
CHRONIQUE

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

Introduction

La mise en œuvre de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* par le ministère de la Santé et des Services sociaux en 1998 (MSSS, 1998) marque une étape significative du développement de la prévention du suicide au Québec. Élaborée par un groupe d'experts québécois, puis soumise à une vaste consultation, cette *Stratégie* a fait l'objet d'un large consensus. Avant 1998, quelques mesures d'intervention étaient prévues dans la *Politique de santé mentale* (MSSS, 1989) et dans la *Politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992). C'est cependant la première fois, en 1998, qu'une approche globale du problème, composée d'actions à tous les niveaux, est instaurée au plan national. Certains éléments de cette *Stratégie* sont par ailleurs repris dans les objectifs des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* (MSSS, 1997).

Cadre général de la *Stratégie*

La *Stratégie* vise le développement de ressources adaptées aux besoins des personnes suicidaires et engage tous les partenaires concernés par la prévention du suicide, afin de freiner la croissance des comportements suicidaires. Fondée sur des principes de solidarité et de responsabilité collective, la *Stratégie* met l'accent sur l'expertise et les ressources existantes pour développer les compétences de chacun. Dans ce but, la *Stratégie* propose sept objectifs particuliers et un vaste éventail d'actions et de moyens, un échéancier de quatre ans, et ce, sans établir un ordre de priorité. Ces objectifs couvrent tous les niveaux d'action requis, à savoir la promotion, la prévention, l'intervention, la postvention, la formation et la recherche. Certains objectifs sont très précis et présentent des mesures spécifiques, d'autres laissent davantage place à l'interprétation. Au près des groupes à risque, la *Stratégie* encourage des projets-pilotes de prévention et d'intervention visant des interventions efficaces.

Au plan des responsabilités, la *Stratégie* insiste sur la nécessité d'un leadership distinct tant au niveau local, régional que provincial. La *Stratégie* suggère aussi une définition claire des rôles dans le cadre d'un partenariat à large échelle qui favorise l'implication des ressources existantes et le respect des spécificités locales et régionales. Seul le financement des projets-pilotes est directement associé à la *Stratégie*, la mise en œuvre étant sous la responsabilité des régions.

Implantation de la *Stratégie*

En janvier 2002, après quatre ans d'existence de ce programme, le ministère a jugé opportun de procéder à l'évaluation de l'implantation de la *Stratégie*. Pour ce faire, environ 60 entrevues de groupe ont été réalisées auprès de différents partenaires issus du secteur public, communautaire, professionnel et scientifique, l'objectif étant de déterminer dans quelle mesure la *Stratégie* a été réalisée, telle que prévue initialement, et quelles ont été les modifications survenues en cours de route. La finalité de cette démarche était de prévoir les adaptations requises à la *Stratégie*, afin de procéder à son amélioration, tant concernant ses moyens d'action que son implantation. Le rapport détaillé de l'évaluation sera disponible à l'automne 2003.

Les constats généraux

La grande majorité des interlocuteurs rencontrés expriment leur adhésion à la *Stratégie* et leur appui à ses orientations générales. Ils mentionnent également leur conviction quant à l'importance d'une action nationale et souhaitent même une intensification des efforts et des mesures énergiques et durables à la mesure de la gravité du problème. Si tous adhèrent à la *Stratégie*, ils n'en ont pas forcément la même compréhension, qu'il s'agisse de sa finalité (que voulons-nous exactement prévenir?), de la nature des pratiques efficaces ou des niveaux d'action à investir en priorité. Les interlocuteurs déplorent généralement l'absence de priorités clairement établies et le manque de précision de certains aspects, notamment les objectifs peu spécifiés de la *Stratégie*, les actions mal définies et les programmes à mieux camper. Plusieurs regrettent également l'absence d'un plan d'action pour baliser l'implantation. Ces lacunes, associées à un échéancier limité, ont créé l'impression que toutes les actions proposées étaient d'égale importance et qu'il fallait tout faire, tout de suite. Par conséquent, l'intensité et la portée des actions ont pu être délaissées au profit de la diversité des objectifs et des mesures. Ces limites dans la planification ont également contribué à créer des difficultés d'arrimage entre les actions initiées au plan provincial et les priorités des régions.

Cette adhésion à la *Stratégie* se manifeste également par des attentes précises quant au soutien et au transfert de l'expertise, laquelle, bien qu'importante au Québec, n'est évidemment pas également disponible sur tout le territoire. Il faut toutefois souligner l'engagement des Centres de prévention du suicide (CPS), actifs depuis près de 25 ans. L'expertise qu'ils détiennent a été largement mise à profit pour ce qui est de l'intervention de crise, de la formation et de la postvention. Dans plusieurs régions, la sensibilisation et la mobilisation effectuées par les CPS auprès de plusieurs partenaires sont à l'origine de projets d'action concertée ou de services. Toutefois, cela ne comble pas les besoins importants de soutien exprimés par les interlocuteurs, tant en ce qui concerne les orientations de services à clarifier que la diffusion de pratiques efficaces ou le soutien global à l'implantation de la *Stratégie* ou des plans d'action régionaux. Bref, on souhaite un leadership actif fondé sur l'expertise et axé sur la mobilisation.

