

**Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal**



Parrainage téléphonique de la clientèle à haut risque de Suicide Action Montréal. Évaluation d'implantation

Janie Houle

Christiane Poulin

Anne-Marie Codaire

Février 2006

**LA PRÉVENTION
EN ACTIONS**

*Garder notre
monde en santé*

Parrainage téléphonique de la clientèle à haut risque de Suicide Action Montréal. Évaluation d'implantation

Janie Houle, Ph. D., Direction de santé publique de Montréal

Christiane Poulin, cand. Ph. D., Université du Québec à Montréal

Anne-Marie Codaire, M. A., Suicide Action Montréal

Février 2006

Une réalisation du secteur Écoles et milieux en santé
Hôpital Maisonneuve-Rosemont, mandataire

© Direction de santé publique
Agence de la santé et de services sociaux de Montréal (2006)
Tous droits réservés

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2006
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-89494-479-9

REMERCIEMENTS

Le parrainage téléphonique évalué dans le cadre de ce rapport de recherche a été développé par Suicide Action Montréal, principalement par Mme Brigitte Lavoie, M. Michel Presseault et Mme Lynda Peers. Nous les remercions pour leur collaboration soutenue au cours de la démarche évaluative. Nous remercions également tous les intervenants qui ont effectué les parrainages auprès de la clientèle pour leur précieuse collaboration dans le cadre de cette étude et plus particulièrement Mme Isabelle Bélanger et M. Philippe Angers. Nous souhaitons également exprimer toute notre reconnaissance aux usagers qui ont accepté de participer à l'évaluation et qui ont offert gracieusement de leur temps pour répondre à nos questions. Enfin, cette étude n'aurait pu être réalisée sans l'appui financier du Fonds des employés de Bombardier à qui nous désirons témoigner toute notre gratitude.

RÉSUMÉ

Le suicide est un important problème de santé publique au Québec. Parmi les groupes les plus à risque de suicide figurent les personnes qui ont déjà tenté de s'enlever la vie. Des études récentes révèlent, néanmoins, la présence de lacunes importantes dans les services dispensés à cette clientèle vulnérable. Le suivi post-tentative fait l'objet des critiques les plus sévères. On déplore particulièrement l'absence de continuité dans les services et la rareté du suivi psychosocial. Le risque de récurrence et de décès par suicide est pourtant très élevé dans les premiers jours suivant le congé de l'hôpital et cette période s'avère critique pour impliquer les personnes suicidaires dans un suivi.

Dans ce contexte, Suicide Action Montréal a conçu un nouveau service, spécifiquement destiné aux personnes qui étaient en tentative de suicide au moment de leur appel sur la ligne d'intervention : le parrainage téléphonique. Ce service se caractérise par sa démarche proactive et sa rapidité d'intervention. Quelques jours après l'envoi de secours, la personne est rappelée par un intervenant expérimenté, qui évalue sa situation, lui offre du soutien ainsi que la possibilité d'être contactée à nouveau. La fréquence et la durée des contacts est déterminée en fonction des besoins de l'utilisateur. Le parrainage téléphonique poursuit les buts suivants : 1) créer ou resserrer le filet de sécurité ; 2) assurer un soutien pendant l'attente pour un suivi; 3) faciliter la référence et diminuer les délais d'attente.

Considérant le caractère novateur du service, une évaluation d'implantation a été jugée pertinente. Elle adopte un devis rétrospectif et une méthode mixte, combinant des données quantitatives et qualitatives. Deux sources d'informations sont utilisées : 1) les dossiers des personnes admissibles au parrainage au cours des 15 premiers mois d'activité du service; 2) des entrevues auprès de 16 usagers.

Les résultats indiquent que le parrainage a obtenu un taux de participation très élevé et qu'il a réussi à rejoindre une clientèle à haut risque de suicide. Sa rapidité d'intervention a permis à la majorité des personnes admissibles d'être contactées moins d'une semaine après l'appel inquiétant au centre de prévention du suicide. Le caractère proactif du service a été grandement apprécié de la clientèle et s'est avéré déterminant dans le succès du parrainage. Les intervenants ont très bien réussi à établir une relation de confiance avec les usagers, en effectuant tous les contacts par téléphone. Ils se sont avérés une source précieuse de soutien émotif, particulièrement déterminante pour les personnes isolées. En outre, le parrainage a permis de resserrer le filet de sécurité et de favoriser l'obtention de suivi psychosocial chez une proportion appréciable d'usagers.

Le manque de ressources a toutefois posé obstacle à une implantation optimale du service. Le parrainage ayant dû être assuré par des intervenants possédant déjà de lourdes responsabilités, des surcharges de travail se sont inévitablement produites au cours de la période à l'étude. À ces occasions, il est possible que le parrainage n'ait pas été offert à toutes les personnes qui en auraient bénéficié, faute de temps. D'autre part, les intervenants ont parfois été confrontés à la faible adhésion de certains usagers, principalement des hommes, de sorte que le parrainage n'a eu qu'un impact minime chez ces personnes.

Considérant l'ensemble de ces résultats, le parrainage semble être une modalité de service prometteuse qui mérite d'être maintenue et consolidée. Quelques recommandations découlent des observations réalisées dans le cadre de cette évaluation, afin de faciliter une offre de services plus uniforme et une plus grande efficacité d'action.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	i
RÉSUMÉ	ii
TABLE DES MATIÈRES	iv
LISTE DES TABLEAUX	vi
LISTE DES FIGURES	vii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE	2
1.1 Prévalence des suicides et des tentatives de suicide	2
1.2 Prévention de la récurrence et des décès par suicide chez les personnes qui ont fait une tentative de suicide	3
1.3 Parrainage téléphonique des personnes à haut risque de suicide	6
CHAPITRE 2 : OBJECTIFS ET MÉTHODE	8
2.1 But et objectifs	8
2.2 Méthode	8
2.2.1 Population étudiée	8
2.2.2 Sources d'information et instruments de mesure	9
2.3 Analyses des données	10
2.4 Considérations éthiques	11
CHAPITRE 3 : RÉSULTATS	12
Première partie : Implantation du Parrainage	12
3.1 Taux de participation	12
3.2 Caractéristiques des usagers	13
3.3 Achalandage du service	16
3.4 Caractéristiques des interventions	16

3.5	Efficacité des interventions	20
	Deuxième partie : Appréciation des usagers	21
3.6	Niveau de satisfaction	21
3.7	Utilité perçue	22
3.8	Aspects les plus appréciés	23
3.9	Aspects les moins appréciés	27
4.0	Pistes d'amélioration	28
	CHAPITRE 4 : DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS	30
	CONCLUSION	39
	APPENDICE A	40
	Grille d'évaluation de l'urgence suicidaire	41
	APPENDICE B	42
	Fiche complétée par les intervenants	43
	APPENDICE C	45
	Entrevue téléphonique auprès des participants au parrainage	46
	RÉFÉRENCES	49

LISTE DES TABLEAUX

Tableau

1. Caractéristiques des usagers du parrainage (n = 42)	14
2. Nouvelles ressources proposées dans le cadre du parrainage (n = 49).....	17
3. Prescriptions données aux usagers dans le cadre du parrainage (n = 49)	18
4. Raisons pour avoir mis fin au parrainage (n = 49)	18
5. Effets positifs du parrainage tels que perçus par les intervenants (n = 49)	19
6. Obstacles à un impact optimal du parrainage tels que perçus par les intervenants (n = 49)	20
7. Niveau de satisfaction des usagers à l'égard du parrainage (n = 16)	21
8. Utilité du parrainage telle que perçue par les usagers (n = 16)	21

LISTE DES FIGURES

Figure

1. Distribution des usagers dans le cheminement du service	13
2. Nombre de personnes admissibles, parrainées et contactées à une seule reprise entre le 1 ^{er} mars 2004 et le 31 mai 2005	16

INTRODUCTION

Le suicide est un important problème de santé publique au Québec, la province détenant le taux de suicide le plus élevé au pays. Les nombreuses études réalisées sur le sujet ont permis d'identifier des groupes à risque, parmi lesquels figurent les personnes qui ont fait une tentative de suicide. L'un des principaux enjeux relatifs à l'intervention auprès de ce groupe concerne la qualité du suivi post-tentative. Plus spécifiquement, les quelques jours suivant le congé de l'urgence hospitalière seraient cruciaux pour prévenir la récurrence et engager les personnes dans un traitement.

Considérant ces éléments, Suicide Action Montréal a décidé d'implanter un nouveau service destiné aux personnes qui étaient en tentative de suicide au moment de leur appel à la ligne d'intervention téléphonique et dont l'urgence a requis l'envoi de secours. Ce service prend la forme d'un parrainage téléphonique personnalisé, offert par des membres de l'équipe permanente de l'organisme. Après un an d'activité, Suicide Action Montréal a proposé à la Direction de santé publique d'évaluer ce nouveau service, en vue de documenter son implantation et de vérifier le niveau de satisfaction de la clientèle.

L'évaluation s'est déroulée en deux phases, une première consistant à codifier et à analyser rétrospectivement l'ensemble des données compilées par les intervenants au sujet des usagers du parrainage, et une seconde phase impliquant des entrevues téléphoniques auprès de 16 personnes ayant reçu le service. Le présent rapport rend compte de cette démarche évaluative et de ses résultats en quatre chapitres. Le premier chapitre aborde la problématique du suicide et traite des connaissances scientifiques qui ont conduit au développement du parrainage. Le second chapitre précise les objectifs de l'évaluation et la méthodologie utilisée, tandis que le troisième présente les résultats de l'évaluation. Finalement, le quatrième chapitre discute des résultats obtenus et des recommandations qui en découlent.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

Ce chapitre fait état de l'ampleur du phénomène du suicide au Québec. Il présente également une brève synthèse de la littérature scientifique portant sur les personnes admises à l'urgence suite à une tentative de suicide. Il y est question de la qualité des services actuellement offerts à cette clientèle et des interventions qui semblent être les plus efficaces. Enfin, le contexte de création et les objectifs du parrainage téléphonique terminent ce chapitre.

1.1 Prévalence des suicides et des tentatives de suicide

Au Québec, le suicide est la première cause de décès chez les hommes de 15 à 44 ans et chez les femmes de 15 à 29 ans (Institut de la statistique du Québec, 2004). À chaque année, plus de 1 300 personnes s'enlèvent la vie dans la province. Les hommes commettent 80% de ces suicides et c'est chez les 30-49 ans que surviennent la majorité des décès (St-Laurent et Bouchard, 2004). Depuis la fin des années 70, le taux de suicides du Québec est supérieur à celui des autres provinces canadiennes et cette différence s'est accrue de façon importante avec le temps. Contrairement à la diminution observée dans le taux de suicide hors Québec, celui de la belle province a connu une progression constante pour atteindre un sommet inégalé de 1 610 suicides en 1999. Pour la période 1999-2001, le taux moyen de mortalité par suicide chez les hommes était de 30,7 pour 100 000 chez les Québécois, comparativement à 16,1 pour les Canadiens hors Québec (St-Laurent et Bouchard, 2004). Une différence était également notée chez les femmes : les Québécoises ayant un taux de mortalité par suicide de 7,7 pour 100 000 au cours de cette période, comparativement à 4,6 pour les Canadiennes hors Québec.

L'ampleur du problème a conduit le Ministère de la santé et des services sociaux à doter la province d'une *Stratégie d'action face au suicide* (MSSS, 1998), qui identifiait des cibles prioritaires d'intervention afin de faire diminuer le taux de suicide de la population québécoise. L'intervention auprès des groupes à risque y était recommandée, parmi lesquels figuraient les personnes qui ont déjà tenté de s'enlever la vie. Selon l'Enquête sociale et de santé, 5 personnes pour 1000 tentent de se suicider à chaque année, ce qui représente environ 29 000 Québécois et Québécoises (Boyer et coll., 2000). Comparativement aux personnes qui n'ont jamais posé de geste suicidaire, celles qui ont déjà tenté de s'enlever la vie présentent un risque beaucoup plus élevé de mourir éventuellement par suicide. Une étude indique à cet égard qu'une tentative de suicide effectuée avec n'importe quelle méthode est associée à un risque 38 fois plus élevé de décès par suicide, ce qui surpasse le risque associé à n'importe quel diagnostic psychiatrique (Harris et Barraclough, 1997). La tentative de suicide est, en fait, le facteur de risque le plus important du suicide

complété (Brown et al., 2000; Harris et Barraclough, 1997; Isometsa et Lonnqvist, 1998; Suokas et al., 2001).

Bien que ce ne soit pas le cas de toutes les personnes qui font des tentatives de suicide, plusieurs recevront des soins à l'urgence d'un hôpital après leur geste. L'Enquête sociale et de santé indique que, parmi les personnes qui ont rapporté avoir commis une tentative de suicide au cours de la dernière année, 38% ont déclaré avoir été à l'urgence suite à ce geste (Boyer et al., 2000). Des études longitudinales montrent que ces personnes présentent un taux de suicide 100 fois plus élevé que celui de la population générale (Owens et al., 2002). Dans la première année suivant leur congé de l'hôpital, 16% commettront une nouvelle tentative de suicide et 2% s'enlèveront la vie. Le risque de décès par suicide serait particulièrement élevé dans les premières semaines suivant la sortie de l'hôpital. À cet égard, une étude anglaise révèle que 40% des personnes qui se sont suicidées dans les trois mois suivant leur congé l'ont fait avant leur premier rendez-vous de suivi (Appleby et al., 1999). Une intervention rapide, voire immédiate, après la sortie de l'hôpital permettrait de sauver des vies selon ces chercheurs.

Malheureusement, au Québec, la qualité des services dispensés aux personnes qui font des tentatives de suicide a été sévèrement critiquée dans l'évaluation de l'implantation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide (Potvin, 2004). Selon son auteur, beaucoup de travail reste à accomplir à ce chapitre. Plus précisément, il soutient que *«la faiblesse de la prise en charge et du suivi de la personne suicidaire est au cœur des difficultés qui perturbent la continuité des services»*, laquelle est *«en sérieuse difficulté à la grandeur de la province»* (Potvin, 2004, p. 23). Les informations recueillies dans le cadre de l'évaluation indiquent que les personnes admises à l'urgence suite à une tentative de suicide obtiennent rarement un suivi psychosocial adéquat et qu'*«à leur sortie, elles sont généralement laissées à elles-mêmes, sauf exception.»* (Potvin, 2004; p. 24). Des constats similaires se dégagent des travaux de Dulac (2003) portant sur 38 hommes décédés par suicide. Les entrevues réalisées auprès de leurs proches révèlent la présence de lacunes importantes dans le suivi post-tentative et *«une absence quasi totale de référence de ces clients à des ressources psychothérapeutiques ou à un suivi psychosocial.»* (Dulac, 2003, p. 62). L'obtention de suivi après le congé de l'urgence pourrait pourtant diminuer le risque de récurrence et de décès par suicide.

1.2 Prévention de la récurrence et des décès par suicide chez les personnes qui ont fait une tentative de suicide

De nombreuses interventions destinées aux personnes qui ont fait une tentative de suicide ont été évaluées jusqu'à maintenant et, malgré les limites méthodologiques des études, certaines obtiennent des résultats encourageants. Une recension systématique des essais cliniques randomisés portant sur la prévention de la récurrence conclut que les psychothérapies figurent parmi les stratégies les plus prometteuses (Hawton et al., 1998). Une étude récente (Guthrie et al., 2001) va dans ce sens puisqu'elle montre que les personnes (n = 58) qui ont bénéficié d'une psychothérapie brève d'orientation psychodynamique interpersonnelle après avoir fait une tentative de suicide rapportent une diminution significativement plus importante de leurs idées suicidaires comparativement aux personnes qui ont reçu le traitement habituel (n = 61). Elles sont également plus satisfaites du traitement reçu et moins susceptibles d'avoir refait une tentative de suicide (9% contre 28%, p < 0,01). L'efficacité des psychothérapies s'explique possiblement par le

fait qu'elles s'adressent directement à la souffrance psychologique de la personne et tentent de l'apaiser par une écoute empathique et l'acquisition d'habiletés d'adaptation et de résolution de problèmes.

