évaluation³ qui permettra d'apprécier la démarche retenue.

9.1. Le cadre d'évaluation

Tout d'abord, en ce qui concerne les origines de cette évaluation, rappelons que la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* comporte un mandat d'évaluation qui doit permettre l'amélioration. De plus, depuis le premier congrès international de la francophonie sur la prévention du suicide tenu à Québec, en avril 2000⁴, le groupe MSSS-Régies régionales ainsi que les différents ministres responsables de ce dossier ont exprimé le besoin d'évaluer cette stratégie d'action. Tous ces acteurs partageaient la volonté d'adopter une démarche d'évaluation pluraliste afin de mobiliser l'ensemble des partenaires du ministère et d'améliorer l'implantation de sa stratégie.

Pour ce faire, les membres du sous-comité d'évaluation du groupe MSSS-Régies régionales et les représentants des directions générales du ministère responsables de l'implantation et de l'évaluation de la stratégie d'action ont conçu un cadre d'évaluation. Ce cadre d'évaluation devait permettre de recueillir de manière crédible une somme d'informations suffisante pour autoriser, notamment, l'amélioration de l'implantation des différentes composantes de la stratégie du ministère. Il décrit le contexte et le modèle d'évaluation, le but et les objectifs de la démarche d'évaluation, le questionnement évaluatif, la démarche opérationnelle, la durée de l'évaluation et le financement requis.

Dans ce chapitre, nous nous concentrons sur les résultats obtenus à la suite de la réalisation du premier volet de ce cadre, soit l'évaluation de l'implantation de la stratégie d'action. L'objectif spécifique de cette démarche d'évaluation était de déterminer les adaptations que requerrait la stratégie d'action, afin de procéder à l'amélioration, tant de ses moyens d'action que de son implantation. Cette démarche s'est effectuée en prenant en considération l'expérience acquise depuis l'adoption de la stratégie dans l'ensemble des régions du Québec.

3. N. Potvin (2002). *Cadre d'évaluation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

4. Premier congrès international de la francophonie en prévention du suicide (2000). *S'entendre pour agir*, Québec.

9.2. La démarche d'évaluation : les différentes composantes de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide*

Avant de décrire la démarche d'évaluation, il est nécessaire de rappeler les objectifs de la stratégie d'action (voir le tableau 9.1). Mentionnons que le ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que ses partenaires, tant nationaux que régionaux, étaient responsables d'adopter différentes mesures pour remplir les objectifs de cette stratégie.

■ **Tableau 9.1**
Les objectifs de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide*

Objectifs
1. Assurer et consolider une gamme essentielle de services et briser l'isolement des intervenants.
2. Améliorer les compétences professionnelles.
3. Intervenir auprès des groupes à risque.
4. Favoriser les interventions en promotion/prévention auprès des jeunes.
5. Réduire l'accès et minimiser les risques associés aux moyens.
6. Contrer la banalisation et la dramatisation en développant le sens de la solidarité et des responsabilités.
7. Intensifier et diversifier la recherche.

9.2.1. Le modèle d'évaluation

La démarche d'évaluation présentée ici visait à faire le point sur l'implantation de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* en prenant contact de façon dynamique avec les principaux acteurs engagés dans sa mise en œuvre. Ces échanges avaient pour but de connaître leur appréciation de l'implantation de la stratégie d'action et de réunir leurs propositions pour la bonifier et l'enrichir.

Le modèle d'évaluation privilégié est de type pluraliste⁵. Cette approche permet de réunir plusieurs points de vue afin d'obtenir de l'information relativement juste et fiable. Elle n'impose pas les limites des modèles plus classiques qui s'appliquent difficilement à l'évaluation d'une stratégie d'action à caractère national. En effet, par sa nature, la *Stratégie québécoise*

5. É. Monnier (1992). *Évaluation de l'action des pouvoirs publics*, Paris, Économica.

d'action face au suicide déborde largement les conditions usuelles d'une expérimentation, puisqu'elle ne se limite pas à quelques champs d'intervention précis et mesurables.

9.2.2. L'objectif de la démarche d'évaluation

Comme nous l'avons déjà mentionné, le but premier de cette évaluation était de déterminer les adaptations requises pour améliorer la *Stratégie québécoise d'action face au suicide*, en tenant compte de l'expérience de son implantation. Elle devait également fournir des explications sur les possibles écarts entre les actions planifiées et celles subséquemment implantées⁶.

9.2.3. Le questionnement évaluatif

Toute démarche évaluative se propose de répondre à certaines questions fondamentales. Dans le cadre de cette évaluation, les principales interrogations ont été formulées ainsi : Les moyens d'action pour répondre aux objectifs de la stratégie d'action ont-ils été mis en œuvre ? Sinon pourquoi ? Quelles sont les avenues à explorer pour optimiser la stratégie d'action ? Ces interrogations ont guidé les consultations menées durant cette évaluation. Elles répondent à des préoccupations opérationnelles. Ainsi, pour chacun des moyens d'action de la stratégie d'action, l'évaluation s'intéressait aux questions suivantes : Ce moyen d'action a-t-il été appliqué ? Comme prévu ? Dans quelle mesure ? Avec quelles ressources ? Comment permet-il de réaliser les objectifs de la stratégie d'action ?

Un suivi d'implantation se limite habituellement à cette première série de questions, qui portent sur les intrants. L'évaluation proposée par cette démarche aborde d'autres interrogations relatives aux processus et aux résultats. Ainsi, elle permet de prendre en considération les questions suivantes⁷ : Pourquoi a-t-on mis en place ce moyen d'action plutôt que tel autre ? Quelles interventions concrètes caractérisent l'actualisation de ce moyen d'action ? Pourquoi a-t-on abandonné ce moyen d'action ? Par quoi l'a-t-on remplacé ? Pourquoi l'a-t-on remplacé par tel autre ? La clientèle visée a-t-elle été rejointe ? Comment ? Qui a été mis à contribution lors de l'intervention ? Quelles difficultés ont marqué l'actualisation de ce moyen

6. Le bilan informel de l'implantation de la stratégie d'action réalisé par le groupe MSSS-Régies régionales au mois de mai 2001 a servi de point de départ à la réalisation de la présente évaluation.

7. H. Desrosiers, N. Kischuk, F. Ouellet, N. Desjardins, C. Bourgault et N. Perreault (1998). *Guide de pratique pour l'évaluation des programmes, applications en promotion de la santé et en toxicomanie*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

d'action ? Quels facteurs ont facilité l'implantation de ce moyen d'action ? Quels sont les résultats observés ? S'il fallait refaire les choses, procéderait-on autrement ? Si oui comment ? Sinon, pourquoi ?

9.2.4. L'outil d'évaluation

L'évaluation a été réalisée au moyen d'une grille d'entrevue de groupe reprenant les objectifs (voir le tableau 9.1) et les moyens d'action de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide*. À partir de cette grille, les groupes rencontrés ont été invités à estimer le degré d'implantation et leur appréciation des différents éléments de la stratégie d'action. Les personnes consultées ont également apporté des suggestions quant aux modifications à lui apporter.

9.2.5. Les interlocuteurs consultés

La démarche de consultation a été effectuée auprès de plusieurs interlocuteurs régionaux :

- les responsables des régies régionales chargés de l'implantation de la stratégie d'action ;
- les comités régionaux de prévention du suicide, les milieux hospitaliers et communautaires, les représentants des centres de prévention du suicide, des centres de crise, des centres d'écoute, des établissements hospitaliers, des CLSC, des services de police, des services ambulanciers, des centres jeunesse, des services correctionnels et du secteur de l'éducation.