Les résultats liés à l'implantation

La *Stratégie* a été implantée sur tout le territoire québécois par les Régies régionales et leurs partenaires, avec des inégalités d'ampleur ou d'intensité, à l'exception des régions nordiques où la situation est très spécifique, notamment en raison de la réalité propre aux communautés autochtones. La majorité des régions a élaboré un plan d'action ou une stratégie régionale, plusieurs parmi celles-ci ont mis en place un comité régional composé des principaux acteurs de leur territoire. Il en résulte un réel effort de mobilisation et de concertation qui ne suffit toutefois pas à dissoudre les frontières parfois étanches entre les réseaux. Les nombreux acteurs concernés ne sont pas tous aussi présents, ni dans les lieux de concertation ni dans la livraison des services, et ce, autant dans le réseau de la santé et des services sociaux que dans l'intersectoriel (éducation, sécurité publique, etc.). Il semble particulièrement difficile d'arrimer le milieu hospitalier avec les autres réseaux de service, spécialement les urgences et les médecins. De nombreux partenaires potentiels et nécessaires, dont certains regroupements provinciaux, sont peu ou pas impliqués (p. ex., ordres professionnels, syndicats, milieux de travail, établissements d'enseignement supérieur). De plus, il importe de noter que la majorité des actions implantées depuis 1998 se rapportent aux trois premiers objectifs de la *Stratégie*, à savoir la gamme de services, l'amélioration des compétences et l'intervention auprès des groupes à risque. L'essentiel des efforts a porté sur l'intervention de crise, y compris la formation des intervenants.

L'atteinte des objectifs

Des progrès significatifs ont été accomplis, mais aucun des objectifs de la *Stratégie* n'a été totalement atteint. Ce résultat était prévisible et il est attribuable à l'ampleur même des objectifs, aux délais trop courts, à

l'insuffisance des ressources affectées à la mise en œuvre et aux lacunes constatées dans la planification globale du processus d'implantation. Les progrès les plus marqués se situent dans le domaine de l'intervention de crise téléphonique et de la formation à l'intervention de crise, incluant des progrès intéressants sur le plan de la formation médicale. Il faut aussi souligner les efforts soutenus pour mieux rejoindre la clientèle masculine et pour mieux intervenir auprès des hommes. Ces objectifs ont été investis dans la majorité des régions et les services de crise se sont nettement améliorés au plan de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité. Retenons aussi l'envergure des travaux réalisés pour l'aide aux jeunes en difficulté par les Centres jeunesse et la pédopsychiatrie. Par contre, la prévention auprès des jeunes, le contrôle de l'accès aux moyens et les actions visant à contrer la banalisation du suicide sont des objectifs dont la mise en œuvre est plus morcelée, plus instable et moins uniforme dans les différentes parties du territoire québécois.

En ce qui concerne l'intervention de crise, le Québec dispose d'un réseau assez étendu et de ressources humaines qualifiées. S'il faut continuer à consolider ce réseau, et surtout à assurer son arrimage avec les autres services de la gamme, le Québec peut déjà compter sur une expertise importante dont le réseau communautaire des CPS est le principal détenteur. Par contre, il reste beaucoup à faire sur le plan de la prise en charge, du suivi et du traitement, incluant l'intervention d'urgence et l'hébergement. Il s'agit d'une lacune majeure, puisque ce niveau de service est fondamental pour les clientèles les plus à risque. On constate également que l'accessibilité, la pertinence et la continuité de ces services font défaut de façon marquée, malgré les efforts de concertation consentis. Les urgences des centres hospitaliers semblent être le milieu où les difficultés sont les plus marquées, sur le plan de l'intervention et sur le plan de l'arrimage. Compte tenu du fait qu'un grand nombre de personnes ayant fait une tentative de suicide se rendent à l'urgence, cette situation est fort préoccupante. En général, les pratiques d'évaluation et d'intervention ne sont pas standardisées, l'approche multidisciplinaire n'est pas un acquis, il n'existe pas de normes de qualité, bref, les « règles de l'art » ne sont pas les mêmes pour tous.

En ce qui a trait au groupe à risque, la *Stratégie* a surtout encouragé les projets portant sur la clientèle masculine et a peu misé sur des projets visant les personnes ayant fait des tentatives de suicide ou celles qui présentent des troubles mentaux.

Pour ce qui est de la prévention, on dénombre de plus en plus de programmes globaux de prévention en santé mentale, centrés sur le développement de compétences personnelles et sociales. Toutefois, plusieurs interlocuteurs s'interrogeaient sur la pertinence et l'efficacité de stratégies de prévention spécifiques au suicide chez les jeunes. Cela a eu pour effet de freiner le développement de programmes ou de projets.