Hormis la psychothérapie, la distribution de «cartes privilège» donnant accès en tout temps à des services psychiatriques d'urgence a également été expérimentée auprès de personnes admises à l'urgence suite à une tentative de suicide (Cotgrove et al., 1995 ; Evans et al., 1999; Morgan et al., 1993). Les résultats obtenus sont toutefois contradictoires. Alors que les premières études (Cotgrove et al., 1995; Morgan et al., 1993) rapportent significativement moins de récidives chez les personnes qui avaient reçu la carte comparativement à celles qui ne l'avaient pas reçue (5% vs 14%), une étude plus récente parvient au constat inverse. En adoptant la même méthodologie que ses prédécesseurs auprès d'un nombre considérable de participants adultes (n = 827), Evans et ses collaborateurs (1999) ne trouvent effectivement pas de diminution dans les taux de récurrence. Au contraire, des analyses plus approfondies montrent que les personnes qui ont une histoire de tentatives antérieures et qui ont reçu la carte tendent à récidiver davantage que celles qui n'en ont pas reçue. Les personnes pour qui c'était la première tentative semblent néanmoins bénéficier de la carte. Ces résultats suggèrent que celle-ci ne devrait pas être distribuée aux personnes qui font des tentatives multiples, mais offertes uniquement à celles qui n'ont commis qu'une seule tentative. Des études supplémentaires sont toutefois nécessaires afin de confirmer ces premières constatations.

Des essais cliniques ont aussi été effectués sur différentes formes d'interventions visant à améliorer la fidélité au traitement des personnes ayant commis une tentative de suicide (Allard et al., 1992 ; Cedereke et Öjehagen, 2002 ; Chowdury et al., 1973 ; Hawton et al., 1981 ; van der Sande et al., 1997 ; van Heeringen et al., 1995 ; Welu, 1977). Le manque de fidélité au traitement est l'un des déterminants les plus importants de la détérioration de l'état de la personne suicidaire dans les semaines suivant son congé (Cremniter et al., 2001) et est même associé à un risque accru de décès par suicide (Desai, et al., 2005). Les personnes suicidaires sont peu fidèles au traitement qui leur est recommandé : moins de 40% reçoivent un suivi après leur congé de l'urgence (Bronisch et Hecht, 1990 ; Motto et Bostrom, 2001 ; van Heeringen et al., 1995). Les causes de ce manque de fidélité sont méconnues. Cependant, le fait que la personne ne croit pas en l'utilité du suivi proposé (Clarke et al., 2004) et que la responsabilité de prendre le rendez-vous de suivi lui soit généralement confiée plutôt qu'au personnel de l'urgence (Dulac, 2003) en font probablement partie. Les premiers jours suivant le congé de l'hôpital sont critiques pour impliquer les personnes qui ont fait une tentative de suicide dans un suivi puisque, après cette courte période, la probabilité qu'elles s'y engagent est faible (Monti et al., 2003). Les études évaluatives réalisées sur ce type d'interventions suggèrent que ce sont celles qui incluent des visites à domicile d'intervenants autres que des médecins (infirmières, travailleuses sociales, intervenants psychosociaux) qui sont les plus prometteuses (Racine et al., 2003 ; van Heeringen, 1995 ; Welu, 1977).

Par exemple, Welu (1977) évalue l'efficacité d'un suivi comprenant : 1) une visite à domicile au cours de laquelle un intervenant établit un climat de confiance avec la personne qui a tenté de se suicider et conçoit un plan d'intervention individualisé ; et 2) des contacts ultérieurs (téléphoniques ou à domicile) afin de vérifier si tout va bien et proposer des services complémentaires dans le cas

contraire. Les résultats indiquent que les personnes ayant bénéficié de ce suivi ($n = 63$) ont un taux de récurrence significativement inférieur à celui des personnes qui ont reçu le traitement standard ($n = 57$), à savoir 4,8% et 15,8% respectivement. Dans l'étude de van Heeringen (1995), des infirmières effectuent des visites à domicile auprès des personnes qui ne se sont pas présentées à leur premier rendez-vous de suivi. Les résultats montrent que ces visites permettent d'améliorer significativement la fidélité au traitement et de diminuer le taux de récurrence : aucune des 129 personnes qui sont devenues fidèles au traitement après les visites à domicile n'a refait de tentative de suicide, alors que c'est le cas de 13,1% de celles qui étaient fidèles sans aucune visite et de 18,9% des personnes qui sont demeurées non fidèles au traitement après trois visites de l'infirmière.

Dans la région de Québec, une évaluation d'implantation d'un programme de suivi communautaire intensif rapporte également des effets positifs auprès de personnes qui ont fait une tentative de suicide (Racine et al., 2003). Ce suivi comprend huit à dix rencontres (généralement à domicile) réparties sur une période de deux mois et débutant le plus tôt possible après le congé de l'hôpital. Les rencontres sont effectuées par une intervenante formée à l'intervention de crise suicidaire et utilisant une approche clinique orientée vers les solutions. Les usagers sont référés au service lors de leur séjour à l'urgence, mais les personnes présentant des troubles graves de la personnalité n'y sont pas admissibles. Le premier contact est effectué au téléphone par un intervenant de crise (différent de l'intervenante qui donne le service), moins de 48 heures après la référence. Un premier rendez-vous est alors pris avec l'utilisateur qui sera ensuite rencontré en face à face par l'intervenante. Dans le cadre de l'évaluation, dix usagers ont été rencontrés en entrevue et ils affirment que les services reçus correspondaient à leurs besoins et à leurs attentes. Ils ont particulièrement apprécié le fait d'être écouté, de ne pas se sentir jugé et d'être soutenu. Ils estiment que le service a été utile pour régler leurs problèmes, en leur permettant notamment d'exprimer davantage leurs émotions, de s'affirmer et de travailler sur leur estime de soi. Ils se sentent plus outillés et connaissent davantage les ressources disponibles. La majorité des usagers n'ont pas eu d'idées suicidaires depuis leur tentative de suicide et, chez ceux qui en ont rapporté, elles ont été qualifiées de moins sévères.

Une seule évaluation porte sur l'efficacité d'un suivi téléphonique (Cedereke et Öjehagen, 2002). Celui-ci se limite à deux appels effectués quatre et huit mois après la sortie de l'hôpital. Les résultats sont décevants : ces appels ne permettent ni d'augmenter la fidélité au traitement, ni de diminuer le taux de récurrence. Cette inefficacité est probablement davantage attribuable au délai important entre la sortie de l'hôpital et le premier contact qu'à la nature téléphonique du suivi.

En somme, les données recueillies jusqu'à présent sur l'efficacité des interventions s'adressant aux personnes qui ont fait une tentative de suicide ne peuvent être qualifiées de concluantes. Certains résultats sont néanmoins encourageants et, considérant le consensus clinique existant autour de l'importance du suivi post-tentative de même que les lacunes observées en ce domaine au Québec, l'implantation et l'évaluation de nouvelles pratiques destinées à cette clientèle à risque s'avèrent tout à fait indiquées.

1.3 Parrainage téléphonique des personnes à haut risque de suicide

Fondé en 1984, Suicide Action Montréal (SAM) est un organisme sans but lucratif dont la mission est de prévenir le suicide dans la région de Montréal. Grâce à une équipe de 200 bénévoles et de 20 employés, il offre une gamme diversifiée de services dont une ligne d'intervention téléphonique 24/7 gratuite et confidentielle, des rencontres d'information et du soutien téléphonique personnalisé pour les proches des personnes suicidaires, des groupes de soutien pour les personnes endeuillées par suicide et des formations s'adressant aux intervenants de la communauté.

Suite à une importante planification stratégique réalisée en 1998, SAM s'est fixé comme objectif de rejoindre davantage les clientèles reconnues comme étant les plus à risque de s'enlever la vie. Les personnes qui ont fait une tentative de suicide ont alors été identifiées comme groupe prioritaire auprès duquel des efforts particuliers devaient être consentis. Préoccupé par le manque de continuité dans les services offerts à cette clientèle, particulièrement dans les jours suivant la tentative de suicide, SAM lui a spécifiquement conçu et destiné une nouvelle modalité de service : le parrainage téléphonique. Ce service s'inscrit dans le champ d'action spécifique aux centres de prévention du suicide, c'est-à-dire l'intervention téléphonique plutôt que le face à face. Il s'adresse aux personnes qui ont appelé le service d'intervention téléphonique (SIT) et dont l'urgence suicidaire a requis l'envoi de secours. Il poursuit les buts suivants :

1. Créer ou resserrer le filet de sécurité autour de ces personnes;
2. Assurer un soutien pendant l'attente pour un suivi ou une prise en charge ou pendant une période de grande vulnérabilité;
3. Faciliter la référence et diminuer les délais d'attente.

Le parrainage téléphonique se caractérise par sa démarche proactive et sa rapidité d'intervention. Quelques jours après l'envoi de secours, les usagers admissibles au parrainage sont rappelés par un intervenant d'expérience, membre du personnel permanent de SAM. Pour ces personnes, cet appel est inattendu. Une telle pratique n'est toutefois pas nouvelle pour le centre de prévention du suicide, car le comité d'éthique de l'organisme a autorisé, depuis 2001, les «relances de sécurité». Il s'agit d'un contact téléphonique initié lors de situations inquiétantes par un intervenant bénévole de SAM (avec l'autorisation d'un permanent) ou par un employé dans les heures ou les jours suivant l'appel. Le principe éthique sous-tendant cette décision est la reconnaissance d'un consentement implicite de la personne suicidaire, exprimé par son appel à la ligne d'intervention de Suicide Action Montréal.

Différemment des «relances de sécurité», le parrainage téléphonique consiste en deux contacts et plus (maximum de cinq), dont la durée et la fréquence sont déterminées en fonction des besoins de la personne et de son désir de recevoir de l'aide. C'est lors du premier contact, et après avoir procédé à une évaluation de la condition de la personne depuis son retour de l'hôpital, que l'intervenant prend la décision de lui offrir ou non le service. Cette offre n'est toutefois pas effectuée d'une manière formelle et l'expression «parrainage téléphonique» n'est jamais employée. L'intervenant propose plutôt à la personne de la rappeler pour prendre de ses nouvelles et lui offrir du soutien. Cette procédure préserve le caractère informel et personnalisé du service tout en

permettant à l'intervenant de mettre un terme aux appels lorsqu'il juge que la personne n'en a plus besoin. Le parrainage téléphonique est principalement offert aux personnes qui présentent un niveau de détresse élevé ou des facteurs de vulnérabilité importants et qui ne sont pas suivies par un professionnel ou n'adhèrent pas à leur traitement.

L'intervenant qui effectue un parrainage tente d'atteindre un certain nombre d'objectifs au plan clinique :

1. Établir une relation de confiance avec la personne (ce qui peut nécessiter des efforts supplémentaires considérant le fait qu'elle ne s'attendait pas à l'appel);
2. Clarifier le motif de l'appel (préoccupation à l'égard de sa santé et de sa sécurité) et le rôle de l'intervenant (pas d'offrir une thérapie de soutien, mais plutôt de faciliter les démarches pour obtenir de l'aide);
3. Permettre à la personne de ventiler, d'exprimer les raisons de son mécontentement vis-à-vis l'envoi de secours et la référer au bon endroit si elle désire porter plainte;
4. Évaluer l'urgence suicidaire et les facteurs de vulnérabilité et de protection;
5. Soutenir et mobiliser en recherchant les forces et les raisons de vivre de la personne;
6. Faciliter les démarches auprès d'une ressource, en veillant à ne pas déresponsabiliser la personne;
7. Favoriser l'utilisation du service d'intervention téléphonique 24/7.

Le parrainage prend fin lorsque le nombre maximal de cinq contacts est atteint, lorsque l'utilisateur va mieux ou est suivi adéquatement par une autre ressource ou lorsque les interventions n'entraînent aucun impact significatif.

CHAPITRE 2

OBJECTIFS ET MÉTHODE

Ce chapitre présente les objectifs visés par l'évaluation ainsi que la méthode utilisée. On y précise la population à l'étude ainsi que les sources d'information et les instruments de mesure. Il y est aussi brièvement question du plan d'analyse des données et des aspects éthiques considérés dans la réalisation de cette évaluation.

2.1 But et objectifs

Considérant le caractère novateur du parrainage téléphonique, une évaluation d'implantation est jugée pertinente. Cette évaluation a pour but d'émettre des recommandations quant aux améliorations à apporter pour mieux répondre aux besoins de la clientèle, tout en tenant compte des ressources disponibles.

Plus spécifiquement, l'évaluation poursuit trois objectifs :

1. Décrire l'écart entre le service planifié et le service dispensé, en ce qui concerne la clientèle, les interventions et le mode de fonctionnement;
2. Documenter l'appréciation de la clientèle et les effets perçus de l'intervention;
3. Identifier les facteurs ayant facilité ou entravé la mise en œuvre du service.

2.2 Méthode

L'évaluation est rétrospective et utilise une méthode mixte, combinant des données quantitatives et qualitatives.

2.2.1 Population étudiée

L'étude porte sur l'ensemble des personnes admissibles au parrainage téléphonique pendant ses 15 premiers mois d'activités, à savoir entre le 1^{er} mars 2004 et le 31 mai 2005. Le critère d'admissibilité au service est le suivant : avoir nécessité l'envoi de secours lors d'un appel au SIT, soit parce que la personne était en tentative de suicide ou avait l'intention de le faire immédiatement après l'appel (urgence 7 et 8, voir Appendice A pour la grille d'évaluation de l'urgence suicidaire). Pour des raisons pratiques, la personne devait également avoir un numéro de téléphone accessible (non confidentiel). Les personnes qui présentent une dynamique de récurrence et qui utilisent déjà régulièrement la ligne d'intervention téléphonique sont exclues du

parrainage. La nature «court terme» du service rendait peu probable l'obtention d'impacts significatifs auprès de cette clientèle particulière. Certaines stratégies d'intervention lui sont toutefois spécifiquement destinées, telles que des plans d'intervention personnalisés qui guident le travail des intervenants bénévoles et accroît la cohérence des actions ainsi que des relances d'encadrement qui permettent de préciser le rôle et les limites de la ligne d'intervention.

2.2.2 Sources d'information et instruments de mesure

Cette évaluation utilise deux sources d'information : 1) les dossiers des personnes admissibles au parrainage ; 2) les usagers du service.

Les dossiers des personnes admissibles. Depuis le tout premier contact effectué dans le cadre du parrainage, les intervenants créent un dossier pour chacune des personnes admissibles au service. Ce dossier comprend la «feuille bleue» complétée lors de l'intervention au SIT ainsi qu'un rapport d'intervention détaillé, rédigé après chaque contact téléphonique du parrainage (*voir* Appendice B). Bien que sujette aux biais liés à l'auto-rapport (i.e. au fait que ce sont les usagers eux-mêmes qui divulguent les informations sans qu'il soit possible de les vérifier), cette source d'information nous révèle plusieurs caractéristiques des personnes admissibles au service, telles que :

1. sexe;
2. âge;
3. vivre seul;
4. avoir un proche mobilisé (i.e. un membre de son entourage qui veut s'impliquer);
5. avoir déjà fait une tentative de suicide;
6. souffrir de troubles mentaux;
7. prendre des médicaments;
8. avoir vécu une perte importante au cours des 6 derniers mois;
9. être suivi par une ressource;
10. niveau d'urgence suicidaire au moment de l'appel au SIT;
11. retraçage effectué au moment de l'appel au SIT

Les dossiers nous renseignent également sur la nature et la quantité d'interventions effectuées pour chacun des participants, dont :

1. nombre de jours entre l'appel au SIT et le premier essai pour rejoindre la personne;
2. nombre de jours entre l'appel au SIT et le contact établi;
3. nombre d'essais nécessaires pour rejoindre la personne;
4. nombre de personnes à qui le parrainage a été offert;
5. nombre de refus de participer et les raisons de ces refus;
6. nombre de contacts téléphoniques effectués;

7. avoir proposé une nouvelle ressource à l'utilisateur;
8. avoir suggéré une action à l'utilisateur;
9. durée du parrainage;
10. raisons pour avoir mis fin au service.

Toutes les informations disponibles dans ces rapports d'interventions sont codifiées et saisies dans une base de données SPSS. La saisie est supervisée par une professionnelle de recherche, mais effectuée en collaboration étroite avec les intervenants qui ont effectué les parrainages. Cette procédure permet de compléter des informations manquantes et d'en clarifier d'autres.