Il faut souligner que chaque région du Québec a développé sa propre expertise et ses modalités d'organisation des services et de l'intervention. Dans cette perspective, il était indispensable que chacune d'entre elles puisse témoigner de ses réalisations par rapport à la stratégie d'action.

Sur le plan national, les acteurs suivants ont été rencontrés :

- les représentants d'associations professionnelles du secteur psychosocial, ainsi que ceux de la santé : à savoir l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux, l'Ordre professionnel des psychologues, le sous-comité du Comité scientifique sur la position clinique des pédopsychiatres et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec ;
- les représentants d'associations du milieu : l'Association québécoise pour la prévention du suicide et l'Association des centres d'écoute téléphonique du Québec ;
- les représentants du secteur de la recherche : le Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE) et l'équipe de recherche du Centre de recherche Fernand-Seguin ;

- les représentants d'associations d'établissements : l'Association des centres jeunesse du Québec, l'Association des CLSC et des CHSLD et la Fédération des cégeps du Québec ;
- les représentants du bureau en chef du coroner du Québec, de l'Institut national de santé publique, des ministères de l'Éducation et de la Sécurité publique, du Conseil permanent de la jeunesse et des milieux autochtones.

9.2.6. La forme des rencontres et leur déroulement

D'après l'expérience du ministère en la matière, il était préférable de tenir des entrevues de groupe, plutôt que d'acheminer un questionnaire aux personnes consultées⁸. En effet, une telle procédure permettait d'approfondir les questions de départ et d'en préciser le sens. De plus, elle laissait beaucoup de place aux suggestions de nos interlocuteurs. Ces propositions étaient précieuses pour conclure l'évaluation. Enfin, elle favorisait la participation et les échanges, ce qui cadrerait bien avec la perspective dynamique dans laquelle nos mandataires souhaitaient que soit conduite cette évaluation à caractère formatif.

La consultation se déroula en trois étapes. D'abord, une rencontre a eu lieu dans chacune des régions du Québec avec les responsables des régies régionales pour présenter la démarche de consultation et colliger leurs commentaires sur l'implantation de la stratégie d'action. Ce fut également l'occasion de réunir l'information disponible quant aux indicateurs d'implantation de la stratégie d'action. Ensuite, il y a eu une rencontre, organisée avec la collaboration des responsables des régies régionales, qui réunissait les membres des comités régionaux de prévention du suicide ou les représentants régionaux concernés par la stratégie d'action, dans le but de recueillir leurs appréciations et leurs suggestions. Finalement, chaque instance nationale a été rencontrée sur une base individuelle. Dans l'ensemble, cette consultation a conduit à la tenue d'une soixantaine de rencontres de groupe.

Une demi-journée par étape était consacrée à ces rencontres. Les consultations se sont étendues sur une période de quatre mois, soit de février à mai 2002. Durant chaque rencontre, assisté d'une autre personne, un responsable de l'animation alimentait la discussion pendant qu'un secrétaire produisait le compte rendu de la rencontre. Durant cette démarche, nous avons également recueilli la documentation (plans d'action, études, bilans d'activités, données statistiques, instrumentation diverse, etc.) nous permettant de porter un meilleur jugement sur le degré d'implantation des différentes composantes de la stratégie d'action.

8. N. Potvin (1997). *Bilan d'implantation de la Politique de santé mentale*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

9.3. Les limites et les avantages de la démarche

La principale limite de notre approche concerne la nature même de notre démarche évaluative. Cette démarche cherche en effet à émettre un jugement sur l'implantation de la stratégie d'action et non à améliorer la connaissance d'un problème d'ordre général. En ce sens, elle ne s'appuie pas sur une théorie en particulier; elle se limite donc à observer les interventions implantées depuis l'adoption de la stratégie d'action. En tant qu'instrument d'évaluation d'une politique sociale, cette approche présente cependant l'avantage de permettre au ministère d'utiliser rapidement ses résultats pour décider de son action à l'égard du suicide.

D'un point de vue méthodologique, le recours à des informateurs et à des informatrices pourrait laisser croire à une apparente imprécision. Toutefois, pour notre évaluation, cette approche demeure plus riche en information qu'une démarche quantitative, qui révélerait moins ce qu'il y a d'essentiel dans les comportements et les opinions des acteurs. Par ailleurs, le rapprochement de points de vue d'interlocuteurs de différents milieux et professions permet de croire que l'information obtenue est relativement fiable et juste. Ce postulat est à la base même de l'approche pluraliste qui s'est développée ces dernières années en évaluation des politiques.

Évidemment, puisque nous n'avions pas de portrait de la situation avant la mise en place de la stratégie d'action, il est difficile de départager ce qui relève explicitement ou non de cette dernière. Les limites de cette approche établies, il faut considérer qu'elle aura permis de dresser un premier portrait de l'implantation de la stratégie d'action afin de voir à son amélioration, ce qui, à nos yeux, en constitue le principal mérite.

9.4. Les premiers résultats de l'évaluation

L'évaluation de l'implantation de la stratégie d'action est toujours en cours. Nous nous concentrerons donc ici sur les résultats sommaires de cette démarche. L'analyse détaillée de ces résultats fera l'objet d'un rapport d'évaluation qui sera diffusé ultérieurement par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

9.4.1. Le contexte et les orientations

La stratégie d'action a été implantée dans un contexte où les intervenants et les gestionnaires ont eu à exécuter toutes leurs opérations en même temps, ou presque: la planification, l'organisation des services, le suivi et l'évaluation.

En premier lieu, nos consultations ont révélé qu'il y a adhésion aux orientations de la stratégie d'action, qu'elles reçoivent l'appui des personnes rencontrées. Elles leur semblent pertinentes pour ce qui est des objectifs à viser quant à la problématique du suicide. Toutefois, selon plusieurs personnes interrogées, il faudrait qu'il y ait un plan d'action provincial pour favoriser une plus grande implantation de ses moyens d'action à l'échelle du Québec. Il y aurait donc lieu de préciser les orientations et les objectifs opérationnels de la stratégie d'action pour ensuite adopter un plan d'action. Le lancement d'un document de consultation pour établir un plan d'action 2003-2008⁹ a confirmé cette volonté du ministère.

9.4.2. Le partenariat

La création de réseaux de partenariats était l'un des premiers objectifs de la stratégie d'action en 1998. À cet égard, les résultats de notre évaluation indiquent que certaines expériences régionales ont été mises de l'avant par les régions régionales et les intervenants locaux, mais que beaucoup de chemin reste à parcourir pour étendre et consolider ces réseaux.

Soulignons que les centres de prévention du suicide se sont révélés des partenaires particulièrement dynamiques pour stimuler la collaboration d'acteurs provenant de différents milieux. Ils ont su encourager l'émergence de nouveaux partenariats avec les délégués syndicaux, les milieux de travail, les ordres professionnels, la Fédération des cégeps, les centres jeunesse et les milieux carcéraux, notamment.