Quant au contrôle des moyens, quelques projets régionaux bien structurés ont été effectués, mais aucune action n'a été implantée au niveau provincial. De plus, la question de la banalisation et de la tolérance sociale du suicide soulevait beaucoup d'inquiétudes : les interlocuteurs ont, quasi unanimement, exprimé l'impression qu'il s'est installé une certaine acceptation sociale de la réalité du suicide, reflétée entre autres par une couverture médiatique quelquefois inappropriée et par l'absence de messages promotionnels pour contrer le phénomène, à l'exception de la semaine annuelle de prévention du suicide. Les interlocuteurs réclamaient donc avec insistance une prise de position sociale, active et visible pour contrer cette tolérance perçue. Par contre, un sondage récent laisse plutôt entrevoir, dans la population, un certain fatalisme et des sentiments d'impuissance qui pourraient être attribués aux fausses croyances sur l'absence de moyens efficaces pour prévenir le suicide.

Enjeux entourant la *Stratégie*

Au seuil d'une deuxième phase d'implantation, et de bonification, de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide*, le comité d'évaluation détient une connaissance concrète des acquis et des faiblesses de la prévention du suicide au Québec. Ainsi, il recommande d'optimiser les impacts et l'efficacité des mesures déployées, de limiter l'éparpillement dans la poursuite d'objectifs trop nombreux et de planifier rigoureusement l'encadrement et l'articulation des actions futures, et ce, tant au plan provincial qu'au plan régional. En fait, le comité rappelle qu'il est plus que souhaitable d'établir des priorités, sur la base de l'expertise et des connaissances actuelles du terrain. Bref, trois enjeux sont primordiaux pour cette prochaine étape : les orientations et les pratiques, l'organisation des services et les conditions structurantes.

Les orientations et les pratiques

En premier lieu, afin d'assurer l'implantation de meilleures pratiques partout sur le territoire, il faudra clarifier les orientations, définir des standards de qualité et harmoniser les outils. Les activités d'amélioration des compétences sont bien enclenchées : il faut poursuivre, développer de nouveaux programmes de formation en fonction des priorités actuelles et intensifier le soutien clinique. En prévention, la clarification des orientations entourant les stratégies spécifiques à la prévention du suicide auprès des jeunes est une condition de développement, tout spécialement en milieu scolaire. À moyen terme, il deviendra nécessaire de clarifier les enjeux relatifs à la tolérance sociale afin de mieux cibler les activités de promotion. Pour le moment, un positionnement politique sur la gravité du problème, sur notre volonté collective de le contrer et sur notre capacité à le faire sont des conditions à réunir.

L'organisation des services

En deuxième lieu, il est urgent d'améliorer l'organisation des services afin que la complémentarité et la continuité entre les différents niveaux de services et entre les ressources progressent. L'organisation des services constitue actuellement un déterminant majeur pour réduire les taux de suicide : les services de prise en charge et de suivi doivent être améliorés rapidement et des efforts supplémentaires doivent être investis pour rejoindre les clientèles à risque, trop peu ciblées jusqu'ici, c'est-à-dire les personnes ayant fait des tentatives de suicide, les personnes ayant des problèmes d'abus et de dépendance, les personnes qui présentent des troubles affectifs et des troubles de la personnalité.

Les conditions structurantes

En troisième lieu, il est nécessaire de mettre en place des conditions structurantes afin d'assurer la stabilité, l'intensité et la durée des actions. Le leadership provincial et régional expert et actif est la toute première condition à mettre en place, parce qu'elle est indispensable à la cohésion et au développement de toutes les autres. Ce leadership doit avant tout viser la mobilisation de tous les acteurs. Certaines actions doivent être d'abord initiées au niveau provincial : représentations, partenariats nationaux et outils communs afin de stimuler et de faciliter l'action en région. Cependant, au plan opérationnel, le respect des spécificités régionales est essentiel pour le déploiement du prochain plan d'action. Celui-ci ne pourra s'implanter sans nouvelles ressources; le financement n'est pas la seule condition de succès, mais il est tout de même incontournable.

Conclusion

En conclusion, bien qu'elle ait nettement stimulé l'engagement et la mobilisation de nombreux acteurs sur le terrain et le développement de l'offre de service vers les personnes et les milieux éprouvés, la *Stratégie* ne semble pas avoir réussi à promouvoir une vision réellement collective et synergique. Cela ne pourra se réaliser sans l'exercice d'un leadership énergique, capable de rallier tous les réseaux concernés et de les mobiliser vers des objectifs communs. Le suicide n'est pas uniquement un problème individuel, il est aussi un grave problème social et exige à ce titre une prise en charge collective, multidimensionnelle et durable.

Références

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1989). *Politique de santé mentale*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1992). *La politique de la santé et du bien-être*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1997). *Priorités nationales de santé publique*

1997-2002. Québec : Direction de la santé publique.
Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998). *Stratégie québécoise d'action face au suicide, s'entraider pour la vie*. Québec : Gouvernement du Québec.

Lorraine Deschênes¹

*Direction de la santé publique de la Montérégie
Présidente du comité d'évaluation de la Stratégie d'action face au suicide*

1. Adresse de correspondance : Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 1255 rue Beauregard, Longueuil, Québec, Canada, J4K 2M3.