Les usagers du service. Afin de répondre au deuxième objectif de cette évaluation, qui est de documenter l'appréciation de la clientèle et les effets perçus du parrainage, un échantillon consécutif de 16 usagers est constitué. À partir du 1^{er} mars 2005, toutes les personnes qui ont reçu au moins deux contacts téléphoniques dans le cadre du parrainage sont sollicitées pour participer à une entrevue téléphonique. Celle-ci comporte huit questions ouvertes et sept questions à choix de réponses utilisant une échelle de type Likert (*voir* Appendice C). Ces questions permettent d'évaluer le niveau d'appréciation du service et son utilité perçue, de même que d'identifier les aspects les plus et les moins appréciés par la clientèle. L'entrevue est enregistrée et les réponses aux questions ouvertes sont retranscrites intégralement, alors que les réponses aux questions fermées sont codifiées et saisies dans une base de données SPSS.

2.3 Analyse des données

Les informations quantitatives saisies dans la base de données SPSS font tout d'abord l'objet d'analyses descriptives (fréquence, moyenne, etc.), afin de décrire la clientèle et les caractéristiques de l'intervention. Par la suite, des analyses inférentielles sont réalisées afin d'examiner la présence de différences entre des groupes de participants (analyse de variance, chi-carré, etc.).

Une analyse de contenu est effectuée avec les retranscriptions des réponses aux questions ouvertes posées dans le cadre des entrevues auprès des usagers. Cette forme d'analyse qualitative vise à organiser et à simplifier des données complexes en catégories. Pour ce faire, les retranscriptions sont découpées en unités de classification, chacune d'elles correspondant à une idée. «*Constitue alors une unité de classification tout mot, toute phrase ou portion de phrase ayant un sens complet en soi*» (L'Écuyer, 1990, p. 62). Une grille de codification est ensuite élaborée en créant des catégories regroupant les unités de classification dont le sens est similaire et en leur attribuant «*un nom plus général qui paraît en constituer le dénominateur commun*» (L'Écuyer, 1990, p. 67). Les catégories doivent être exhaustives, mutuellement exclusives, univoques et homogènes. L'ensemble des unités de classification sont ensuite codifiées en les attribuant à une seule catégorie de la grille.

L'analyse de contenu ne vise pas à fournir les fréquences d'apparition des catégories de réponse. La présentation des données par ordre décroissant de fréquences d'apparition (i.e. en rapportant les aspects les plus souvent mentionnés en premier) permet néanmoins d'estimer la popularité d'une idée. Il faut toutefois demeurer prudent dans l'interprétation de ces fréquences, car un

aspect peut avoir été soulevé par une seule personne, mais représenter tout de même la perception d'une majorité de participants. Dans le cadre d'une analyse effectuée à partir des réponses données à une question ouverte, on ne peut présumer que l'absence d'évocation d'un thème par un participant signifie que ce thème n'a pas d'importance pour lui. Pour pouvoir l'affirmer, il est nécessaire de le questionner spécifiquement à ce sujet. L'analyse de contenu permet donc de décrire l'univers des réponses données par les répondants, sans pouvoir affirmer avec certitude qu'une idée est plus répandue ou plus importante qu'une autre.

2.4 Considérations éthiques

Le comité d'éthique de Suicide Action Montréal a autorisé la réalisation de cette étude. En ce qui concerne le volet d'analyse des dossiers, quelques règles régissent la création et l'utilisation des banques de données informatisées : 1) leur accès est protégé par un mot de passe; 2) il est impossible d'y identifier les personnes admissibles au parrainage; 3) elles ne sont utilisées qu'aux fins de la présente étude; 4) elles sont effacées 12 mois après le dépôt du rapport final. Les enregistrements audio des entrevues téléphoniques sont conservés sous clé et effacés après leur retranscription.

Les usagers ont accepté, lors du dernier contact téléphonique effectué dans le cadre du parrainage, que leurs coordonnées personnelles soient transmises à une professionnelle de recherche de la Direction de santé publique en vue de la participation à cette évaluation. Cette professionnelle est candidate au doctorat en psychologie et détient une expérience clinique suffisante pour lui permettre d'évaluer l'urgence suicidaire. Avant de débiter l'entrevue téléphonique, les usagers sont informés que leur participation est volontaire et qu'ils peuvent l'interrompre en tout temps sans aucun préjudice. Ils sont également avisés que l'entrevue est enregistrée, mais que leur anonymat sera préservé dans le traitement et la présentation des résultats de l'étude. Considérant le niveau de risque élevé présenté par cette clientèle, une procédure a été établie pour que la professionnelle de recherche évalue l'urgence suicidaire à la fin de l'entrevue et prenne les mesures appropriées au besoin. Les personnes dont l'urgence est inférieure à quatre (i.e. qu'elles ont des idées suicidaires, mais sans planification) sont encouragées à parler de leur situation à quelqu'un de leur entourage et invitées à communiquer avec le service d'intervention téléphonique 24/7 de Suicide Action Montréal au besoin. Cette procédure a été appliquée dans 87,5% des cas ($n = 14$). Une autre procédure est prévue pour les participants qui se situent entre quatre et sept sur la grille d'urgence suicidaire (*voir* Appendice A). Dans cette éventualité, la professionnelle de recherche demande l'autorisation du participant de prévenir l'intervenant qui l'a parrainé afin que celui-ci le rappelle dans un délai de 48 heures. Un contrat de vie est également établi par la professionnelle de recherche afin que l'utilisateur s'engage à ne poser aucun geste dangereux jusqu'à l'appel de l'intervenant. Cette procédure a dû être utilisée à deux reprises.

CHAPITRE 3

RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats de l'évaluation en deux parties. La première porte sur l'analyse des informations contenues dans les dossiers des personnes admissibles au parrainage tandis que la deuxième présente les résultats obtenus à partir des entrevues réalisées auprès des usagers du service.

PREMIÈRE PARTIE : IMPLANTATION DU PARRAINAGE

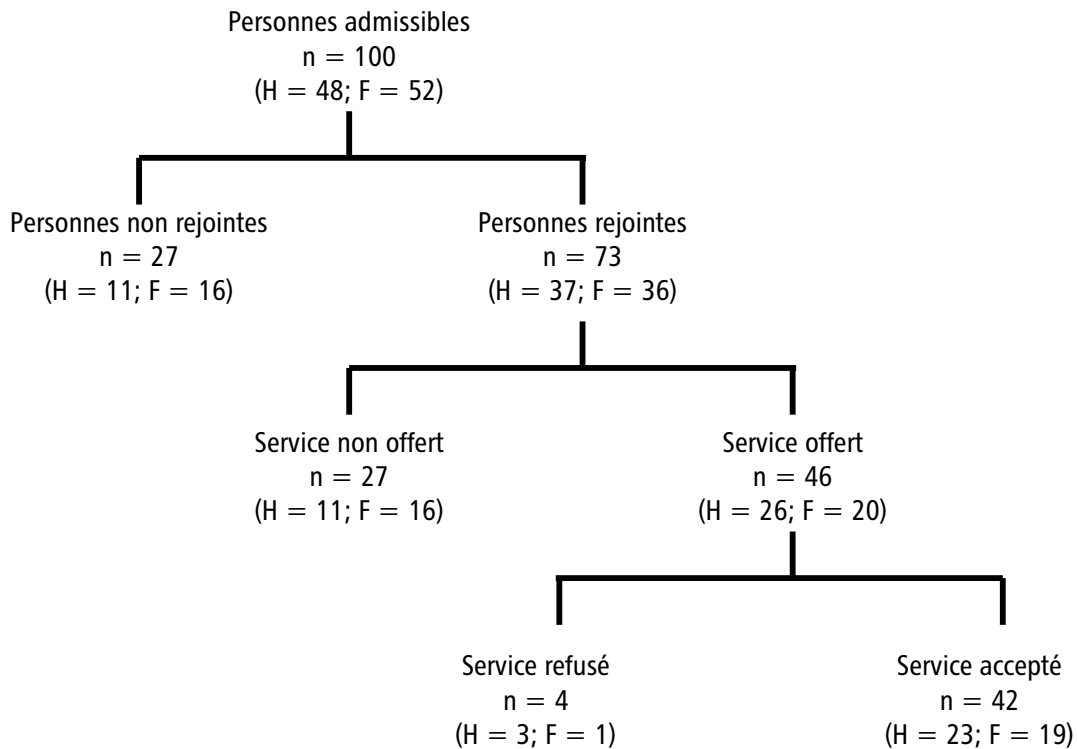
3.1 Taux de participation

Au cours des 15 premiers mois d'activités du parrainage, c'est-à-dire entre le 1^{er} mars 2004 et le 31 mai 2005, 100 personnes ont rencontré les critères d'admissibilité au service (*voir* figure 1). Il s'agit de 21,5% des 466 appels ayant requis l'envoi de secours pendant cette période. Les intervenants ont tenté de rejoindre chacune des 100 personnes admissibles, mais cette démarche est demeurée vaine dans un peu plus du quart des cas (27%). Un numéro de téléphone inutilisable (88,9%; n = 8) ou un déménagement (11,1%; n = 1) expliquent pourquoi un seul essai a été effectué pour le tiers de ces personnes (n = 9). Pour les autres, 5,3 essais en moyenne ont été réalisés avant de cesser les appels ($ET = 3,0$; $MIN = 2$; $MAX = 12$).

Un parrainage téléphonique a été offert à 63,0% (n = 46) des 73 personnes rejointes. Les principales raisons mentionnées par les intervenants pour ne pas avoir proposé le parrainage sont le fait que la personne va mieux (n = 18; 66,7%) ou qu'elle dispose déjà de l'aide et des ressources dont elle a besoin (n = 18; 66,7%). Une attitude non coopérative et le refus d'être aidé expliquent pourquoi le service ne fut pas proposé à six personnes (22,2%).

Le parrainage fut accepté par la quasi totalité des personnes à qui il a été offert (n = 42; 91,3%). Des trois (6,7%) personnes qui ont explicitement refusé le service, l'une n'en voyait pas l'utilité, tandis que les deux autres jugeaient disposer déjà de l'aide et des ressources dont elles avaient besoin. Une quatrième personne s'est désistée avant même d'avoir reçu le deuxième appel, puisqu'il fut impossible de la rejoindre par téléphone et qu'elle ne retournait pas les appels de l'intervenant.

Figure 1. Distribution des usagers dans le cheminement du service



3.2 Caractéristiques des usagers

Au cours des 15 premiers mois d'activités, le parrainage téléphonique a desservi 42 personnes ($M = 43,0$ ans ; $ET = 11,1$), dont une majorité de francophones (83,3%) et une proportion presque équivalente d'hommes (54,8%) et de femmes (45,2%). Les caractéristiques des usagers sont présentées au tableau 1. On constate que la population rejointe correspond à la clientèle visée, puisqu'il s'agit dans la majorité des cas de personnes ayant fait une tentative de suicide au moment de l'appel au SIT et auxquelles des secours ont été envoyés. Les usagers présentent plusieurs facteurs de risque du suicide, dont le fait d'avoir des antécédents suicidaires, de souffrir de troubles mentaux, d'avoir récemment vécu une perte importante ou de vivre seul. On note que la moitié des usagers présentent des problèmes de toxicomanie, alors que les troubles de l'humeur, dont principalement la dépression, affectent le tiers d'entre eux. Ces diagnostics sont toutefois sujets à des biais, car ils ont été rapportés par les usagers plutôt qu'investigués à l'aide d'outils standardisés. Presque tous les usagers (90,5%) étaient suivis lors du 1^{er} contact du parrainage, principalement par un psychiatre ou par un médecin généraliste.

Tableau 1
Caractéristiques des usagers du parrainage (n = 42)

Caractéristiques	N	%
Âge		
24 ans et moins	2	4,8
25 à 34 ans	6	14,3
35 à 44 ans	15	35,7
45 à 54 ans	11	26,2
55 ans et plus	8	19,0
Vit seul	25	59,5
A un proche mobilisé ^a	23	60,5
Niveau d'urgence suicidaire au moment de l'appel au SIT		
Six	8	19,0
Sept	4	9,5
Huit	30	71,4
911 a été prévenu suite à l'appel au SIT	32	76,2
Est allé à l'urgence suite à l'appel au SIT ^b	36	87,8
Antécédents suicidaires		
Tentative de suicide au cours de la vie ^c	35	87,5
Tentative de suicide au cours des 2 derniers mois ^d	13	35,1
A mentionné souffrir d'au moins un trouble mental	38	90,5
Troubles de l'humeur	15	35,7
Troubles de la personnalité	11	26,2
Schizophrénie	3	7,1
Troubles anxieux	10	23,8
Troubles d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues ^b	21	51,2
A mentionné souffrir de comorbidité (au moins deux troubles)	19	45,2
Prend une médication pour des symptômes psychologiques	33	78,6

^an = 38; ^b : n = 41; ^c : n = 40 ; ^d : n = 37 ;

Tableau 1 (suite)
Caractéristiques des usagers du parrainage (n = 42)

Caractéristiques	N	%
A vécu une perte importante au cours des 6 derniers mois ^e	24	61,5
Séparation amoureuse ou conflit amoureux	12	50,0
Perte matérielle ou financière (incluant la perte d'emploi)	6	25,0
Décès d'un être cher	4	16,7
Perte des capacités physiques	3	12,5
Est suivi par au moins une ressource au moment du premier contact	38	90,5
Suivi psychiatrique	18	47,4
Omnipraticien (médecin de famille)	13	34,2
Psychologue, sexologue, travailleur social, psychothérapeute	10	26,3
Intervenant communautaire (centres de crise ou autre)	5	13,2
Ressource en toxicomanie	5	13,2

^e : n = 39

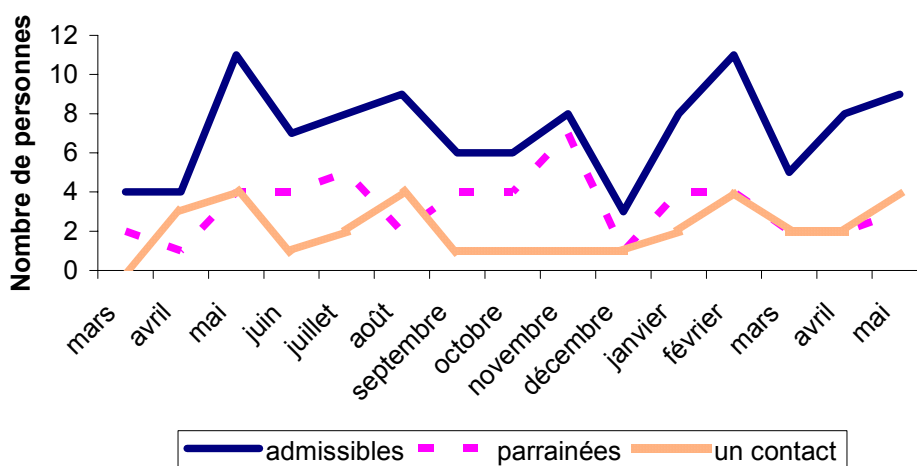
Des comparaisons univariées entre les personnes rejointes par les intervenants (n = 73) et celles qui ne l'ont pas été (n = 27) ne révèlent aucune différence entre les deux groupes. Par contre, les personnes qui ont reçu le parrainage (n = 42) se distinguent des personnes qui n'ont reçu qu'un seul contact (n = 31) en ce qui concerne le délai entre l'appel au SIT et le premier contact établi. En effet, les personnes parrainées ont été rejointes en moyenne 6,7 jours (ET = 5,0) après leur appel sur la ligne d'intervention téléphonique, alors que cette moyenne est de 10,5 jours (ET = 11,3) pour les personnes qui n'ont reçu qu'un seul contact. La différence est toutefois légèrement sous le seuil de signification statistique (F [1, 72] = 3,7; p = 0,058).

En cours d'implantation, un assouplissement des critères d'inclusion du parrainage a fait en sorte que sept personnes ont pu se prévaloir du service sans présenter une urgence suicidaire supérieure à cinq (*voir* Appendice A pour la grille d'évaluation de l'urgence suicidaire). Ces personnes ont, en effet, bénéficié d'un parrainage téléphonique après qu'un rappel de sécurité ait révélé l'importance de leur offrir ce service afin de prévenir un passage à l'acte plus ou moins imminent. En tous points comparables aux personnes admises en fonction des critères originaux, elles se distinguent seulement par leur niveau moins élevé d'urgence suicidaire lors de l'appel au S.I.T (groupe admissible $M = 7,52$; $ET = 0,8$; groupe non admissible $M = 4,14$; $ET = 0,9$; F [1, 47] = 102,88; $p < 0,001$) et par le fait qu'elles sont toutes de sexe masculin. Une (14,3%) d'entre elles a été conduite à l'hôpital sous les recommandations du centre de crise impliqué dans le dossier et deux (28,6%) avaient pratiquement complété leur planification et prévoyaient passer à l'acte dans les jours suivant leur appel au centre de prévention du suicide.