9.4.3. L'organisation des services

Chaque région a développé ses services par rapport au suicide. Bien que les services offerts soient différents d'une région à l'autre, cette diversité n'a pas nécessairement d'influence sur leur qualité. Elle répond aux besoins spécifiques de chacune des régions. Cependant, nous avons pu observer des problèmes d'accessibilité des services, localisés régionalement, ainsi que des problèmes de continuité des services, généralisés à la grandeur du Québec.

Plusieurs intervenants ont conçu des outils pour coordonner les services sur leur territoire. À l'échelle locale et régionale, quelques initiatives particulières ont été prises : production de fiches d'évaluation de la dangerosité, fiches de transmission des informations, réalisation de grilles d'évaluation de l'urgence, diffusion de guides d'intervention. Plus globalement,

9. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *La stratégie québécoise d'action face au suicide. S'entraider pour la vie*. Plan d'action 2003-2008, Québec, MSSS, document de consultation.

au sein des régions, d'autres mesures ont été adoptées: négociation d'ententes de partenariat, adoption de plans d'action et d'organisation des services.

Sur la scène nationale, le protocole de référence du coroner et le protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire au sein des centres jeunesse ont été élaborés ces dernières années. Le programme provincial de prévention du suicide en milieu de détention adopté par le ministère de la Sécurité publique a également été implanté. Cependant, les efforts consentis spécifiquement à la prévention du suicide sont très inégaux d'un endroit à l'autre et l'établissement de réseaux demeure encore fragile, surtout à l'échelle nationale.

9.4.4. La gamme de services

Depuis l'automne 2002 et de manière récurrente, le ministère de la Santé et des Services sociaux alloue des sommes additionnelles au financement des services de soutien téléphonique pour la prévention du suicide. L'accessibilité à ce service est assurée jour et nuit, sept jours par semaine à la grandeur du Québec. La qualité du service s'est également améliorée. Même si certaines inégalités subsistent dans la nature des réponses données, le service téléphonique 1-866-APPELLE reçoit un accueil favorable dans une majorité des régions. Toutefois, selon certaines personnes consultées, la promotion de ce service mériterait une meilleure attention.

D'après les commentaires assez unanimes de nos interlocuteurs, l'intervention d'urgence et son suivi dans le milieu sont confrontés à de multiples problèmes. L'intervention d'urgence n'est offerte que dans quelques CLSC, sans être arrimée aux lignes d'intervention des centres de prévention du suicide. De plus, l'arrimage entre les partenaires demeure faible. En milieu rural, cela oblige les corps policiers à suppléer à l'absence de services. Par ailleurs, peu de services sont actuellement disponibles pour assurer le suivi des personnes en difficulté, que ce soit sur le plan psychosocial, psychologique ou médical. L'accès difficile aux ressources en pédopsychiatrie et en psychiatrie, le peu d'arrimage entre les urgences et les autres services semblent également généralisés à la grandeur du Québec.

En ce qui concerne la postvention, les résultats de notre démarche révèlent que les centres de prévention du suicide sont les principaux dispensateurs de ces services au Québec. Quelques CLSC disposent d'une équipe post-traumatique, mais l'arrimage entre les intervenants demeure faible. L'intervention post-traumatique est donc disponible, mais son accessibilité n'est pas garantie; elle varie selon les régions et les endroits. De son côté, la comparaison des services de postvention selon les milieux montre que le secteur scolaire est celui qui possède le plus grand nombre de

protocoles ; cependant, ces protocoles nécessitent beaucoup de soutien pour s'actualiser, et ce n'est qu'une minorité d'écoles qui organise adéquatement les services de postvention.

Les services aux endeuillés sont disponibles dans toutes les régions du Québec, mais leur accessibilité et leur nature varient : le suivi individuel et familial, les groupes de soutien, les groupes d'entraide et les groupes de soutien de deuil non spécifique à la mort par suicide sont au nombre des moyens implantés. L'organisation et la dispensation de ces services rencontrent des difficultés en raison de l'étendue du territoire à desservir et de la confidentialité à assurer aux personnes au sein des petites communautés. De plus, le faible nombre de cas ne justifie pas toujours la formation d'un groupe. Quelques régions ont cependant bien contourné ces difficultés. Par ailleurs, le besoin de développer l'expertise et les ressources, afin de fournir aux enfants endeuillés des services adéquats en nombre suffisant, devient de plus en plus pressant.

9.4.5. Le soutien clinique et la formation des intervenants

Seulement quelques régions du Québec possèdent des équipes de soutien clinique ou des groupes de soutien locaux, tout comme il n'existe que quelques ressources de supervision clinique en CLSC. Le soutien clinique accordé aux intervenants est disponible dans plusieurs régions, mais principalement au moyen de la ligne d'intervention des centres de prévention du suicide, et son utilisation s'avère très variable. Par ailleurs, le protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire dans les centres jeunesse prévoit la mise en place d'équipes de soutien. Cependant, au sein de la plupart des régions du Québec, l'expertise spécialisée en santé mentale demeure encore peu accessible aux personnes suicidaires.

En ce qui concerne la formation des intervenants de première ligne, la formation adaptée aux situations de crise auprès des personnes suicidaires, reconnue par l'organisme d'accréditation SOFEDUC, est rendue disponible grâce à l'Association québécoise de prévention du suicide. Aussi, l'établissement de standards de formation et l'uniformisation des techniques d'intervention devraient-ils faciliter la collaboration clinique.

Pour l'instant, une dizaine de régions ont déployé des efforts pour offrir une formation sur le suicide. Plusieurs régions y consentent des ressources financières et intègrent ces activités à leur plan annuel de formation. Cependant, des besoins particuliers de formation se font sentir pour améliorer le suivi clinique et mieux intervenir auprès des personnes ayant des problèmes de santé multiples. Il faudrait aussi s'assurer de mieux rejoindre certaines clientèles spécifiques. Quelques régions ont implanté des outils et des équipes de formateurs. Les régions périphériques butent

cependant sur des difficultés particulières : le coût du remplacement du personnel, les distances géographiques et la disponibilité des formateurs et de l'expertise.

Plus de la moitié des régions ont organisé pour leurs médecins omnipraticiens des activités de formation dont les résultats sont cependant très inégaux. Plusieurs ont eu du mal à recruter des médecins et à soutenir l'organisation des formations. La participation des médecins à ces activités semble plus élevée dans les régions périphériques. Le recours aux structures et aux ressources qui exercent un leadership dans le milieu médical, comme le département régional de médecine générale et les responsables de la formation en milieu hospitalier, constitue un facteur de réussite. Lors de notre consultation, soixante-quinze groupes de médecins omnipraticiens ont participé à la formation « Le médecin et l'ado qui déprime », parrainée par le ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec le Collège des médecins du Québec et le Collège québécois des médecins de famille. D'autres volets de formation médicale sont envisagés pour les prochaines années.

9.4.6. L'intervention auprès des groupes à risque

Les régions ont généralement mis l'accent sur les hommes et plusieurs d'entre elles ont ciblé les milieux de travail et tenté de créer des liens avec les syndicats et les programmes d'aide aux employés des entreprises. De nombreux projets sentinelles ancrés dans l'entourage des hommes ont également été mis en place. De plus, quelques groupes de travail régionaux ont été formés et ont implantés des projets pour répondre à la demande d'aide des hommes. La formation appelée « Intervenir auprès des clientèles masculines », de l'AIDRAH (Action intersectorielle pour le développement de la recherche et de l'aide aux hommes), est maintenant offerte.

À quelques endroits au Québec, il y a des projets d'intervention et des activités ponctuelles qui ciblent les jeunes qui sont en contact avec les centres jeunesse. Par contre, peu de mesures spécifiques ont été adoptées pour les personnes ayant fait des tentatives de suicide. De plus, à l'exception de quelques régions, peu de liens ont été créés avec les milieux de détention. Certaines clientèles inquiètent de plus en plus : les personnes éprouvant des problèmes de santé multiples, les joueurs pathologiques, les jeunes gais et lesbiennes et les personnes âgées. Plusieurs autres groupes régionaux commencent aussi à préoccuper : les autochtones, les militaires et les populations isolées.

Par ailleurs, le ministère de la Santé et des Services sociaux a financé dix-sept projets d'intervention et d'évaluation auprès des groupes les plus à risque de suicide ou de tentative de suicide. Dix de ces projets se rapportent à certains hommes à risque : hommes en difficulté amoureuse et financière, incarcérés, toxicomanes, itinérants ou suicidaires. D'autres interventions

visent plus particulièrement les jeunes à risque de suicide ou de tentative de suicide, ainsi que les contrevenants, les toxicomanes ou les personnes ayant déjà fait l'objet d'une intervention pour tentative de suicide. Le ministère a aussi financé deux projets de recherche sur les jeunes hébergés dans les centres jeunesse.

9.4.7. La promotion et la prévention auprès des jeunes

Notre consultation nous a également révélé qu'en région la plupart des projets destinés aux jeunes font plus de l'intervention auprès de ceux qui sont à risque que des activités de promotion et de prévention. Il faut souligner que dans certains projets, l'engagement des centres jeunesse et des pédopsychiatres est très important.

Cependant, mentionnons que les interventions de sensibilisation des jeunes demeurent limitées. En fait, il y a plus de sensibilisation et de formation auprès des adultes travaillant en milieu scolaire. Lorsqu'on interroge les personnes sur les orientations à privilégier en prévention du suicide auprès des jeunes, elles ont tendance à encourager la mise au point de programmes de développement des compétences personnelles et sociales et la création de projets d'action concertée. Par ailleurs, les personnes que nous avons rencontrées souhaitent qu'on s'interroge plus particulièrement sur la pertinence de faire, dans les écoles primaires, une intervention sur la prévention du suicide. Soulignons qu'il n'existe malheureusement que peu de liens entre les acteurs impliqués en prévention, que ce soient les intervenants de la santé publique, les CLSC ou encore les organismes communautaires et le milieu scolaire.

Finalement, soutenus par la Fédération des cégeps, le ministère de l'Éducation et les fonds jeunesse, presque tous les cégeps ont conçu des projets de prévention novateurs afin d'humaniser leur milieu. De son côté, l'Association québécoise de prévention du suicide a récemment lancé son programme « Agir ensemble pour prévenir le suicide » qui est destiné aux jeunes, aux parents et à leurs proches, dans une optique de prévention.

9.4.8. La réduction de l'accès aux moyens

Lors de notre consultation, peu d'interventions avaient été effectuées pour réduire l'accès des personnes aux moyens de s'enlever la vie. Cependant, quelques régions se démarquent et ont été très actives en ce qui concerne les armes à feu. Dans ces régions, plusieurs actions pour sensibiliser les professionnels et les intervenants ont été initiées, notamment la diffusion de guides de conduite et la tenue de sessions de formation. Toujours dans ces régions, on intervient aussi, dans certains cas, auprès des personnes à risque et auprès des proches d'une personne qui s'est suicidée. Ces interven-

tions favorisent la collaboration des proches, ainsi que celle des médecins traitants et de la Sûreté du Québec. Elles encouragent également les gens à se débarrasser de leurs armes. Parmi les actions de sensibilisation publique, on compte la confection d'affiches, de dépliants et la réalisation de capsules télévisées. Enfin, à certains endroits, on a aussi établi un partenariat avec les milieux de chasse et de pêche, et les salons funéraires.

En ce qui concerne les lieux à risque, un groupe de travail s'est récemment penché sur la question des suicides commis du pont Jacques-Cartier à Montréal. Ce groupe a émis des recommandations, notamment celles de construire des barrières empêchant les sauts et d'assurer le suivi, en milieu hospitalier, des personnes ayant fait des tentatives de suicide. De son côté, le gouvernement fédéral du Canada a engagé des pourparlers avec différents professionnels de la santé publique du Québec pour étudier la problématique du suicide et le recours au monoxyde de carbone émis par les véhicules automobiles. Finalement, des interventions de gestion et de récupération des médicaments ont été adoptées à certains endroits où des services à domicile sont offerts.

9.4.9. La banalisation et la dramatisation du suicide

Chez nos interlocuteurs, il y a un large consensus sur la nécessité d'agir sur la banalisation et la dramatisation du suicide. Plusieurs ont exprimé leurs attentes quant à l'adoption d'une action à caractère provincial pour sensibiliser la population. Cependant, comme en 1998, la difficulté de définir la nature et les effets du phénomène de banalisation du suicide persiste. En région, on a entrepris quelques activités de promotion axées sur une clientèle spécifique, comme les hommes et les jeunes.

La réflexion sur la banalisation et la dramatisation du suicide soulève de nombreuses interrogations chez nos interlocuteurs : Quelles sont les valeurs à promouvoir ? Quel est le cadre éthique à respecter ? Pourquoi l'option suicide ? Qu'est-ce que le libre choix ? Ces questions ont fait l'objet d'un colloque parrainé par le Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie¹⁰.

En ce qui concerne les campagnes médiatiques, plusieurs de nos interlocuteurs ont lancé des actions d'information et de sensibilisation dans les médias régionaux. En règle générale, ces médias collaborent bien avec les intervenants régionaux pour essayer d'assurer un meilleur traitement de l'information, même si du chemin reste encore à faire à plusieurs endroits. Les personnes que nous avons consultées partagent donc l'impression générale que la couverture des événements suicidaires s'est améliorée dans

10. CRISE (2002). *L'option suicide au Québec*, Montréal, Université du Québec à Montréal.

les médias régionaux. Leurs principales réserves touchent les médias nationaux et les œuvres de fiction télédiffusées. À cet égard, certains de nos interlocuteurs considèrent impératif de mettre en place une instance de vigilance nationale.

9.4.10. Le monitoring, la recherche et l'évaluation

Le suivi du déroulement de l'intervention, ou monitoring, préoccupe les responsables et les intervenants que nous avons rencontrés. Selon eux, dans les prochaines années, la priorité est de favoriser une meilleure connaissance du profil des clientèles pour mieux planifier les interventions. Il est également nécessaire de réduire les retards dans la publication des données de décès par suicide : plusieurs mois peuvent s'écouler avant leur publication. Dans la même perspective, plusieurs personnes ont souligné l'importance de corriger la sous-déclaration des hospitalisations à la suite d'une tentative de suicide ; il en va de même pour les données provenant des urgences hospitalières. Toutefois, les systèmes d'information en place sont incomplets et parcellaires dans la majorité des cas.

Contrairement à bien d'autres secteurs, la recherche en prévention du suicide s'arrime bien aux préoccupations des milieux d'intervention. Cependant, malgré les progrès évidents des dernières années pour ce qui est du nombre et de la qualité des recherches, nous avons pu noter qu'il n'y en a pas encore assez sur le suicide. En région, les recherches sont pour ainsi dire absentes, et les intervenants ont souvent de la difficulté à s'approprier leurs résultats. Une meilleure coordination des efforts de recherche entre les décideurs, les gestionnaires, les intervenants et les chercheurs est donc incontournable.