3.3 Achalandage du service

Entre le 1^{er} mars 2004 et le 31 mai 2005, 107 personnes sont jugées admissibles à recevoir un parrainage (incluant les sept personnes dont l'urgence était inférieure à six). La figure 1 illustre l'achalandage du service au cours de cette période en distinguant l'ensemble des personnes admissibles de celles qui ont reçu un seul contact et de celles qui ont été parrainées. On constate que, mensuellement, sept nouvelles personnes en moyenne sont rappelées dans le cadre de ce service, dont cinq sont rejointes. Les mois les plus achalandés sont ceux de février et mai, avec chacun 11 nouvelles personnes à contacter. Si l'on tient compte uniquement des 49 parrainages effectués, cela représente une moyenne mensuelle de trois nouveaux parrainages, avec un sommet de septembre en novembre 2004.

Figure 2
Nombre de personnes admissibles, parrainées et contactées à une seule reprise entre le 1^{er} mars 2004 et le 31 mai 2005



3.4 Caractéristiques des interventions

La précocité La rapidité d'intervention était l'une des particularités souhaitées du parrainage téléphonique. Dans les faits, les premiers essais pour rejoindre l'ensemble des personnes admissibles ont été effectués dans un délai assez court, la majorité (57,1%) ayant été rappelée cinq jours et moins après l'appel logé au SIT, les trois quarts à l'intérieur d'une semaine ($M = 5,7$; $ET = 3,8$; $Médiane = 5,0$; $MIN = 0$; $MAX = 16$). Le premier contact entre l'intervenant et la personne à risque est survenu à une médiane de 5,5 jours après l'appel inquiétant au SIT ($M = 7,9$; $ET = 8,2$; $MIN = 0$; $MAX = 57$) et ce, dès le premier essai dans 58,8% des cas ($M = 1,9$; $ÉT = 1,4$; $MIN = 1$; $MAX = 7$). Deux personnes ont été contactées plus d'un mois après leur appel sur la ligne d'intervention. L'une d'entre elles avait été hospitalisée pendant trois semaines suite à sa tentative, tandis que l'autre avait été assignée à un intervenant travaillant à temps partiel qui a conservé le dossier dans son bureau et tenté de rejoindre la personne à des intervalles très espacés dans le temps.

Le caractère proactif En raison de son caractère inattendu, il était possible que le premier appel du parrainage soit mal accueilli par certaines personnes, particulièrement celles qui ont reçu des secours sans l'avoir demandé. Toutefois, d'après les réactions notées par les intervenants qui ont rejoint les personnes admissibles au parrainage, la réaction à l'appel était bonne dans 85,3% des cas ($n = 100$). Cinq personnes (6,7%) ont néanmoins réagi négativement à l'appel et six personnes (8,0%) sont demeurées plutôt indifférentes, n'exprimant ni plaisir ni déplaisir. Il est intéressant de constater que ces onze personnes figurent toutes parmi celles qui ont nécessité l'envoi de secours lors de l'appel au SIT. Notons également que les réactions négatives ou indifférentes ne semblent pas avoir influé sur la probabilité de recevoir un parrainage puisqu'elles se répartissent également entre les personnes qui n'ont eu qu'un seul contact et celles qui ont été parrainées.

La durée Lors de la planification du service, le nombre maximal de contacts téléphoniques avait été fixé à cinq. Or, huit personnes (16,3%) ont bénéficié d'un parrainage qui a excédé cette limite, certains allant même jusqu'à huit et dix contacts. Toutefois, les deux tiers des parrainages se sont terminés après deux ou trois contacts, fixant la moyenne globale à 3,5 ($ET = 2,1$). Il n'y a aucune différence entre les personnes qui ont reçu deux ou trois contacts et celles qui en ont reçu davantage, tant au plan des caractéristiques des participants que des particularités des interventions. Le petit nombre de participants par groupe limite toutefois d'une manière importante la puissance de l'étude à détecter des différences statistiquement significatives.

La fréquence Les contacts sont généralement effectués à une fréquence hebdomadaire, mais on observe une grande variation dans le nombre de jours entre chaque appel ($M = 11,3$; $ET = 10,3$; $Médiane = 8,0$; $MIN = 1$; $MAX = 60$). Ceci suggère que la fréquence des contacts était fixée selon les besoins des usagers. Les contacts téléphoniques duraient en moyenne une demi-heure ($M = 36,5$ minutes; $ET = 15,8$; $MIN = 8$; $MAX = 75$).

La référence aux ressources Dans la moitié ($n = 24$; 51,0%) des parrainages, l'intervenant a proposé au moins une nouvelle ressource aux usagers. Cette pratique est plus fréquente lorsque ces derniers ne bénéficiaient d'aucun suivi psychosocial ($X^2 [1] = 3,43$; $p = 0,06$). Au total, 36 nouvelles ressources ont été proposées, dont principalement des organismes communautaires visant à briser l'isolement (voir tableau 2). Dans la grande majorité des cas (80,6%), les usagers ont consenti à contacter ou à être contacté par la ressource. À la connaissance des intervenants, près de la moitié ($n = 13$; 44,8%) de ces « consentements » se sont traduits par de véritables contacts entre l'utilisateur et une nouvelle ressource, dont 6 (20,7%) se sont transformés en suivis (deux contacts et plus). Ces résultats sont toutefois mentionnés à titre indicatif seulement, car les informations sont manquantes pour la moitié des personnes à qui on a proposé une ressource. Notons également qu'environ le tiers ($n = 11$) des références ont été effectuées dans le cadre du protocole MARCO. Celui-ci est implanté dans trois territoires de la région de Montréal et consiste en des ententes de services entre partenaires (Suicide Action Montréal, hôpitaux, centres de crise, CLSC, ressource en toxicomanie) afin d'assurer une prise en charge rapide et un meilleur suivi des personnes à risque de suicide.

Suicide Action Montréal offre aussi des services aux proches des personnes suicidaires, que ce soit des rencontres d'information de groupe ou du soutien téléphonique personnalisé. Ces ressources ont été proposées à six usagers (12,2%) du parrainage. À trois reprises, les intervenants ont eu un contact téléphonique direct avec les proches des usagers du parrainage afin de resserrer le filet de sécurité autour de la personne suicidaire, de les informer de l'intervention en cours et de les impliquer au besoin. Deux proches ont également assisté à une rencontre d'information de groupe.

Tableau 2
Nouvelles ressources proposées dans le cadre du parrainage (n = 49)

Ressources	n	%
Organismes communautaires	14	28,6
Centres de crise	5 (5)*	10,2
CLSC	5 (2)*	10,2
Ressource en toxicomanie	5 (4)*	10,2
Corporation ou ordre professionnel	3	6,1
Psychiatrie interne	2	4,1
Ligne d'écoute	1	2,0
Soutien psychologique à tarifs réduits	1	2,0

* les chiffres à l'intérieur des () concernent les références effectuées dans le cadre de MARCO

La concertation Dans une perspective d'amélioration de la continuité des services, les intervenants de Suicide Action Montréal ont proposé à 13 usagers (26,5%) d'entrer en contact avec l'une des ressources qui effectuait déjà ou pouvait effectuer leur suivi. Cette proposition s'inscrivait dans le cadre du protocole MARCO pour la moitié de ces usagers (n = 6; 46,2%) et a été déclinée à une seule occasion. Tel que rapporté par les intervenants, ce contact a permis l'échange d'informations au sujet de l'utilisateur (46,7%), a amélioré la collaboration avec cette ressource (40%) ou a favorisé l'obtention de soins plus rapides pour l'utilisateur (18,2%).

Les devoirs Les intervenants faisaient parfois des prescriptions aux usagers qui prenaient souvent la forme de devoirs à faire entre les contacts téléphoniques. Cela s'est produit chez plus de la moitié (57,1%) des usagers, pour un total de 40 prescriptions. La plupart des devoirs concernaient des démarches à effectuer auprès d'une ressource d'aide, mais il s'agissait parfois aussi de prendre du temps pour se détendre et se changer les idées ou de réfléchir à certains aspects de leur situation (voir tableau 3). Selon les informations disponibles dans les rapports d'intervention, la moitié (47,5%) des devoirs donnés aux usagers ont été faits, 7,5% ne l'ont pas été, mais on ignore ce qu'il est advenu des autres (45,0%).

Tableau 3
Prescriptions données aux usagers dans le cadre des parrainages (n = 49)

Prescriptions	n	%
Faire des démarches auprès d'une ressource	17	34,7
Réfléchir ou prendre du recul vis-à-vis certains aspects de sa situation (ex. réfléchir à ce qui pourrait être motivant, identifier ses forces, trouver des moyens pour faire diminuer son stress, etc.)	6	12,2
S'adonner à des activités de loisirs	7	14,3
Prendre des précautions pour prévenir des récidives (ex. ne jamais rester seul, appeler le 9-1-1 au besoin, ne pas trop consommer, etc.)	6	12,2
Poser des actions concrètes en vue de régler un problème (ex. trouver un coloc, téléphoner à ses créanciers, entreprendre des démarches juridiques, etc.)	2	4,1
Prendre soin de soi (ex. aller chez le coiffeur, au cinéma, etc.)	2	4,1

La fin Une forte majorité (83,7%) de parrainages ont pris fin suite à l'initiative de l'intervenant. Le tableau 4 présente les différentes raisons invoquées pour justifier la fin du service. Jusqu'à trois raisons peuvent être invoquées pour chaque usager. On constate que, d'une manière générale, le service s'est terminé sur une bonne note, soit parce que l'utilisateur allait mieux, que les objectifs étaient atteints ou que la personne était adéquatement suivie par d'autres ressources.

Tableau 4
Raisons pour avoir mis fin au parrainage (n = 49)

Raisons*	n	%
Est suivi adéquatement, a toutes les ressources dont il a besoin	29	59,2
Usager va mieux (ex. diminution de l'urgence suicide, projets d'avenir, démarches qui portent fruit, etc.)	20	40,8
Atteinte des objectifs poursuivis par le parrainage	15	30,6
Manque de réceptivité ou de motivation de l'utilisateur	6	12,2
Impossibilité de rejoindre l'utilisateur	6	12,2
Refus de l'aide proposée par l'intervenant	5	10,2

* Plus d'une raison pouvait être invoquée pour chaque usager

3.5 Efficacité des interventions

La diminution de l'urgence suicidaire Près du tiers (n = 13; 31,7%) des usagers du parrainage n'avait plus aucune pensée suicidaire au moment où le service a pris fin. L'urgence suicidaire a diminué d'une manière significative entre l'appel au SIT et la fin du parrainage, passant d'une moyenne de 7,1 à 2,0 (F[1,40] = 171,4; p < 0,001). Cette diminution est observée pour l'ensemble des usagers du parrainage, à l'exception de deux d'entre eux dont l'urgence est demeurée stable.

Les effets perçus du parrainage selon les intervenants Des effets positifs sont rapportés pour la grande majorité des usagers (n = 44; 89,8%). Toutefois, un impact minime est constaté pour cinq d'entre eux, tous des hommes. Le tableau 5 présente les différents effets positifs rapportés par les intervenants.

Tableau 5
Effets positifs du parrainage tels que perçus par les intervenants (n = 49)

Effets positifs*	n	%
Soutien dans les démarches pour obtenir de l'aide et améliorer sa situation	31	63,3
Revalorisation de l'utilisateur, de ses forces, de son estime personnelle	15	30,6
Resserrer le filet de sécurité	13	26,5
Briser l'isolement	11	22,4
Reprendre du pouvoir et du contrôle sur sa vie	6	12,2
Être écouté, compris, accepté	6	12,2
Réajustement des perceptions relatives à l'utilisateur lui-même ou à certains aspects de sa vie (nuancer, confronter, assouplir)	5	10,2
Sentiment que quelqu'un s'intéresse à lui	3	6,1
Recadrer l'utilisation de la ligne d'intervention de Suicide Action Montréal	1	2,0

* Plus d'un effet pouvait être invoqué pour chaque usager

Les obstacles à un impact optimal Les intervenants identifient certains facteurs qui ont diminué l'efficacité du parrainage téléphonique (voir tableau 6). Le plus répandu est la faible adhésion au service, c'est-à-dire un manque de motivation ou de réceptivité à l'égard de l'aide proposée par les intervenants, qui est observée chez le quart des usagers.

Tableau 6
Obstacles à un impact optimal du parrainage tels que perçus par les intervenants (n = 49)

Obstacles*	n	%
Faible adhésion au parrainage	13	26,5
Limites de Suicide Action Montréal, i.e. que tous les besoins de l'utilisateur ne pouvaient être rencontrés par le type de services offerts par l'organisme	6	12,2
Fin prématurée du service (ex. incapacité à rejoindre le participant)	4	10,0
Difficulté à communiquer (ni le français ni l'anglais n'étant la langue première de l'utilisateur)	2	5,0
Perte momentanée de la confiance en Suicide Action Montréal (causée par l'envoi de secours durant le parrainage)	1	2,5

* Plus d'un impact pouvait être invoqué pour chaque usager

DEUXIÈME PARTIE : APPRÉCIATION DES USAGERS

Toutes les personnes (n = 17) qui ont reçu un parrainage entre le 1^{er} mars et le 31 août 2005 ont été invitées par leur intervenant, lors du dernier contact, à participer à l'évaluation du service. Une seule (6%) a décliné l'invitation, parce qu'elle jugeait avoir déjà parlé à suffisamment de personnes différentes. La majorité (56,3%) des répondants ont été rejoints dès la première tentative par la professionnelle de recherche. Une médiane de huit jours sépare l'entrevue du dernier contact téléphonique du parrainage ($M = 13,8$; $ET = 15,9$; $Min = 1$; $Max = 63$). Dans l'ensemble, les participants ont démontré un intérêt pour le sujet de l'entrevue et ont apporté des commentaires riches et pertinents. Les entrevues ont duré environ 15 minutes. Les répondants sont huit hommes et huit femmes, majoritairement francophones (87,5%) et âgés en moyenne de 42 ans ($ET = 11,6$; $Min = 16$; $Max = 66$). Les répondants à l'évaluation composent un échantillon représentatif de l'ensemble des usagers du parrainage, car aucune différence n'est constatée entre ces deux groupes.

3.6 Niveau de satisfaction

Dans le cadre de l'entrevue, les répondants étaient invités à se positionner sur des échelles de type Likert à quatre points par rapport à différentes dimensions du service. Les résultats indiquent que les répondants ont beaucoup apprécié le parrainage, bien que la durée du service ait obtenu un niveau de satisfaction moins élevé (voir tableau 7).

Tableau 7
Niveau de satisfaction des usagers à l'égard du parrainage (n = 16)

	Très satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Appréciation globale	13 (81,3)	3 (18,8)	0 (0)	0 (0)
Fréquence des contacts*	10 (66,7)	5 (33,3)	0 (0)	0 (0)
Durée du service*	3 (21,4)	10 (71,4)	1 (7,1)	0 (0)

* n = 15 car un répondant n'a pas répondu à cette question

3.7 Utilité perçue

En ce qui concerne l'utilité perçue, on remarque que les deux tiers des répondants estiment que le parrainage les a «beaucoup aidés», particulièrement à se sentir mieux et à penser moins souvent au suicide (*voir* tableau 8). Toutefois, une proportion moins importante de participants a jugé que le service avait été aidant pour obtenir de l'aide de ressources extérieures. Deux répondants masculins estiment que le parrainage les a «peu aidés» d'une manière générale et «pas du tout aidés» à penser moins souvent au suicide.