Quant à l'évaluation, comme l'implantation de la stratégie d'action est récente, il est difficile pour les régions régionales d'évaluer leurs plans d'action, qui ont été conçus il y a peu de temps et dont l'application vient à peine d'être amorcée. Cependant, on voit émerger à quelques endroits des initiatives régionales intéressantes : cadre d'évaluation, proposition et protocoles d'évaluation. Ici comme dans d'autres domaines d'intervention, se dessine la nécessité de consacrer des budgets importants à l'évaluation, si l'on veut qu'elle se concrétise.

9.5. Discussion

Notre démarche nous laisse croire que l'approche évaluative utilisée était la bonne, puisque réunir les perceptions de nos différents interlocuteurs nous a permis d'estimer le degré d'implantation de la stratégie d'action du ministère. De plus, lorsque les résultats finaux auront été publiés, les inter-

venants et les gestionnaires des différentes régions du Québec seront en mesure d'évaluer le degré d'avancement de leurs réalisations respectives, en les comparant au portrait d'ensemble que leur fournira cette évaluation. En somme, cet exercice devrait leur permettre, tout comme au ministère, de réajuster leurs interventions au besoin.

L'implantation de la stratégie d'action n'est pas la même d'une région à l'autre ni d'une localité à l'autre. Ces variations seront mieux documentées dans le rapport final d'évaluation du ministère. Une première lecture des données confirme toutefois qu'il y a des différences importantes d'une région à l'autre. La variété des besoins exprimés ne paraît pas étrangère à cet état de fait. Cependant, certaines mesures du ministère, comme la mise en place de la ligne téléphonique 1-866-APPELLE, la formation des intervenants et le financement des centres de prévention du suicide ont favorisé l'implantation de la stratégie d'action à la grandeur du Québec. Les activités de formation en situation de crise et les efforts consentis pour intervenir auprès des hommes ont aussi encouragé cette généralisation. Malgré tout, il reste encore beaucoup à faire en ce qui concerne la prévention et les jeunes ; d'autant plus que la stratégie d'action demeure trop générale sur ces sujets.

Il faut également rappeler que l'adoption de la stratégie d'action ne date que de 1998. Son implantation connaîtra donc d'autres améliorations notables d'ici quelques années. Le dynamisme des milieux d'intervention et de recherche ainsi que la volonté ministérielle de les supporter plaident en faveur de la stratégie d'action. Cependant, ici comme ailleurs, la poursuite de l'action est fragile, malgré les progrès et les acquis observés.

Conclusion

Les résultats de notre démarche serviront à dresser un rapport d'évaluation de l'implantation de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* plus complet qui pourrait nuancer les conclusions que nous avons présentées ici. Ces résultats guideront également les recommandations du ministère quant à la bonification et à l'enrichissement de cette implantation.

Bien que préliminaires, les résultats de notre évaluation indiquent clairement que les défis s'annoncent nombreux : consolider la gamme de services, assurer la promotion et la prévention, développer la mise en réseaux, fortifier la planification régionale et nationale, réfléchir à nouveau sur la banalisation et la dramatisation pour être plus efficaces dans l'action, et soutenir la volonté de changement et de prise en charge des communautés. L'évaluation et la recherche seront également sollicitées afin de mieux orienter les interventions et de fournir de meilleures connaissances sur le suicide.

En terminant, rappelons que le but premier de cette évaluation était de soutenir le processus de mise en œuvre de la stratégie d'action du ministère. Il faut espérer que de telles expériences se répètent. Sans remettre en cause la pertinence sociale d'une stratégie de prévention du suicide, ce qui n'était pas son objectif, cette évaluation nous aura permis de recueillir de manière crédible une somme d'informations suffisante pour stimuler l'amélioration de l'implantation de la stratégie d'action du ministère.

L'AVENIR DE L'ÉVALUATION DE PROGRAMMES EN PRÉVENTION DU SUICIDE

François Chagnon • Brian L. Mishara

L'évaluation de programmes en prévention du suicide est un champ de recherche particulièrement actif. S'il apparaît fondé de croire que ce dynamisme se poursuivra au cours des prochaines années, on peut toutefois se demander quels seront les principaux défis à relever pour garantir le développement de cette expertise et sur quoi les efforts devront se concentrer dans l'avenir.

Dans ce dernier chapitre, nous tenterons de répondre à ces questions en nous inspirant des principaux concepts abordés dans cet ouvrage. Nous traiterons d'abord de la dynamique d'action et de rétroaction qui est à la base de la notion même d'évaluation de programmes. Dans la mesure où scientificité et adaptation à la réalité du terrain sont conciliées, ce type de recherche présente l'avantage de conjuguer la recherche et la pratique en prévention du suicide. Dans cette perspective, nous proposerons une évaluation centrée sur la théorie du programme, parce qu'il s'agit d'une approche prometteuse, particulièrement adaptée aux programmes en prévention du suicide. Fondée sur un cadre théorique commun s'appuyant

sur des indicateurs valides, cette approche gagnerait à recueillir un large consensus des intervenants, des décideurs et des chercheurs. Ce consensus suppose un choix et une volonté politiques de considérer l'évaluation de programmes comme un outil de planification stratégique en prévention du suicide. Ce choix relève non seulement de sa capacité d'obtenir des données probantes, mais aussi des valeurs des personnes, des institutions et de la société. Enfin, l'élaboration d'une éthique de la recherche sur le suicide s'impose pour assurer le développement harmonieux de l'évaluation de programmes en suicidologie.

10.1. L'évaluation de programmes : vers un rapprochement entre la recherche et la pratique ?

D'entrée de jeu, nous avons établi dans cet ouvrage que le suicide est une problématique complexe dont les causes sont multidéterminées. Si les nombreuses recherches des dernières décennies ont contribué à enrichir notre connaissance des facteurs de risque du suicide, il faut cependant reconnaître que les taux de décès par suicide n'ont pas diminué significativement dans la plupart des pays occidentaux. Les interventions dont l'efficacité a été démontrée en ce domaine sont également peu nombreuses. Bien qu'on puisse avancer diverses raisons pour expliquer ces succès relativement modestes, ils suggèrent à tout le moins qu'une collaboration plus étroite entre la recherche et la pratique semble une avenue indispensable pour assurer le succès de la prévention du suicide. Sur le plan paradigmatique, plusieurs difficultés font obstacle au rapprochement de ces deux univers. D'une part, les objectifs des chercheurs et ceux des intervenants sont souvent fort différents : les intervenants de la pratique tentent habituellement de trouver des solutions efficaces, alors que les chercheurs sont plus préoccupés par l'avancement des connaissances. D'autre part, les ressources allouées à la recherche et à l'intervention sont la plupart du temps octroyées par des instances différentes. De plus, les échéanciers de production des résultats sont difficilement compatibles : les milieux de pratique sont à l'affût de résultats à court terme, tandis que la réalisation des recherches est souvent un long processus. Ajoutons que les résultats de recherche sont rarement concluants à court terme, ce qui est souvent décevant pour les milieux de pratique à la recherche de solutions. Enfin, les professionnels des milieux de pratique considèrent souvent que les méthodes proposées par les chercheurs sont trop onéreuses ou peu vraisemblables.