Tableau 8
Utilité du parrainage telle que perçue par les usagers (n = 16)

	Beaucoup aidé	Assez aidé	Peu aidé	Pas du tout aidé
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
En général	11 (68,8)	3 (18,8)	2 (12,5)	0 (0)
Obtenir de l'aide des ressources extérieures*	5 (33,3)	4 (26,7)	1 (6,7)	5 (33,3)
À se sentir mieux*	9 (60,0)	4 (26,7)	2 (13,3)	0 (0)
À penser moins souvent au suicide*	8 (57,1)	3 (21,4)	1 (7,1)	2 (14,3)

* n = 15 car un répondant n'a pas répondu à cette question

En ce qui concerne le niveau d'urgence suicidaire, le tiers (33,0%) des participants ont affirmé n'avoir eu aucune pensée suicidaire depuis le dernier contact téléphonique avec l'intervenant, alors que le quart (26,6%) a affirmé avoir eu des pensées suicidaires allant de une à quelques fois, sans planification, depuis la fin du parrainage. Une proportion identique (26,6%) a mentionné avoir eu souvent des idées suicidaires, mais toujours sans planification. Deux répondants (12,5%) ont mentionné avoir régulièrement des pensées suicidaires en plus d'avoir amorcé la planification d'une tentative de suicide.

3.8 Aspects les plus appréciés

Dans le cadre des entrevues téléphoniques, les participants à l'évaluation ont eu l'occasion de s'exprimer ouvertement sur ce qu'ils ont le plus et le moins apprécié du parrainage, ainsi que sur son utilité. L'analyse de contenu indique que les aspects les plus appréciés se répartissent en trois catégories : a) caractéristiques de l'intervention ; b) qualités de l'intervenant ; et c) bénéfices retirés.

A) CARACTÉRISTIQUES DE L'INTERVENTION Plusieurs facettes du parrainage téléphonique ont plu aux usagers. Elles sont présentées en ordre décroissant de fréquences d'apparition :

- **ASPECT PROACTIF.** La majorité des participants étaient surpris, mais profondément touchés d'avoir reçu un appel d'un intervenant de Suicide Action Montréal sans en avoir formulé la demande. Nombreux sont ceux qui ont mentionné à quel point ils avaient apprécié cette initiative :

«D'abord qu'ils m'aient appelé, c'est déjà quelque chose de beaucoup. Ils auraient pu ne pas m'appeler et me laisser tomber.»

«I really was quite shocked and quite moved that she called me.»

«On dirait que (l'intervenant) avait le pressentiment que j'avais besoin de lui.»

«J'avais besoin d'aide et d'avoir quelqu'un à qui parler, mais je n'aurais jamais fait les premiers pas moi-même.»

- **QUALITÉ DE L'ÉCOUTE.** La qualité de l'écoute manifestée par l'intervenant est une caractéristique qui a été appréciée par plusieurs participants. À ce sujet, ils rapportent que l'écoute était «*très bonne*» et que l'intervenant était «*attentif*» :

«Tu sais vraiment que l'écoute est là.»

«On m'a écouté et puis ça m'a fait du bien.»

- **POSSIBILITÉ DE REJOINDRE L'INTERVENANT.** Les participants ont apprécié la possibilité de pouvoir rejoindre l'intervenant par l'intermédiaire de la ligne d'intervention de Suicide Action Montréal, s'ils en ressentaient le besoin. Quelques usagers mentionnent avoir eu une grande confiance dans le fait que leur message serait transmis à l'intervenant et que celui-ci les rappellerait :

«Quand j'ai besoin de lui ou que je ne me sens pas bien, je pouvais le contacter.»

«Je laissais un message à la personne à qui je parlais pour qu'elle donne un message à (l'intervenant) et ça a toujours été fait.»

B) QUALITÉS DE L'INTERVENANT. Les participants reconnaissent plusieurs qualités à l'intervenant qui les a parrainés, lesquelles ont largement contribué à leur appréciation du service. Cinq qualités principales ont pu être dégagées de l'analyse des réponses des participants.

- PROXIMITÉ. La majorité des participants ont apprécié la proximité de l'intervenant, qui n'était d'ailleurs pas considéré comme un étranger, mais plutôt comme un ami. La qualité de la relation établie entre le participant et l'intervenant a suscité de nombreux commentaires positifs :

«J'avais une bonne relation avec elle au téléphone, je veux dire... Ce n'était qu'une voix, mais on avait tout de même une bonne chimie entre nous deux, on se comprenait très bien.»

«Je me sentais quelque part plus en confiance avec (l'intervenant) étant donné qu'on parlait quelque part le même langage.»

«Je l'ai trouvée très, très humaine, très gentille.»

«J'avais l'impression de parler à un ami.»

- COMPRÉHENSION ET EMPATHIE. Une autre qualité appréciée par les participants est l'attitude compréhensive et empathique de l'intervenant :

«Ça m'a aidé de savoir que quelqu'un pouvait m'aider à me comprendre, allait me comprendre.»

«Ce que j'ai le plus apprécié c'est sa compréhension de la situation, la compréhension de ce que je pouvais vivre.»

«Juste avoir le contact avec quelqu'un qui pouvait avoir de l'empathie pour ma situation.»

«She understood what I was going through.»

- RESPECT. Il fut mentionné à quelques reprises que le respect et la délicatesse des intervenants, notamment à l'égard du rythme des usagers, avaient contribué à la satisfaction à l'égard du parrainage :

«Tu n'as pas l'impression qu'un intrus embarque dans ton appartement. (L'intervenante) a été très respectueuse de l'état dans lequel j'étais. Je ne me suis senti aucunement obligé de répondre et ça a été très délicat comme approche.»

«Ce ne sont pas des gens qui vont poser des questions ou qui vont chercher à nous tirer les vers du nez.»

«Quand (l'intervenant) m'a appelé, elle ne me poussait pas question par question et elle respectait ce que je lui disais.»

- EXPERTISE. Certains participants ont apprécié que l'intervenant détienne une certaine expertise dans le domaine du suicide et qu'il fasse preuve de professionnalisme dans ses interventions. Les sujets ont mentionné avoir noté ces qualités chez l'intervenant, et que cela a contribué à augmenter leur sentiment de confiance en lui :

«J'imagine que (l'intervenant) a dû parrainer d'autres personnes avant moi... Être capable de parler justement à quelqu'un qui connaissait la psychologie et qui savait de quoi il parlait vis-à-vis le suicide.»

«Je sentais que j'avais plus le droit de m'expliquer, de m'exprimer avec (l'intervenant) étant donné qu'il était directement lié à ce genre d'intervention.»

- ABSENCE DE JUGEMENT. Le sentiment de ne pas être jugé par l'intervenant a été rapporté et apprécié par plusieurs usagers :

«Ça m'a aidé de ne pas me sentir jugée, de me sentir acceptée et c'était important.»

«J'avais besoin de quelqu'un qui me dise pas : «Il faut que tu fasses ça», pis «Arrête de boire». Ils ne m'ont pas jugé ; pour moi c'est ça qui est important.»

C) BÉNÉFICES RETIRÉS. Dans le cadre de l'entrevue, les participants ont rapporté un certain nombre d'effets positifs découlant de leur participation au parrainage. Ces bénéfices peuvent être regroupés sous sept catégories, présentées dans l'ordre habituel.

- AVOIR LE SENTIMENT QUE QUELQU'UN SE SOUCIE D'EUX. Une forte majorité de répondants ont mentionné que le parrainage, et plus particulièrement le fait d'avoir été rappelé sans l'avoir demandé, leur a donné le sentiment que quelqu'un se souciait d'eux. Plusieurs rapportent qu'ils se sont sentis importants et touchés par le fait que quelqu'un démontrait de l'intérêt pour eux :

«Ça prouvait qu'ils tenaient à moi, qu'ils tenaient à ce que j'aille mieux, que je me porte bien.»

«Je me sentais importante. Je ne me sentais pas comme un simple numéro.»

«Ça me donnait l'impression qu'on se souciait de la vie des gens.»

«Somebody cared. Ce que je n'ai pas retrouvé dans la société en aucune personne.»

- FACILITER LA RÉOLUTION DE LA CRISE. Plusieurs participants ont affirmé que le parrainage leur avait permis de trouver l'aide nécessaire pour traverser la crise qu'ils vivaient. Certains précisent également avoir reçu des conseils et trouvé du réconfort auprès de l'intervenant qui a rassuré leurs craintes :

«Ça m'a aidé à passer au travers, (...) à décompresser.»

«Le soutien téléphonique m'a permis de tenir bon.»

«Ça a rassuré mes craintes.»

«Quand tu es en détresse, que tout ton monde est à l'envers et que dans un sens, tu ne vis plus, c'est réconfortant d'avoir quelqu'un qui est prêt à t'aider.»

«Ça m'a beaucoup aidé les suggestions qu'elle m'a faites.»

- PARLER OUVERTEMENT DE LA TENTATIVE. Les contacts téléphoniques avec l'intervenant ont fourni à quelques participants un espace pour parler ouvertement de la tentative de suicide. Le simple fait de pouvoir parler à quelqu'un s'est avéré bénéfique. Cette opportunité a été d'autant plus appréciée des participants, qu'il leur est généralement difficile de pouvoir parler librement de ce sujet avec leur entourage :

«Parce que là je pouvais parler franchement et je n'avais pas à retenir quoi que ce soit. Pour une fois, je pouvais vraiment en parler honnêtement et dire ce qui se passait.»

«Le fait que je puisse revenir dans le vif du sujet sans crainte.»

«Je pouvais verbaliser de façon libre et détendue.»

- BRISER L'ISOLEMENT. Dans plusieurs cas, les participants se sentaient très seuls avant l'appel de l'intervenant et n'avaient personne dans leur entourage pour leur procurer du soutien. Pour ces personnes, le parrainage a contribué à briser leur isolement :

«Dans mon cas, je suis toujours toute seule. Je n'ai personne à qui parler et de savoir qu'il y avait quelqu'un quelque part qui n'avait pas oublié que j'avais eu un problème et que la personne rappelle pour savoir comment ça va, cela m'a fait du bien.»

«Durant cette période-là, je n'avais pas vraiment d'autres places ou d'autres personnes à qui parler de ce qui se passait.»

«Je n'étais pas toute seule, il y avait quelqu'un au bout de la ligne qui m'écoute quand j'ai des problèmes, quand je suis en détresse.»

- RÉAJUSTER LES PERCEPTIONS. L'intervention a permis aux usagers de modifier leurs perceptions de la situation dans laquelle ils étaient. L'aide de l'intervenant les a amenés à confronter leurs pensées négatives, à dédramatiser leur situation et à poser un regard neuf sur leur condition :

«Je voyais mon problème moins gros.»

«Ça m'a aidé à découvrir des parties de moi que je ne connaissais pas, puis mes forces.»

«(L'intervenant) m'a aidé à voir les choses différemment.»

- PRÉVENIR LA RÉCIDIVE. Certains répondants affirment même que le parrainage téléphonique a eu pour effet de prévenir de nouvelles tentatives de suicide :

«Je suis sûr à 100% que le fait d'avoir eu le contact avec (l'intervenant), ça a évité d'autres tentatives.»

«C'est vraiment le soutien téléphonique qui m'a aidé parce que j'aurais pu commettre d'autres tentatives de suicide, mais là comme il y avait quelqu'un, ça m'encourageait et je n'en ai pas commis.»

«Elle m'a empêché trois fois de me suicider.»

- FAVORISER LES DÉMARCHES POUR UN SUIVI. Un autre bénéfice retiré du parrainage concerne l'obtention de suivi et de soutien de ressources extérieures. Ainsi, certains usagers ont reçu les coordonnées de ressources qu'ils ne connaissaient pas, alors que d'autres ont profité du soutien du parrainage pour réactiver une demande auprès d'une ressource déjà connue :

«Il y avait des ressources que je ne connaissais pas et (l'intervenant) m'a donné les numéros de téléphone pour que je puisse les contacter.»

«(L'intervenant) m'a donné deux numéros de téléphone pour que je puisse avoir des rencontres de groupe avec des personnes qui ont des besoins comme les miens.»

«C'était des ressources avec lesquelles j'étais déjà en contact, mais (l'intervenant) m'a aidé à me pousser à faire plus de démarches, à me présenter aux réunions et à mes rendez-vous.»

3.9 Aspects les moins appréciés

La majorité des répondants ont précisé qu'il n'y avait eu aucun aspect négatif au parrainage. Ce silence doit toutefois être interprété avec prudence, car les usagers d'un service sont généralement réticents à émettre des commentaires négatifs à son endroit. Ainsi, bien que peu de répondants aient mentionné des aspects moins satisfaisants du parrainage, ces propos doivent être considérés avec attention. Les quelques commentaires obtenus peuvent donc être classés de la façon suivante (en respectant toujours l'ordre décroissant de leur fréquence d'apparition) :

- LA FIN DU PARRAINAGE. Plusieurs participants auraient souhaité que le parrainage dure un peu plus longtemps. Certains participants ont donc mentionné que la fin était ce qu'ils avaient le moins aimé du parrainage.
- DEVOIR REPARLER DES PROBLÈMES. Au moins un participant a évoqué le fait que le parrainage l'avait fait se replonger dans la situation et les événements entourant sa tentative de suicide. Il a trouvé l'expérience difficile et aurait préféré ne pas faire de retour sur sa tentative, mais il s'était senti «obligé» de parler à l'intervenant.
- LA PRÉCOCITÉ DE L'APPEL. La rapidité d'intervention du parrainage a entraîné de l'insatisfaction chez au moins un participant, qui aurait souhaité avoir un peu plus de temps entre sa tentative de suicide et le début du service.
- L'ÉVALUATION DE L'URGENCE. Au moins un participant a déclaré qu'il n'a pas apprécié les questions précises que l'intervenant lui a posées à propos de la planification de sa tentative de suicide. Ces questions lui donnaient le sentiment de ne pas être pris au sérieux.

4.0 Pistes d'amélioration

Les participants ont été explicitement invités à proposer des pistes d'amélioration au parrainage. Leurs propos à ce sujet se regroupent en cinq thèmes :

- AUGMENTER LA DURÉE. Tel que mentionné plus tôt, plusieurs participants auraient souhaité que le parrainage dure plus longtemps. Certains auraient aimé qu'il comporte de un à six contacts supplémentaires, alors que d'autres auraient préféré que les appels de l'intervenant continuent jusqu'à ce que débute le suivi avec une autre ressource.

«Je crois que ça aurait pu être 3-4 fois encore. Parce qu'une fois ou deux c'est très court et là c'est fini. Je pense que j'aurais peut-être encore d'autre chose à éclaircir et à dire ou à comprendre.»

«J'essaie de travailler pour avoir quelqu'un. Ça aurait peut-être été jusqu'à temps que ce que j'essaie d'arranger commence.»

- INTERVENTION EN FACE À FACE. L'intervention au moyen de contacts téléphoniques s'est avérée plus difficile pour certains usagers, qui n'étaient pas tout à fait à l'aise avec cette modalité. Ceux-ci auraient donc préféré pouvoir profiter d'une rencontre face à face avec l'intervenant :

«À la sortie de l'hôpital, quelqu'un pourrait rappeler et dire : «Es-tu prêt à me rencontrer pour un café et on va parler pour voir ce qu'on peut faire.»

«Des fois, c'est difficile au téléphone. Peut-être qu'un face à face, ça aurait été plus facile.»

- RÉFÉRENCE À UN GROUPE D'ENTRAIDE. Des participants ont évoqué le désir de rencontrer des personnes se trouvant dans une situation semblable à la leur ou qui ont déjà surmonté une telle épreuve. À cet effet, ils auraient aimé être référés par l'intervenant à un groupe d'entraide pour les personnes ayant déjà fait une tentative de suicide :

«J'aurais peut-être pas détesté voir des personnes qui sont passées par où je suis passé.»

«Il devrait y avoir un organisme qui regroupe les personnes qui ont tenté de se suicider et qui s'en sont sorties.»

- AUGMENTER L'INTENSITÉ. En plus d'augmenter la durée du parrainage, certains usagers auraient souhaité recevoir davantage d'appels téléphoniques, et que ces appels soient plus rapprochés entre eux. Au moins un répondant a même suggéré que les participants soient appelés chaque jour.
- POUVOIR CONTACTER L'INTERVENANT DIRECTEMENT. Au moins un participant a mentionné qu'il ne se sentait pas à l'aise de devoir contacter l'intervenant en passant par la ligne d'intervention de Suicide Action Montréal (723-4000). Il aurait préféré pouvoir contacter l'intervenant directement, sans intermédiaire.

Certains répondants, très satisfaits, qualifient le parrainage de «service essentiel» ou d'«aide indispensable» et, à ce titre, recommandent de faire connaître davantage le service et de l'offrir à toutes les personnes qui ont fait une tentative de suicide ou qui sont en situation de crise suicidaire.

CHAPITRE 4

DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

Cette étude visait à déterminer des améliorations possibles au parrainage afin de mieux répondre aux besoins de la clientèle à haut risque, tout en tenant compte des ressources disponibles. Plus spécifiquement, l'évaluation visait à décrire l'écart entre le service planifié et celui réellement dispensé, documenter l'appréciation de la clientèle et les effets perçus de l'intervention, de même qu'identifier les facteurs ayant facilité ou entravé la mise en œuvre du service. Ce chapitre discute, d'abord, des principaux résultats obtenus. Il présente, ensuite, quelques recommandations et termine en précisant les limites de l'étude.

Offre de service

Les résultats indiquent que moins du quart des personnes pour lesquelles un retraçage¹ a été effectué à SAM au cours de la période à l'étude ont été jugées admissibles au parrainage. Le service ne serait donc accessible qu'à une minorité de personnes ayant nécessité l'envoi de secours au moment de leur appel au SIT. Cette situation est attribuable en grande partie au fait que les numéros de téléphone obtenus ne permettaient pas toujours d'entrer en contact avec les personnes retracées. Ils correspondaient parfois à des cabines téléphoniques, à des chambres d'hôtels ou à des numéros confidentiels qu'Urgences-santé n'a pas le droit de divulguer. À d'autres occasions, les numéros de téléphone révélaient que les appelants résidaient à l'extérieur de la région montréalaise à laquelle le parrainage était réservé. Enfin, avant l'assouplissement des critères, seules les personnes qui étaient en tentative au moment de leur appel sur la ligne d'intervention téléphonique (i.e. en urgence huit) étaient jugées admissibles, ce qui a contribué à éliminer d'office une proportion importante des personnes retracées et, par conséquent, des candidats potentiels au parrainage.

L'évaluation révèle, par ailleurs, que les intervenants n'ont pas ménagé leurs efforts afin de rejoindre les usagers admissibles, puisqu'en moyenne cinq essais étaient tentés avant d'abandonner. Cependant, le tiers des personnes rejointes n'ont pas eu le loisir d'accepter ou de refuser le service, car celui-ci ne leur a pas été proposé. En effet, le parrainage n'était pas systématiquement offert aux usagers potentiels, l'intervenant déterminant, lors du premier contact, s'il était approprié ou non de les rappeler. Pour l'assister dans sa décision, certaines balises avaient été fixées a priori, dont la présence d'un niveau de détresse élevé malgré un suivi par un professionnel ainsi que le cumul de facteurs de vulnérabilité inquiétants. Ces balises étaient toutefois assez vagues et laissaient beaucoup de place au jugement clinique et à l'interprétation.

¹ Procédure qui consiste à identifier le numéro de téléphone d'où provient l'appel de la personne en détresse afin de connaître l'endroit où elle se trouve et lui faire parvenir du secours

En plus d'induire des variations importantes selon les intervenants, l'absence de critères plus précis a rendu l'offre de service vulnérable aux conditions organisationnelles. Lors des périodes de surcharge, les intervenants pouvaient effectivement devenir plus sélectifs dans l'offre de service, car l'ajout d'un parrainage aurait compromis leur capacité à s'acquitter correctement de leurs nombreuses autres tâches. Il importe de préciser ici que le parrainage n'était pas le dossier prioritaire des intervenants qui y ont été affectés. Suicide Action Montréal n'ayant reçu aucun financement pour assurer le fonctionnement de ce nouveau service, il a dû puiser à même ses propres effectifs. Des intervenants qui avaient déjà de lourdes responsabilités se sont donc vu confier, en plus, le mandat d'offrir les parrainages. Ils avaient, cependant, pour consigne de se consacrer à cette tâche supplémentaire qu'une fois le soutien aux bénévoles du SIT, la lecture des rapports d'intervention et les relances de sécurité² accomplis.

Bien que le fait d'être plus sélectifs en période de surcharge ne constitue pas une mauvaise pratique en soi, puisqu'elle permet aux intervenants de concentrer leurs énergies sur des tâches prioritaires lorsque les ressources sont insuffisantes, elle peut priver des personnes vulnérables d'un service bénéfique. Afin d'assurer une certaine équité dans l'offre de parrainage, il nous apparaît essentiel que cette dernière ne soit pas tributaire des ressources disponibles, mais plutôt d'une évaluation clinique rigoureuse des besoins de la personne. Des critères plus formels d'inclusion ou d'exclusion au parrainage devraient donc être identifiés et utilisés, parmi lesquels pourrait figurer la qualité perçue du suivi actuel dans la communauté. Le fait d'être suivi par un professionnel ou un organisme n'implique pas nécessairement que l'ensemble des besoins de soutien d'une personne soient comblés. Il importe de s'en assurer d'une manière systématique en accordant une place à l'évaluation subjective du suivi reçu.

Rapidité d'intervention

Le parrainage visait à offrir du soutien aux personnes qui ont tenté de se suicider, peu de temps après leur congé de l'hôpital. Considérant le fait que le séjour à l'urgence excède rarement 48 heures, le premier contact devait être établi assez rapidement. Les résultats indiquent que les intervenants ont commencé à rappeler les usagers potentiels en moyenne 5,7 jours après l'appel au SIT, ce qui est plutôt rapide. Cet aspect semble crucial puisque la précocité de l'intervention influence la probabilité qu'une personne reçoive le parrainage. En effet, comparativement aux personnes qui ont été parrainées, celles qui n'ont reçu qu'un seul contact ont été rejointes en moyenne quatre jours plus tard. Ce délai est attribuable, à la fois, aux difficultés rencontrées par les intervenants lorsqu'ils ont tenté de rejoindre les usagers potentiels (comme leur absence au moment de l'appel, par exemple), mais également au fait que le premier essai de contact a été tenté plus tardivement. Bien que la première cause soit plutôt fortuite, la deuxième l'est beaucoup moins. Elle origine possiblement de la présence concomitante d'une surcharge de travail et de l'absence de directives précises quant au meilleur moment pour initier le premier contact du parrainage, la consigne étant de rappeler les personnes admissibles au service «le plus tôt possible». Ainsi, les usagers potentiels étaient probablement rappelés plus tard parce que les intervenants étaient débordés et, pour cette même raison, ils étaient moins susceptibles de leur

² Contact téléphonique initié par l'intervenant de SAM dans le cadre de situations inquiétantes, peu après l'appel logé par la personne suicidaire et avec l'autorisation d'un permanent.

offrir un parrainage. Bien entendu, le simple passage du temps a également pu faire en sorte d'améliorer l'état des usagers, atténuant ainsi leurs besoins de suivi.

Ces observations sont importantes, car la rapidité d'intervention du parrainage constitue l'une de ses plus grandes forces et détermine, en partie du moins, son efficacité. Les premiers jours suivant le congé de l'hôpital sont, en effet, critiques pour impliquer les personnes suicidaires dans un suivi (Monti et al., 2003) et propices aux récidives (Appleby et al., 1999). Il nous apparaît, par conséquent, important de limiter le plus possible les impacts négatifs de la surcharge de travail sur la rapidité d'intervention du parrainage. Il serait nécessaire, d'une part, de fixer un intervalle de temps optimal pour rappeler les personnes. Celui-ci devrait être inférieur à une semaine puisque ce sont les personnes contactées à l'intérieur de ce délai qui ont été les plus souvent parrainées. D'autre part, il serait souhaitable qu'un intervenant œuvrant à temps plein au sein de l'organisation soit désigné comme principal responsable de ce service. À ce titre, cet intervenant devrait veiller en priorité à ce que toutes les personnes admissibles au service soient contactées dans les délais convenus, à la différence de ses collègues qui ne peuvent se consacrer aux parrainages que lorsqu'ils se sont acquittés de leurs principaux mandats.

Taux de participation

Presque toutes les personnes à qui le parrainage a été proposé l'ont accepté, ce qui témoigne de la pertinence d'un tel service. Le taux de participation de 91% est de loin supérieur à celui obtenu pour un service similaire de parrainage téléphonique destiné aux proches de personnes à haut risque de suicide. En effet, au cours d'une période d'un an, soit entre les 10 avril 2003 et 2004, l'équipe du service aux proches de Suicide Action Montréal a offert à 66 proches d'hommes à haut risque de suicide de les parrainer par téléphone, ce à quoi 39 ont consenti, pour un taux de participation de 59%. Le fait qu'on s'adresse directement à la personne suicidaire, peu de temps après un épisode particulièrement difficile, contribue possiblement à expliquer le fort besoin ressenti à l'égard de ce type de service. Le taux de participation exceptionnellement élevé doit être considéré dans la planification du travail des intervenants.

Clientèle à haut risque

Au cours de ses 15 premiers mois d'activités, le parrainage a atteint son objectif de rejoindre des personnes à risque élevé de suicide. Le profil de la clientèle présente plusieurs similitudes avec celui des personnes qui s'enlèvent la vie : antécédents suicidaires, troubles mentaux, pertes importantes au cours des derniers mois, isolement (St-Laurent et Tennina, 2000; Beautrais, 2001). En outre, davantage d'hommes (n = 30; 61,2%) que de femmes (n = 19; 38,8%) ont bénéficié d'un parrainage. Il s'agit d'une belle réussite considérant le fait que les hommes commettent 80% des suicides au Québec et qu'ils sont particulièrement difficiles à rejoindre dans les services habituels. Une étude récente révèle, à cet égard, que les hommes qui rapportent avoir eu des idées suicidaires ou avoir tenté de se suicider au cours de la dernière année sont deux fois moins susceptibles d'utiliser les services de santé mentale que les femmes dans la même condition (Pirkis et al., 2001). Ils sont également moins nombreux à utiliser la ligne d'intervention téléphonique de Suicide Action Montréal (43% comparativement à 57%).

Deux facteurs peuvent expliquer la proportion plus élevée d'hommes parmi les usagers du parrainage. Tout d'abord, les intervenants reconnaissent avoir plus souvent offert le service aux hommes qu'aux femmes, même lorsque ceux-ci semblaient aller plutôt bien. Le risque beaucoup plus élevé de suicide chez la population masculine ainsi que la propension plus grande des hommes à dissimuler leur détresse ont motivé cette pratique. D'autre part, l'assouplissement des critères d'inclusion du parrainage permettant aux intervenants de l'offrir aux personnes dont l'urgence suicidaire était inférieure à sept a contribué à augmenter le nombre d'usagers masculins. Ce choix nous apparaît judicieux, car il a permis à des individus qui n'avaient pas encore commis de tentative, mais qui présentaient néanmoins un risque élevé de suicide, de bénéficier d'un soutien personnalisé ayant le potentiel de prévenir un éventuel passage à l'acte. Soulignons ici que plus de la moitié des personnes qui s'enlèvent la vie décèdent des suites de leur première tentative (St-Laurent et Tennina, 2000).

Considérant l'ensemble de ces éléments, il serait justifié de ne pas limiter le parrainage au suivi post-tentative, mais de le destiner plus largement aux personnes présentant un risque élevé de passage à l'acte. L'évaluation de ce risque ne devrait cependant pas se restreindre aux indices de planification, mais considérer également le cumul des facteurs de vulnérabilité, l'insuffisance des facteurs de protection ainsi que la détérioration de l'état psychologique et affectif de la personne.

Caractère proactif

L'appel inopiné de l'intervenant a presque toujours été accueilli favorablement par les personnes admissibles au service. Seulement cinq (6,7%) d'entre elles ont exprimé du mécontentement. Cette réaction négative s'est généralement estompée au cours de l'intervention, puisque la majorité des personnes contrariées ont accepté d'être contactées à nouveau, et ce à trois, quatre et même six reprises par la suite.

Le caractère proactif du service est la caractéristique qui a été la plus appréciée par les répondants à l'évaluation. L'aspect inattendu et inespéré de l'appel de l'intervenant a induit chez eux le sentiment qu'ils étaient importants, que quelqu'un se souciait d'eux et qu'ils n'étaient plus un simple numéro dans le système de santé et de services sociaux. Ce résultat remet en question l'attitude fort répandue dans le champ de l'intervention psychosociale qui consiste à accorder une importance primordiale à la responsabilisation des personnes en difficulté, de telle sorte que l'expression concrète et formelle d'une demande d'aide devient une condition *sine qua non* pour pouvoir bénéficier d'une intervention. La présente étude suggère plutôt qu'il peut être très profitable d'opter pour la politique de la main tendue et d'offrir des services à des personnes que l'on sait en besoin, mais qui n'ont pas expressément sollicité de l'aide. Cette stratégie permet, non seulement aux personnes en détresse de se prévaloir d'un service dont elles ignoraient l'existence, mais elle leur transmet également un important message : on ne vous a pas oublié et vous n'êtes plus seule désormais avec vos difficultés. Dans une perspective de prévention du suicide, le sentiment d'être «connecté» avec autrui est un puissant facteur de protection (Motto et Bostrom, 2001), dont on ne peut se permettre de faire l'économie. En outre, tendre à nouveau la main à des personnes qui avaient déjà fait une première démarche de demande d'aide en appelant sur la ligne d'intervention téléphonique les incitera probablement à renouveler ce comportement dans le

futur. À ce titre, le parrainage contribue à la promotion de la demande d'aide auprès des clientèles à risque élevé de suicide.

Durée et flexibilité du service

Tel que prévu, les parrainages sont de durée variable, la plupart comprenant deux ou trois contacts, mais certains en nécessitant jusqu'à huit ou dix. La fréquence des contacts varie énormément d'un parrainage à l'autre. Cette flexibilité permet aux intervenants de s'ajuster aux besoins des usagers et il serait, par conséquent, souhaitable de ne pas fixer de limite ferme au nombre de contacts, comme c'était le cas dans la phase de planification du service.

L'évaluation révèle néanmoins que la durée du parrainage est l'aspect qui a été le moins apprécié. Ce résultat n'est pas inquiétant en soi, puisqu'il suggère que les usagers auraient souhaité que le service dure plus longtemps et, par conséquent, qu'ils l'appréciaient et le jugeaient utile. Toutefois, la décision de mettre fin au service ayant été prise par l'intervenant dans la grande majorité des cas, il est possible que certains usagers n'en aient pas bien compris les motifs. Mettre un terme à une relation n'est pas chose aisée et on peut penser qu'il s'agit d'une étape encore plus difficile pour des personnes très isolées et fragilisées au plan psychologique. Il est probable qu'une certaine insatisfaction soit inévitable, en dépit du soin accordé par les intervenants à expliquer aux usagers les raisons motivant la fin du service et à susciter leur adhésion à cet égard.

Référence et concertation

Presque toutes les personnes parrainées étaient déjà suivies au moment du premier contact, principalement par un psychiatre ou par un médecin généraliste. Néanmoins, de nouvelles ressources ont été proposées à la moitié d'entre elles, particulièrement à celles qui ne bénéficiaient d'aucun suivi psychosocial. Près de la moitié de ces références se sont soldées par un contact entre l'utilisateur et la ressource et 20% se sont transformées en véritable suivi. Ces impacts positifs découlant directement de la participation au parrainage sont extrêmement encourageants. Ils surpassent les résultats obtenus par le service Accès-Direct qui s'adressait aux proches d'hommes suicidaires à haut risque et qui visait spécifiquement à faciliter la référence. Au total, seulement 19% des hommes dont les proches ont participé à ce service ont entrepris des démarches auprès de la ressource proposée (Mishara et Houle, 2003).

Les résultats de l'évaluation tendent également à supporter les conclusions de Potvin (2004) et Dulac (2003) selon lesquelles les personnes qui quittent l'urgence après une tentative de suicide obtiennent rarement un suivi psychosocial adéquat. Dans ce contexte, le parrainage téléphonique nous apparaît comme une ressource déterminante, venant pallier aux lacunes du système en favorisant l'accès aux services psychosociaux chez une clientèle très vulnérable. Le milieu médical éprouve, encore aujourd'hui, beaucoup de réticence à l'égard des ressources communautaires et psychosociales. Une étude récente a montré que, malgré la participation à un programme de formation en prévention du suicide qui leur était spécialement destiné et qui mettait à leur disposition une ressource psychosociale, les omnipraticiens ont préféré ne pas avoir recours à cette ressource et gérer seuls les cas rencontrés (Prévaille et al., 2004). Cette faible utilisation a été attribuée, notamment, à une perception défavorable des ressources communautaires de la part des médecins, de même qu'à une différence de culture entre les mondes médical et

communautaire quant à l'approche et au traitement à préconiser auprès des patients suicidaires. L'amélioration de la communication entre ces deux mondes semble incontournable, si l'on souhaite offrir aux personnes à risque un suivi optimal. Pour le moment, le parrainage contribue néanmoins à favoriser la collaboration entre les différentes ressources du milieu communautaire.