L'évaluation des programmes s'inscrit au cœur du cycle d'action et de rétroaction qui caractérise leur développement. Elle propose de porter un jugement éclairé sur l'action afin d'évaluer sa pertinence et d'améliorer les interventions. Elle permet aussi aux chercheurs et aux intervenants de

s'entendre sur des éléments déterminants du programme, en les reformulant en questions de recherche prioritaires pour estimer la pertinence, le processus, la qualité ou les effets du programme. L'évaluation de programmes peut ainsi devenir un terrain propice à l'établissement de ponts entre la recherche et la pratique, dans la mesure toutefois où les méthodes proposées sont adaptées à la réalité du terrain et respectent les normes de scientificité. Cela représente un défi de taille pour les chercheurs et les théoriciens. Depuis vingt ans, en évaluation de programmes, des approches créatives et conformes à la rigueur scientifique émergent et s'adaptent davantage aux exigences du terrain. Nous pensons notamment ici aux évaluations participatives qui, à toutes les étapes du processus d'évaluation, favorisent une implication active des professionnels engagés dans le programme ainsi que leur appropriation optimale des résultats. Sur le plan méthodologique, les chercheurs devront approfondir ces approches en évaluation de programmes pour qu'elles soient plus adaptées à la problématique particulière du suicide et aux défis qu'elle pose.

10.2. L'approche fondée sur la théorie du programme et le cadre théorique du suicide

Les approches évaluatives centrées sur la théorie du programme semblent particulièrement adaptées aux programmes de prévention du suicide et sont plus susceptibles de favoriser un rapprochement entre la recherche et la pratique. Issues de ce courant théorique, ces approches permettent de tenir compte du contexte spécifique de l'intervention et de la logique qui sous-tend l'action des promoteurs du programme. L'approche fondée sur la théorie du programme propose une description précise des objectifs visés par le programme et des liens de causalité entre les sources du problème, ses effets et les interventions du programme. Elle introduit ainsi une analyse en profondeur des éléments pouvant expliquer les effets positifs ou négatifs du programme, ce qui facilite l'appropriation des résultats et leur utilisation pour l'améliorer. Les données qu'elle fournit sont crédibles et guident la prise de décision pour établir un plan d'action.

Dans le futur, les décideurs, les intervenants et les chercheurs auront à relever le défi de parvenir à un consensus sur le cadre théorique du suicide. En effet, dans la mesure où il leur sera possible de s'entendre sur ce cadre référentiel, il sera d'autant plus facile pour les promoteurs des programmes et les chercheurs de déterminer les actions les plus susceptibles d'entraîner des effets positifs et ainsi de juger du bien-fondé de leurs actions en prévention du suicide. Cela représente un défi de taille si l'on considère la diversité des explications des causes du suicide et la variété des conceptions relatives aux valeurs et aux débats idéologiques que soulèvent ces divergences

théoriques. Ces différentes perceptions, tant dans le paradigme que dans les valeurs, ont souvent divisé les avis des professionnels des milieux communautaire et médical quant aux actions à mener pour la prévention du suicide.

10.3. Les indicateurs du suicide et les mesures

L'avenir de l'évaluation de programmes pose un autre défi de taille : établir des indicateurs et des mesures qui soient scientifiquement valides et vraisemblables du point de vue de la pratique, afin de nous permettre de mieux cerner les effets des interventions en prévention du suicide. Nous l'avons abordé dans cet ouvrage, sur le plan épidémiologique, la rareté des décès par suicide fait en sorte que les indicateurs de mortalité sont souvent peu utiles dans l'évaluation de programmes. Par ailleurs, parce que le suicide est une problématique multidéterminée, le choix des indicateurs ne peut pas s'appuyer sur les modèles conventionnels de santé publique. Selon ces derniers, l'évolution des désordres suit une séquence bien ordonnée où certains signes se manifestent avant l'apparition d'autres symptômes plus critiques. Dans le cas du suicide, il n'existe pas une seule étiologie spécifique : la séquence d'apparition des symptômes varie selon les personnes. Ces symptômes n'aboutissent pas toujours aux mêmes conséquences et s'inscrivent habituellement dans une série d'événements dont il devient très difficile de dégager les précurseurs. Par exemple, certains symptômes des troubles mentaux, même s'ils sont fortement associés au suicide, sont aussi à l'origine d'autres comportements morbides qui eux aussi peuvent prédire le suicide ultérieurement. De plus, le suicide est un événement rare ; la majorité des personnes qui présentent des symptômes associés au suicide ne se suicident pas, ce qui ajoute à la difficulté de déterminer des indicateurs fiables des effets des interventions.

Pour les raisons mentionnées précédemment, définir des indicateurs pour l'évaluation des actions de prévention du suicide représente un défi très important pour l'avenir. Actuellement, il n'y a pas de consensus entre les chercheurs et les décideurs sur les indicateurs qui permettraient d'évaluer les effets des programmes de prévention. Cette absence de consensus fait qu'il est encore plus difficile de démontrer l'impact des interventions visant à prévenir le suicide et nuit à la justification des investissements financiers importants dans des programmes de prévention à grande échelle. À l'instar de notre collègue Breton (voir le chapitre 3), nous croyons qu'il est impératif pour le développement des programmes de prévention du suicide de dégager un consensus sur des indicateurs valables.

10.4. Les choix éthiques pour l'avenir

Le suicide impose souvent des choix éthiques lors des évaluations. La résolution de ces dilemmes peut être déterminée par les croyances que les chercheurs et les intervenants entretiennent quant à leurs obligations de protéger la vie ou au contraire de respecter le libre choix de se suicider. Ces questions spécifiques à l'évaluation de programmes peuvent avoir un effet sur la vie et la mort des êtres humains. Elles influencent le choix du devis d'évaluation, la façon d'obtenir un consentement éclairé pour participer aux recherches évaluatives et les procédures assurant la confidentialité des données, sans compter les mesures de secours à appliquer (ou non) lorsque les informations obtenues peuvent influencer la probabilité des décès par suicide.

De nos jours, les valeurs des évaluateurs et des professionnels impliqués dans le programme en évaluation sont habituellement implicites. Chacun agit en fonction de ses propres valeurs, sans exposer explicitement ce qu'il croit de l'acceptabilité du suicide et des limites et obligations d'intervenir. Cela a pour résultat de confronter les évaluateurs à des dilemmes éthiques devant lesquels, à défaut de barèmes pour les guider, ils se trouvent parfois démunis pour prendre leur décision. De plus, leurs décisions peuvent entrer en conflit avec les valeurs de l'organisme qu'ils évaluent. Certains organismes de prévention du suicide défendent la position qu'il faut sauver la vie de quelqu'un, même contre sa volonté, en vertu de la croyance selon laquelle la vie doit être protégée à tout prix. D'autres n'interviendront pas à moins que le client ne présente une demande d'aide ou ne soit incapable de se décider. Entre ces deux positions, certains organismes ont une pratique relativiste qui commande des interventions adaptées aux situations.

Dans le chapitre 5, Mishara donne de nombreux exemples des questions éthiques que peut soulever une évaluation. Il montre que les valeurs des intervenants et des chercheurs méritent d'être clarifiées et que des décisions doivent être prises concernant les activités d'évaluation. Par exemple, un chercheur doit décider s'il divulgue ou non les informations confidentielles qu'il a obtenues lors de son évaluation et qui permettraient peut-être de sauver la vie d'un client. Mais la diffusion des résultats d'une évaluation peut aussi compromettre parfois les chances d'un programme d'obtenir le financement nécessaire pour offrir des services bénéfiques à la prévention du suicide. Selon Mishara, la meilleure façon d'éviter des dilemmes éthiques en évaluation de programmes est de présenter par écrit les valeurs à défendre sur lesquelles on s'est préalablement entendu avec l'organisme impliqué dans l'expérience. Cette entente peut aussi préciser la procédure à suivre en cas de conflit en stipulant les principes et les mécanismes à appliquer pour les régler. À l'avenir, nous souhaitons que les ententes d'évaluation soient plus détaillées et incluent ces informations.

Puisse cette mesure devenir une pratique courante afin de mieux résoudre les problèmes éthiques en évaluation de programmes en prévention du suicide.

10.5. L'évaluation de programmes : volonté politique, données probantes et valeurs

Dans la mesure où elle s'appuie sur une volonté réelle des institutions et des professionnels, l'évaluation de programmes permet de juger de façon éclairée des actions à privilégier en prévention du suicide et peut ainsi devenir un outil important pour la planification stratégique. Le choix d'inscrire l'évaluation de programmes au cœur de la planification des programmes requiert cependant un investissement considérable. Cela suppose une transformation des processus de planification et souvent même de la culture organisationnelle des milieux de pratique, qui doivent décider de leurs actions selon d'autres impondérables, comme les possibilités stratégiques ou financières. Leurs décisions reposent plus sur ces considérations que sur l'analyse des données recueillies de façon systématique.

S'il semble aller de soi qu'un processus de planification doive s'appuyer sur des données rigoureuses, on peut cependant se demander quelles sont les valeurs privilégiées dans l'évaluation. Quels sont les impacts de ces valeurs sur la nature même des données utilisées ? Ces valeurs sont portées, véhiculées, défendues par les planificateurs des programmes, les chercheurs et les usagers des programmes. Elles peuvent privilégier des objectifs différents selon les groupes et les personnes. Elles sont à la base du rationnel théorique qui fonde les programmes, leurs objectifs et les résultats attendus de leur application. Ainsi, on pourra considérer l'efficacité des programmes en vertu de leur coût économique, de leur accessibilité, de la souffrance individuelle ou des impacts économiques du suicide. Voilà autant de valeurs susceptibles de commander l'adoption d'objectifs et de moyens différents pour l'application des programmes. Non seulement les valeurs des personnes touchées par les programmes influencent directement le choix des actions et des objectifs, mais elles déteignent également sur les résultats attendus, les indicateurs et les méthodes utilisées pour évaluer les programmes. Dès lors, deux défis importants se posent. Le premier est de déterminer les valeurs prioritaires à privilégier dans les programmes de prévention du suicide. Cette question nous paraît déterminante et relève d'un choix de société, laquelle devrait énoncer clairement les valeurs à la base de ses politiques et de ses orientations en matière de prévention du suicide. Le second concerne la neutralité du chercheur et le conflit possible entre ses propres valeurs et celles prônées par le programme. Ainsi, à partir du moment où l'évaluation de programmes est un des maillons de

la planification stratégique des interventions en prévention du suicide, elle devient un mode d'intervention et retire du même coup au chercheur sa neutralité scientifique. Le chercheur n'est plus un observateur neutre dans la construction des programmes ; bien au contraire, il se trouve activement engagé, avec ses propres valeurs et croyances, dans un processus où il doit interpréter les valeurs des personnes touchées par le programme, valeurs qui se traduisent par des objectifs, une logique d'action et des résultats attendus de ce dernier. On peut alors se demander si, dans un tel processus, à titre d'intervenant ayant un rôle de scientifique dans la mise en place des programmes de prévention du suicide, le chercheur n'a pas intérêt à afficher ouvertement ses valeurs pour les confronter à celles défendues par les professionnels, ou s'il ne doit pas au contraire préserver une forme de neutralité. Dans le futur, ces questions devront faire l'objet de débats au sein de la communauté scientifique impliquée dans l'évaluation des programmes en suicidologie.

Notices biographiques

Annick Bernier est médecin résidente en psychiatrie au CHU mère-enfant Sainte-Justine de l'Université de Montréal.

Johanne Boivin est pédopsychiatre et professeure adjointe à l'Université de Montréal, CHU mère-enfant Sainte-Justine.

Roland Bouet est pédopsychiatre, responsable du Département d'information médicale au Centre hospitalier Henri-Laborit et chargé de projet à l'Agence nationale pour l'évaluation et l'accréditation en santé.
Adresse de correspondance : Centre hospitalier Henri-Laborit,
86021 Poitiers, France.
Courriel : dim@ch-poitiers.fr.

Jean-Jacques Breton est professeur agrégé de clinique au Département de psychiatrie de l'Université de Montréal, professeur associé au Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal et chercheur à l'Hôpital Rivière-des-Prairies ainsi qu'au Centre de recherche Fernand-Seguin.

Adresse de correspondance : Service de recherche,
Hôpital Rivière-des-Prairies, 7070, boul. Perras,
Montréal, Québec, Canada, H1E 1A4.
Courriel : jj.breton.hrdp@ssss.gouv.qc.ca.

François Chagnon est assistant directeur du Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE) et professeur associé à l'Université du Québec à Montréal.

Adresse de correspondance : CRISE / UQAM,
C.P. 8888, succ. Centre-ville, Montréal, Québec, Canada, H3C 3P8.
Courriel : chagnon.francois@uqam.ca.

Marc Daigle, Ph. D., est professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières et chercheur au Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie et à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal.

Adresse de correspondance : Université du Québec à Trois-Rivières,
C.P. 500, Trois-Rivières, Québec, Canada, G9A 5H7.
Courriel : Marc_Daigle@UQTR.CA

Michel Debout est professeur et médecin légiste au Centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne - France.

Françoise Facy est directeur de recherche à l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale), Le Vésinet, France.

Adresse de correspondance : XR302 INSERM, 44, chemin de Ronde,
78116 Le Vésinet Cedex, France.
Courriel : facy@vesinet.inserm.fr.

Patricia Garel, M.D., CSPQ, est pédopsychiatre et professeure agrégée à l'Université de Montréal et au CHU mère-enfant Sainte-Justine.

Christian Legendre est psychoéducateur au CHU mère-enfant Sainte-Justine de l'Université de Montréal.

Alain Lesage est psychiatre et chercheur national de la santé du Fonds de la recherche en santé du Québec, au Centre de recherche Fernand-Seguin et à l'Hôpital Louis-H.-Lafontaine ainsi que chercheur titulaire à l'Université de Montréal.

Isabelle Marcoux, Ph. D., est chercheure au Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE) de l'Université du Québec à Montréal (UQAM).

Adresse de correspondance : CRISE / UQAM,
C.P. 8888, succ. Centre-ville, Montréal, Québec, Canada, H3C 3P8.
Courriel : crise@uqam.ca.

Claude Marquette est pédopsychiatre et professeur adjoint à l'Université de Montréal, CHU mère-enfant Sainte-Justine.

Brian L. Mishara est directeur du Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE) et professeur au Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM).

Adresse de correspondance : CRISE / UQAM,

C.P. 8888, succ. Centre-ville, Montréal, Québec, Canada, H3C 3P8.