L'évaluation a effectivement révélé, qu'à quelques occasions, les intervenants de Suicide Action Montréal avaient initié un contact avec une autre ressource impliquée auprès de la personne parrainée. Il s'agit d'une démarche peu commune dans le domaine de l'intervention psychosociale, mais qui semble donner de bons résultats. Elle a favorisé l'obtention de soins plus rapides pour certains usagers et permis un partage d'informations contribuant à assurer une meilleure continuité de services. Malgré l'investissement de temps qu'ils exigent, les contacts entre les intervenants impliqués dans le suivi d'une personne à haut risque de suicide devraient être encouragés, puisqu'ils permettent de resserrer le filet de sécurité autour de la personne et d'assurer une plus grande cohérence dans les interventions.

Dans l'ensemble, les résultats de l'évaluation suggèrent que l'un des principaux objectifs du parrainage, celui de faciliter la référence et de diminuer les délais d'attente, est atteint dans une proportion satisfaisante de parrainages. Mentionnons également que dans les parrainages où aucune nouvelle ressource n'a été proposée, il n'est pas exclu que les intervenants aient favorisé une meilleure adhésion au suivi déjà en cours pour la personne ou incité les usagers à réactiver un contact avec une ancienne ressource.

Qualité de la relation

La relation de confiance, aussi appelée alliance thérapeutique, qui s'établit entre une personne en difficulté et son intervenant est la clef du succès d'une intervention. Depuis plusieurs années, des études montrent que cette alliance explique en grande partie l'efficacité des traitements et qu'elle a davantage d'importance que l'approche thérapeutique utilisée (Kanfer et Schefft, 1988). Dans le cadre du parrainage, les intervenants semblent avoir réussi à établir une relation de confiance avec les usagers, la majorité d'entre eux ayant souligné la qualité de la relation parmi les éléments qu'ils ont le plus apprécié. Les usagers ont eu le sentiment d'être compris, respectés, en confiance. Ainsi, malgré le fait que le parrainage se soit déroulé entièrement par téléphone, les résultats obtenus sont comparables à ceux rapportés dans l'évaluation du programme de suivi intensif dans la communauté qui impliquait des visites à domicile (Racine et al., 2003). Le téléphone ne semble donc pas être une barrière à l'établissement d'une relation de confiance entre la personne en détresse et l'intervenant. Il pourrait même s'avérer facilitant pour certaines personnes.

Les entrevues réalisées auprès des usagers ont également permis d'identifier un aspect particulier de la relation qui a rarement été documenté dans la littérature, mais qui pourrait avoir contribué au succès du parrainage : le sentiment de proximité ressenti à l'endroit de l'intervenant. Les répondants ont effectivement mentionné s'être sentis en confiance avec l'intervenant parce qu'ils «*parlaient le même langage*», qu'il y avait une «*bonne chimie*» entre eux et qu'ils avaient l'impression de «*parler à un ami*.» En ne se plaçant pas dans une position d'autorité professionnelle vis-à-vis les usagers ainsi qu'en donnant au parrainage une connotation informelle, les intervenants ont pu créer cette proximité tant appréciée des participants. Il s'agit

d'un aspect qui pourrait s'avérer particulièrement crucial pour les usagers qui sont isolés, sans confident ni source de soutien émotif.

Les personnes isolées présentent un risque beaucoup plus élevé de suicide que les personnes qui peuvent compter sur un réseau de soutien (Appleby et al., 1999; Allebeck et Allgulander, 1990). Des études de plus en plus nombreuses montrent que les amis et la famille procurent une forme de soutien qui contribue d'une manière unique et déterminante à la prévention des comportements suicidaires (Botnick et al., 2002; Houle, Mishara et Chagnon, 2005; Sokero et al., 2003). Ce soutien diffère à bien des égards de celui offert par les médecins et psychiatres qui assument généralement le suivi des personnes qui ont fait une tentative de suicide. Il est pourtant tout aussi essentiel. Alors que s'installe parfois avec le médecin une relation «expert-patient», celle qui se crée entre l'usager du parrainage et l'intervenant prend plutôt la forme d'une relation «adulte à adulte». Chez les personnes seules, cette relation semble pallier à l'absence de réseau social et offrir une aide complémentaire à celle des professionnels de la santé. Comme le soulignent van Heeringen et ses collaborateurs (1995), les personnes suicidaires définissent rarement l'origine de leurs difficultés comme étant de nature psychiatrique ou médicale. Elles attribuent plus souvent la cause de leur mal-être à la solitude ou à la perte d'un être cher, d'un emploi, d'un sens à sa vie. Ceci pourrait expliquer pourquoi ce sont les suivis offerts par des intervenants non médicaux qui sont actuellement les plus prometteurs (van Heeringen et al., 1995; Welu, 1977).

Profil des intervenants

Le choix de confier la réalisation des parrainages à des intervenants expérimentés, membres de l'équipe permanente de Suicide Action Montréal, s'est avéré judicieux. D'une part, l'expertise et le professionnalisme des intervenants ont été soulignés à maintes reprises parmi les aspects du service les plus appréciés des usagers. En outre, leur position stratégique de superviseurs du service d'intervention téléphonique leur permettait de s'apercevoir rapidement, par la lecture des rapports d'intervention, qu'une personne parrainée avait rappelé sur la ligne. Ils pouvaient alors rappeler cette personne afin de vérifier son état et lui offrir des contacts ou des ressources supplémentaires. L'établissement d'une communication directe et continue entre les membres du personnel qui lisent les rapports d'intervention et ceux qui effectuent les parrainages nous apparaît comme une des clefs du bon fonctionnement de ce service.

Efficacité perçue

Bien que l'absence d'un groupe témoin nous empêche de contrôler pour une amélioration spontanée attribuable au simple passage du temps, les résultats suggèrent que le parrainage a eu un impact positif pour la plupart des usagers. La majorité des répondants à l'évaluation rapportent que le parrainage les a «beaucoup aidés» à se sentir mieux et à penser moins souvent au suicide. Quelques-uns affirment même que le parrainage a prévenu des tentatives de suicide. Le service a également eu des impacts directs sur l'obtention de suivi psychosocial. D'ailleurs le tiers des répondants à l'évaluation estiment que le parrainage les a «beaucoup aidés» à obtenir de l'aide des ressources extérieures. Le parrainage a également permis à plusieurs participants de recadrer leurs perceptions erronées et de découvrir en eux des forces et des qualités dont ils avaient oublié l'existence.

Par contre, selon les intervenants, le parrainage n'aurait pas réussi à avoir un impact significatif chez cinq (10.2%) usagers, tous des hommes. L'efficacité du service aurait été amoindrie par leur faible adhésion aux recommandations des intervenants, qui s'est traduite de diverses manières : état d'ébriété à chacun des contacts, refus de collaborer et de se mettre en action, etc. En outre, parmi les usagers ayant accordé une entrevue dans le cadre de l'évaluation, deux (12,5%) ont estimé que le parrainage les avait «peu aidés» d'une manière générale et «pas du tout aidés» à penser moins souvent au suicide. Il s'agissait ici aussi de deux hommes.

Ces résultats, bien que préoccupants, sont congruents avec ceux d'études qui montrent que les hommes adhèrent moins bien à leur traitement que les femmes, c'est-à-dire qu'ils ne respectent pas les consignes du professionnel et qu'ils sont plus nombreux à abandonner prématurément leur traitement (Monras et Gual, 2000; Nosé, Barbui et Tansella, 2003; Pages et al., 1998). Les hommes sont également plus réticents à l'égard de l'aide psychologique, étant moins nombreux à consulter les ressources en santé mentale (Tremblay, 2003). Cette réticence masculine à l'égard du soutien psychologique pourrait s'expliquer, en partie du moins, par le rôle masculin traditionnel qui demande aux hommes de demeurer stoïques dans l'adversité et de résoudre leurs problèmes par eux-mêmes (Houle, 2005). Ces exigences conduiraient les hommes à nier la présence des symptômes et à inhiber la demande d'aide, qui est alors perçue comme un aveu de faiblesse et une menace à l'identité masculine (Dulac, 1997). L'intervention auprès des hommes présente donc des défis particuliers que Suicide Action Montréal semble avoir relevé avec succès pour plusieurs de ses clients, mais qui ont été impossibles à surmonter pour d'autres.

Le parrainage téléphonique constitue d'ailleurs une modalité de service qui respecte plusieurs des recommandations effectuées en matière d'intervention auprès des hommes (Rondeau et al., 2004). Il pratique la politique de la main tendue et offre, à domicile (bien qu'au téléphone), une aide confidentielle, flexible et accessible. Ces caractéristiques permettent de surmonter les premières résistances rencontrées chez les hommes qui doivent demander de l'aide, particulièrement pour des problèmes psychologiques (Dulac, 1999). Le parrainage privilégie également une approche adaptée aux réalités masculines qui, contrairement aux approches traditionnelles axées sur l'expression des émotions et des difficultés personnelles, est «orientée vers les solutions» (De Shazer, 1985, 1988). Elle insiste sur les exceptions positives dans l'expérience du problème et les utilise comme levier de changement pour aider la personne à résoudre ses difficultés plus aisément et plus rapidement. Elle met aussi l'accent sur les habiletés manifestées par le client à l'intérieur de sa situation problématique. En reléguant au second plan le travail sur les émotions et en se concentrant sur des actions concrètes à mettre en œuvre, l'approche orientée vers les solutions semble avoir été particulièrement utile dans les interventions auprès des hommes. Ainsi, plutôt que de se heurter à leurs résistances en entrant en contradiction avec les exigences de la masculinité, elle les aide à retrouver un sentiment de contrôle sur leur situation.

En somme, l'évaluation suggère qu'en dépit du fait qu'une minorité d'hommes ne semblent pas bénéficier du parrainage téléphonique, ce service novateur aurait des impacts positifs chez la plupart des usagers. En plus de pallier à d'importantes lacunes dans le système de soins, il intervient à un moment crucial de la trajectoire suicidaire et a le potentiel de prévenir les comportements suicidaires. Pour l'ensemble de ces raisons, le parrainage est considéré comme un service prometteur et, à ce titre, devrait être maintenu et consolidé.

Recommandations

Quelques recommandations se dégagent des résultats de cette évaluation :

1. Modifier les critères d'admissibilité au parrainage pour y inclure des personnes qui n'ont pas fait de tentative de suicide, mais dont l'état psychologique et affectif de même que les facteurs de vulnérabilité et de protection suggèrent une probabilité élevée de passer à l'acte à court terme.
2. Déterminer des critères plus précis afin de régir l'offre de parrainage et lui éviter d'être tributaire de considérations organisationnelles, telles que les surcharges momentanées de travail.
3. Augmenter le nombre d'intervenants habilités à faire des parrainages, celui-ci s'avérant insuffisant en période de pointe. Les intervenants choisis devront détenir une solide expérience dans le domaine et être en contact étroit avec les superviseurs de la ligne d'intervention téléphonique afin d'être avisés de tout appel effectué de la part d'un usager du parrainage.
4. Identifier un responsable du parrainage et lui confier le mandat de veiller, en priorité, à ce que toutes les personnes admissibles au service soient contactées dans un délai inférieur à une semaine.
5. Accorder une attention particulière à la fin du parrainage, en préparant l'usager et en lui expliquant les raisons qui motivent la cessation du service.

Limites de l'étude

Plusieurs facteurs limitent les conclusions de cette recherche. D'abord, les informations disponibles dans les dossiers des usagers n'ont pas été recueillies dans le cadre d'une collecte systématique de données, mais plutôt colligées par les intervenants après chacun de leurs contacts téléphoniques. Ceci a fait en sorte que plusieurs informations étaient manquantes et que d'autres reflétaient peut être davantage la perception de l'intervenant que la réalité vécue par l'usager. Il s'agit de menaces à la validité des résultats, qu'il importe de considérer lors de l'interprétation.

La taille restreinte de l'échantillon de répondants à l'entrevue téléphonique, ainsi que le fait qu'ils n'ont pas été choisis au hasard dans le bassin des usagers desservis au cours de la période à l'étude, mais plutôt recrutés suite à l'embauche d'une professionnelle de recherche, nous incite à la prudence dans la généralisation des résultats. Il en est de même de l'absence d'un groupe témoin qui ne nous permet pas de contrôler pour le passage du temps et rend toujours possible l'attribution des effets positifs à une amélioration spontanée plutôt qu'au service lui-même.

Enfin, l'évaluation ne permet pas de déterminer si les effets bénéfiques retirés par les usagers suite à un seul contact sont comparables à ceux obtenus après plusieurs échanges. Dans un contexte de rareté des ressources, cette analyse d'efficience aurait été utile, mais l'échantillon disponible était trop restreint pour permettre ce type de comparaisons.

CONCLUSION

Cette évaluation d'un service offert d'une manière proactive et rapide après une tentative de suicide ou épisode suicidaire sévère permet de mettre en relief un certain nombre d'avantages à opter pour la politique de la main tendue auprès des personnes à haut risque de suicide. Malgré son caractère inattendu, mais aussi à cause de lui, l'appel est très bien accueilli et induit des impacts positifs chez la clientèle. La personne en détresse ne se sent plus comme un simple numéro dans le système, une âme anonyme de plus dans le camp des désespérés. Elle se sent moins isolée, plus forte du seul fait de constater qu'on se souvient d'elle et de sa souffrance passée. Reléguer pour un bref instant les impératifs de responsabilisation de la personne, pour laisser parler notre humanité à travers un coup de fil imprévu et inespéré semble une stratégie gagnante auprès de ces individus en mal de vivre. Elle est synonyme d'espoir.

L'examen des interventions posées dans le cadre des parrainages nous amène également à poser un regard neuf sur la concertation et l'établissement d'un filet de sécurité auprès des personnes suicidaires. Initier un contact auprès des intervenants impliqués et des proches souvent épuisés peut faire une véritable différence. L'amélioration de la continuité des services passe probablement par ce chemin peu fréquenté, mais rempli de promesses.

La présente évaluation ne permet pas d'établir avec certitude l'impact du parrainage sur l'incidence des comportements suicidaires, mais rassemble suffisamment d'éléments pour suggérer qu'elle en a certes le potentiel. Elle allie à la fois, proactivité, précocité, flexibilité, alliance thérapeutique et concertation. Elle suscite des commentaires élogieux de la part des usagers qui y attribuent des effets bénéfiques aussi variés que de leur avoir donné le sentiment d'être importants, de les avoir aidés à passer à travers leur crise, à briser leur isolement, à voir leurs problèmes moins gros et à découvrir des forces en eux qu'ils ne soupçonnaient pas. La pertinence du parrainage est d'autant plus grande qu'il vient combler, à la mesure de ses moyens, un gouffre béant dans le système de soins actuels, qui mise surtout sur le suivi médical et psychiatrique en omettant souvent la dimension psychosociale.

APPENDICE A

GRILLE D'ÉVALUATION DE L'URGENCE SUICIDAIRE

GRILLE D'ÉVALUATION DE L'URGENCE SUICIDAIRE

L'urgence suicidaire est une mesure du danger que la personne pose un geste suicidaire à court terme

Pour que la personne accepte de nous confier son intention, il faut créer un contexte de confiance (p.10)

- ↳ L'évaluation de l'urgence sert dès le départ à orienter le type d'intervention à privilégier
- ↳ Cette mesure est ponctuelle et peut varier rapidement, même au cours d'un seul appel
- ↳ Les conséquences d'une évaluation incomplète ou inexacte peuvent être néfastes, d'où l'importance de bien **cerner la planification** à l'aide des éléments suivants :

Fréquence *À quelle fréquence penses-tu au suicide ?*
Comment *De quelle façon t'enlèverais-tu la vie ?*
Où *À quel endroit as-tu l'intention de te suicider ?*
Quand *À quel moment as-tu planifié passer à l'acte ?*
Accessibilité du moyen *Le moyen est-il près de toi / Peux-tu te le procurer facilement ?*

Idéations suicidaires				Planification d'une tentative				
N/A	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucune idée suicidaire dans le présent	Idées suicidaires flashes (une fois)	Idées suicidaires à l'occasion (quelques fois)	Idées suicidaires souvent (tous les jours)	Planification amorcée mais non-complète	Passage à l'acte au-delà de 48 heures	Passage à l'acte dans les 48 heures	Passage à l'acte après l'appel	Passage à l'acte en cours (effectué)
	Pas de plan Ne sait pas comment / où / quand			Plan partiel Il manque au moins 1 des éléments	Plan complet Sait comment / où / quand			

En plus de considérer l'urgence, il importe que l'on tienne compte de la présence d'autres éléments de danger : tentatives antérieures, menaces envers autrui, sentiment de contrôle, dépression, toxicomanie, pertes récentes...