Courriel : mishara.brian@uqam.ca.

Nelson Potvin travaille en tant qu'agent de recherche et de planification socioéconomique à la Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Adresse de correspondance : 1005, chemin Sainte-Foy,

Québec, Canada, G1S 4N4.

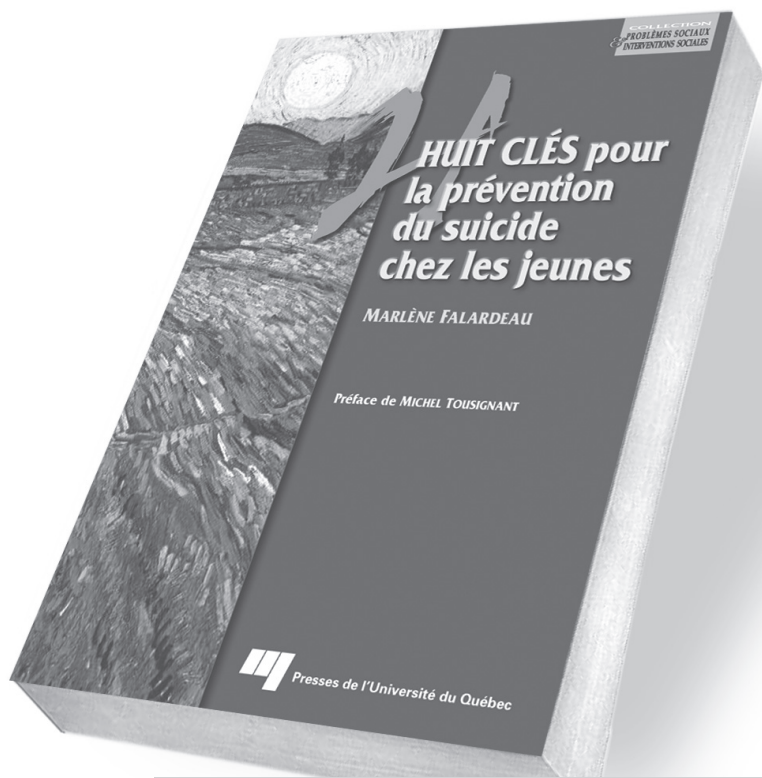
Johanne Renaud est pédopsychiatre et chercheure boursière de l'Institut de recherche en santé du Canada, professeure adjointe à l'Université de Montréal, CHU mère-enfant Sainte-Justine.

Adresse de correspondance : Hôpital Sainte-Justine,

3175, Côte Sainte-Catherine, Montréal, Québec, Canada, H3T 1C5.

Courriel : Johanne_Renaud@SSSS.gouv.qc.ca.

À DÉCOUVRIR



HUIT CLÉS POUR LA PRÉVENTION DU SUICIDE CHEZ LES JEUNES

Marlène Falardeau • Préface de Michel Tousignant

Dans la collection PROBLÈMES SOCIAUX ET INTERVENTIONS SOCIALES

2002, 202 pages, ISBN 2-7605-1177-4

22\$

L'auteure analyse chacune des clés explicitées et établit les liens qui existent entre elles. De plus, de nombreux témoignages de jeunes viennent illustrer ces perspectives théoriques.

www.puq.ca

4 1 8 . 6 5 7 - 4 3 9 9

LE SUICIDE

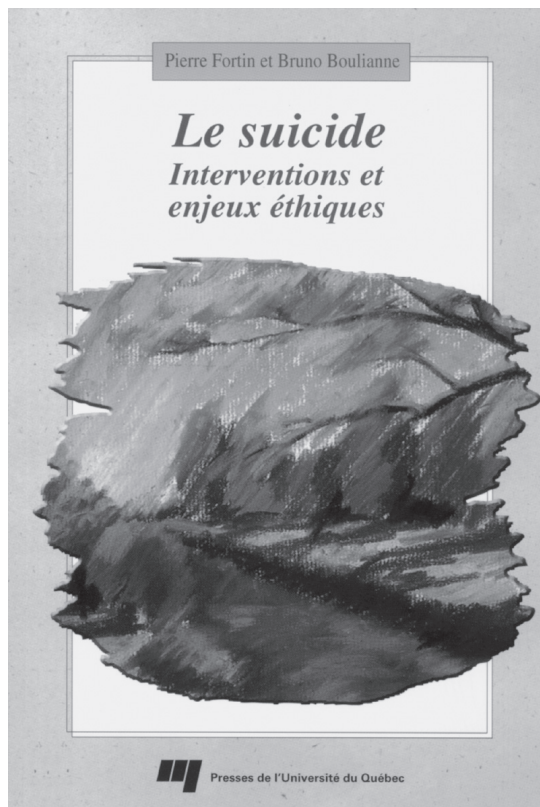
Interventions et enjeux éthiques

Pierre Fortin
et Bruno Boulianne

Dans la collection Éthique

1998, 134 pages
ISBN 2-7605-0957-5

22\$



À découvrir

Cet ouvrage propose à l'ensemble des intervenants en prévention du suicide des balises, des repères, des lignes directrices susceptibles non seulement de les guider au cours de leurs interventions mais aussi de leur rappeler les exigences particulières rattachées à leur travail.

Prix sujets à changement sans préavis

www.puq.ca

418 • 657-4399

L'évaluation des programmes en prévention du suicide pose des défis complexes. Les interventions en suicidologie peuvent être influencées, de manière négative ou positive, par les diverses expériences que vit un individu. La personne responsable de l'évaluation doit donc départager les effets provoqués par les actions qu'elle est en train d'évaluer des autres expériences de vie des participants afin de distinguer les effets plus globaux des interventions sur le bien-être des individus des effets spécifiques liés au risque suicidaire.

Ce livre, premier ouvrage à traiter des différentes questions liées à l'évaluation de programmes en prévention du suicide, apporte des solutions pour affiner le choix d'indicateurs valables et des méthodes de recherche adaptées à la problématique du suicide. Les auteurs y présentent, de manière détaillée, les enjeux éthiques de l'évaluation en prévention du suicide et décrivent les avantages, défis et limites de plusieurs approches.

Intervenants, gestionnaires de programmes et chercheurs seront ainsi mieux préparés pour estimer la pertinence, le processus, la qualité et les effets des programmes d'intervention.

FRANÇOIS CHAGNON, Ph. D.,
est assistant directeur du Centre
de recherche et d'intervention
sur le suicide et l'euthanasie (CRISE)
et professeur associé à l'Université
du Québec à Montréal. Il est également
conseiller au développement et
à l'évaluation des programmes
aux Centres jeunesse de Montréal-IU.

BRIAN L. MISHARA, Ph. D.,
est directeur du Centre de recherche
et d'intervention sur le suicide et
l'euthanasie (CRISE) et professeur
au Département de psychologie

Ont collaboré à cet ouvrage

Annick Bernier
Johanne Boivin
Roland Bouet
Jean-Jacques Breton
François Chagnon
Marc Daigle
Michel Debout
Françoise Facy
Patricia Garel
Christian Legendre
Alain Lesage
Isabelle Marcoux
Claude Marquette
Brian L. Mishara
Nelson Potvin
Johanne Renaud



9 782842 541002

ISBN 2-84254-100-6 EDK



9 782760 512825

PUQ ISBN 2-7605-1282-7