APPENDICE B

FICHE COMPLÉTÉE PAR LES INTERVENANTS

Suicidaire Autre

SAM – Parrainage avec personne à haut risque

D	L	M	M	J	V	S
_____ / _____ / 20 _____						
Jour		Mois		Année		
_____ h _____ min						
AM <input type="checkbox"/>		PM <input type="checkbox"/>		Durée		

Nom _____

Contact # _____

Téléphone (_____) _____

Homme Femme

Résidence _____

Âge _____

Code Postal _ _ _ Mtl R-Sud Laval Autre

Français Anglais

Éléments de danger

Estimer la dangerosité

Éléments de protection

Fréquence _____ **Urgence**

Raisons de vivre (relations, projets, croyances) _____

Comment _____

Où _____

Quand _____

Moyen accessible Non Oui

Réseau social (conjoint, famille, amis, collègues, personnes significatives)

Tentatives antérieures Non Oui

2 derniers mois Avant

Moyens _____

Menaces pour autrui Non Oui

Habite avec quelqu'un Oui Non

Sentiment de contrôle 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
Très peu <----- Contrôle -----> Beaucoup

Enfant(s) à charge Oui Non

Dépression (symptômes) Non Oui

Suivi actuel Qui ? Où ? _____

Toxicomanie Au moment de l'appel | En général

Médication Oui Non

Abus de médicaments

Respect de la posologie Oui Non

Alcool Drogues

Pertes récentes Rupture amoureuse Deuil par suicide Dettes

Occupation (travail, études, loisirs, aspect financier) _____

Agressivité Anxiété Automutilation Délires / Hallucinations

Consentement à communiquer des informations

Conclusion

Ententes prises

Référence MARCO Acceptée Refusée Non-offerte

Référence autre ressource Acceptée Refusée Non-offerte

Proches Déjà mobilisés Non mobilisés

Prochain contact Accepté Refusé Non-offert

Date : _____ Heure : _____ Ok message : oui non

Entente prochain appel : _____

Utilité de cet appel ?

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Description du problème / Déclencheur

Ce qui n'a pas fonctionné

Changements souhaités / Objectifs

Bons coups / Compétences

Actions prévues / Solutions à essayer

Moments où ça va mieux/moins pire

APPENDICE C

ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE AUPRÈS DES PARTICIPANTS AU PARRAINAGE

#

ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE

Date du dernier parrainage : _____

Autorisation de laisser un message : O N

Date du 1er appel : _____ Rejoint Message

Date du 2e appel : _____ Rejoint Message

Date du 3e appel : _____ Rejoint Message

Date du 4e appel : _____ Rejoint Message

Date du 5e appel : _____ Rejoint Message

Bonjour monsieur ou madame _____,

Je m'appelle Christiane Poulin et je suis assistante de recherche à la Direction de santé publique de Montréal. Je vous appelle au sujet du soutien téléphonique que vous avez reçu de Suicide Action Montréal au cours du mois de _____. Est-ce que c'est un bon moment pour vous parler? (dépendamment de la réponse)

Lors de votre dernier contact avec vous aviez donné votre accord pour participer à l'évaluation de ce service. Alors j'aimerais savoir si vous accepteriez de réaliser avec moi une entrevue téléphonique d'environ 10 minutes portant sur votre appréciation du service que vous avez reçu. Cette entrevue sera enregistrée afin de faciliter la codification ultérieure des données, mais les informations que vous me confierez seront traitées de manière anonyme et les résultats de la recherche seront présentés de telle sorte qu'il sera impossible de discerner vos propos de ceux des autres participants. Vous n'êtes pas obligé de participer à cette évaluation et vous pouvez interrompre votre participation en tout temps sans aucun préjudice. Je tiens à préciser que le but principal de cette entrevue d'évaluation est de connaître les améliorations qui pourraient être apportées au service de soutien téléphonique afin de mieux répondre aux besoins des participants. Les commentaires positifs ou négatifs que vous pourrez faire ne seront pas retenus personnellement contre....., mais serviront plutôt à améliorer le service de soutien téléphonique.

Est-ce que vous consentez à participer à cette entrevue téléphonique?

Accepte de participer Refuse de participer

1. J'aimerais tout d'abord connaître votre appréciation globale du service de soutien téléphonique que vous avez reçu de la part de

a) Diriez-vous que vous êtes :

- Très satisfait Assez satisfait
 Peu satisfait Pas du tout satisfait

b) Pourquoi?

2. Est-ce que le soutien téléphonique de vous a aidé?

a) En quoi cela vous a-t-il aidé? (ou pourquoi cela ne vous a pas aidé?)

b) Diriez-vous que cela vous a :

- Beaucoup aidé Assez aidé
 Un peu aidé Pas du tout aidé

3. Qu'est-ce que vous avez le plus aimé de cette intervention?

Pourquoi?

4. Qu'est-ce que vous avez le moins aimé de cette intervention?

Pourquoi?

5. Avez-vous apprécié de recevoir un appel d'un intervenant de Suicide Action Montréal sans vous y attendre?

Pourquoi?

6. Est-ce qu'on aurait pu faire quelque chose de plus ou de différent pour vous aider davantage?

Quoi?

J'aurais maintenant quelques questions à choix de réponses, toujours concernant le soutien téléphonique que vous avez reçu de la part de

7. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la fréquence des appels téléphoniques, c'est-à-dire de l'intervalle entre les appels, diriez-vous que vous êtes :

- Très satisfait Assez satisfait
 Peu satisfait Pas du tout satisfait

8. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la durée du service, c'est-à-dire du nombre total d'appels que vous avez reçus, diriez-vous que vous êtes :
- Très satisfait Assez satisfait
 Peu satisfait Pas du tout satisfait
9. Dans quelle mesure l'intervention téléphonique de vous a-t-elle aidé à obtenir de l'aide des ressources extérieures, diriez-vous qu'elle vous a :
- Beaucoup aidé Assez aidé
 Peu aidé Pas du tout aidé
10. Dans quelle mesure l'intervention téléphonique de..... vous a-t-elle aidé à vous sentir mieux, diriez-vous qu'elle vous a :
- Beaucoup aidé Assez aidé
 Peu aidé Pas du tout aidé
11. Dans quelle mesure l'intervention téléphonique de vous a-t-elle aidé à penser moins souvent au suicide, diriez-vous qu'elle vous a :
- Beaucoup aidé Assez aidé
 Peu aidé Pas du tout aidé
12. En terminant, auriez-vous d'autres commentaires à formuler au sujet de cette forme d'intervention téléphonique de Suicide Action Montréal?
13. Depuis votre dernier appel avec..... avez-vous pensé à nouveau au suicide?

Niveau d'urgence : 1 2 3 4 5 6 7 8

Je vous remercie de votre participation à cette évaluation et je vous invite à communiquer à nouveau avec Suicide Action Montréal au 723-4000 si vous avez des pensées suicidaires.

RÉFÉRENCES

- Allard, R., Marshall, M., et Plante, M.-C. (1992). Intensive follow-up does not decrease the risk of repeat suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22, 303-314.
- Allebeck, P., et Allgulander, C. (1990). Suicide among young men: psychiatric illness, deviant behavior and substance abuse. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, 565-570.
- Appleby, L., Shaw, J., Amos, T., et al. (1999). Suicide within 12 months of contact with mental health services : national clinical survey. *British Medical Journal*, 318, 1235-1239.
- Beautrais, A. L. (2001). Suicides and serious suicide attempts: two populations or one? *Psychological Medicine*, 31(5), 837-845.
- Botnick, M. R., Heath, K.V., Cornelisse, P.G., Strathdee, S.A., Martindale, S.L., et Hogg, R. S. (2002). Correlates of suicide attempts in an open cohort of young men who have sex with men. *Canadian Journal of Public Health*, 93(1), 59-62.
- Boyer, R., Saint-Laurent, D., Prévaille, M., Légaré, G., Massé, R., & Poulin, C. (2000). Idées suicidaires et parasuicides. Dans *Enquête sociale et de santé 1998* (pp. 355-366). Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Bronisch, T., et Hecht, H. (1990). Prospective long-term follow-up of depressed patients with and without suicide attempts. In G. Ferrari, M. Bellini, P. Crepet (Eds). *Suicidal behavior and risk factors*. Bologna: Monduzzi.
- Brown, G. K., Beck, A. T., Steer, R. A., et Grisham, J. R. (2000). Risk factor for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 371-377.
- Cedereke, M., et Öjehagen, A. (2002). Patients' needs during the year after a suicide attempt. A secondary analysis of a randomised controlled intervention study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 357-363.
- Chowdury, N., Hicks, R. C., et Kreitman, N. (1973). Evaluation of an after-care service for parasuicide (attempted suicide) patients. *Social Psychiatry*, 8, 67-81.
- Clarke, A. R. et al. (2004). Factors associated with treatment compliance in young people following an emergency department presentation for deliberate self-harm. *Archives of Suicide Research*, 8, 147-152.
- Cotgrove, A. J., Zirinsky, L., Black, D., et Weston, D. (1995). Secondary prevention of attempted suicide in adolescence. *Journal of Adolescence*, 18, 569-577.
- Cremniter, D., et al. (2001). Predictors of short-term deterioration and compliance in psychiatric emergency patients: a prospective study of 457 patients referred to the emergency room of a general hospital. *Psychiatry Research*, 104, 49-59.
- Desai, R. A., Dausey, D. J. et Rosenheck, R. A. (2005). Mental service delivery and suicide risk: The role of individual patient and facility factors. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 311-318.
- DeShazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: Norton.

- De Shazer, S. (1988). *Clues to investigating solution in brief therapy*. New York : Norton.
- Dulac, G. (1997). *Les demandes d'aide des hommes*. Montréal : AIDRAH.
- Dulac, G. (1999). *Intervenir auprès des clientèles masculines : Théories et pratiques québécoises*. Montréal : AIDRAH.
- Dulac, G. (2003). *Les trajectoires de demande d'aide des hommes à risque de suicide présentant des problèmes de toxicomanie et/ou de santé mentale dans le processus suicidaire*. Montréal : Centre d'études appliquées sur la famille.
- Evans, M. O., Morgan, H. G., Hayward, A., et Gunnell, D. J. (1999). Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients : effects on repetition. *British Journal of Psychiatry*, 175, 23-27.
- Guthrie, E., Kapur, M., et al. (2001). Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *British Medical Journal*, 323(7305), 135-8.
- Harris, E. C., et Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 170, 205-228.
- Hawton, K. et al. (1998). Deliberate self-harm : systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *British Medical Journal*, 317, 441-447.
- Hawton, K., Bancroft, J., Catalan, K., Kingston, B., Stedeford, A., et Welch, N. (1981). Domiciliary and out-patient treatment of self-poisoning patients by medical and non-medical staff. *Psychological Medicine*, 11, 169-177.
- Houle, J. (2005). *La demande d'aide, le soutien social et le rôle masculin chez des hommes qui ont fait une tentative de suicide*. Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal.
- Houle, J., Mishara, B. et Chagnon, F. (2005). Le soutien social peut-il protéger les hommes de la tentative de suicide ? *Santé mentale au Québec*, XXX(2), 9-36.
- Institut de la statistique du Québec (2004). *Décès et taux de mortalité selon la cause, le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2002*. Site internet consulté le 21 septembre 2005 : www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_decés/index.htm
- Isometsa, E. T., et Lonnqvist, J. K. (1998). Suicide attempts before completed suicide. *British Journal of Psychiatry*, 173, 531-535.
- Kanfer, F. H., et Schefft, B. K. (1988). *Guiding the process of therapeutic change*. Champaign, Illinois, Research Press.
- L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu : méthode GPS et concept de soi*. Sillery : Presses de l'Université du Québec.
- Ministère de la santé et des services sociaux (1998). *Stratégie québécoise d'action face au suicide, S'entraider pour la vie*. Gouvernement du Québec.
- Monras, M., et Gual, A. (2000). Attrition in group therapy with alcoholics : a survival analysis. *Drug and Alcohol Review*, 19, 55-63.
- Monti, K., Cedereke, M. et Öjehagen, A. (2003). Treatment attendance and suicidal behaviour 1 month and 3 months after a suicide attempt: A comparison between two samples. *Archives of Suicide Research*, 7, 167-174.
- Morgan, H. G., Jones, E. B., et Owen, J. H. (1993). Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm. The green card study. *British Journal of Psychiatry*, 162, 111-112.

- Motto, J. A. et Bostrom, A. G. (2001). A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatric Services, 52*(6), 828-833.
- Nosé, M., Barbui, C., et Tansella, M. (2003). How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes ? A systematic review. *Psychological Medicine, 33*, 1149-1160.
- Owens, D., Horrocks, J., et House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. *British Journal of Psychiatry, 181*, 193-199.
- Pages, K. P. et al. (1998). Predictors and outcome of discharge against medical advice from the psychiatric units of a general hospital. *Psychiatric Services, 49*(9), 1187-1192.
- Pirkis, J. E., Burgess, P. M., Meadows, G. N., et Dunt D. R. (2001). Suicidal ideation and suicide attempts as predictors of mental health service use. *Medical Journal of Australia, 175*(10), 542-545.
- Potvin, N. (2004). *Évaluation de l'implantation de la stratégie québécoise d'action face au suicide*. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec.
- Préville, M. et al. (2004). *Rapport d'évaluation du programme PPS-MD : Programme de prévention du suicide s'adressant aux omnipraticiens*. Longueuil : ADRLSSSS de la Montérégie.
- Racine, P., Cardinal, L., et Gagnon, C. (2003). *Expérimentation d'un service de suivi communautaire intensif auprès des personnes ayant fait une tentative de suicide et se présentant dans une salle d'urgence. Évaluation de l'implantation*. Direction de santé publique de Québec.
- Rondeau, G. et al. (2004). *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins. Rapport du comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes*. Québec : MSSS.
- Sokero, T. P., Melartin, T. K., Rytsala, H. J., Leskela, U. S., Lestela-mielonen, P.S. Isometsa, E. T. (2003). Suicidal ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 64*(9), 1094-1100.
- St-Laurent, D., et Bouchard, C. (2004). *L'épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente ?* Institut national de santé publique du Québec.
- Suokas, J., et al. (2001). Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide – findings of a 14-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 104*, 117-121.
- Tremblay, G. (2003). *Portrait des besoins des hommes québécois en matière de santé et de services sociaux*. Québec : MSSS.
- Van der Sande, R. et al. (1997). Intensive in-patient and community intervention versus routine care after attempted suicide: a randomised controlled intervention. *British Journal of Psychiatry, 171*, 35-41.
- Van Heeringen, C., Jannes, S., Buylaert, W., et al. (1995). The management of compliance with referral to out-patient aftercare among attempted suicide patients: a controlled intervention study. *Psychological Medicine, 25*, 963-970.
- Welu, T. C. (1977). Follow-up program for suicide attempters: evaluation of effectiveness. *Suicide and Life Threatening Behavior, 7*, 17-30.

BON DE COMMANDE

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal

Québec



Santé publique

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION	PRIX UNITAIRE (tous frais inclus)	TOTAL
	Parrainage téléphonique de la clientèle à haut risque de Suicide Action Montréal. Évaluation d'implantation	7 \$	
	NUMÉRO D'ISBN OU D'ISSN 2-89494-479-9		

Nom _____

Organisme _____

Adresse _____
No Rue App.

Ville Code postal

Téléphone _____ Télécopieur _____

**Les commandes sont payables à l'avance par chèque ou mandat-poste à l'ordre de la
Direction de santé publique de Montréal**

Veillez retourner votre bon de commande à :

Centre de documentation
Direction de santé publique de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec)
H2L 1M3

Pour information : (514) 528-2400, poste 3646.

LA PRÉVENTION
EN ACTIONS

Garder notre
monde en santé

Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : (514) 528-2400
www.santepub-mtl.qc.ca