

Évaluation d'une intervention proactive auprès des personnes à haut risque de suicide

Janie Houle

Centre de recherche, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Anne-Marie Codaire

Suicide Action Montréal

Christiane Poulin

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

RÉSUMÉ

Cette étude décrit un service de parrainage téléphonique destiné aux personnes qui ont été conduites à l'urgence d'un hôpital suite à un appel de détresse logé sur la ligne d'intervention téléphonique d'un centre de prévention du suicide. Quelques jours après l'envoi de secours, un intervenant ou une intervenante d'expérience du centre de prévention du suicide rappelle ces personnes, sans qu'elles n'en aient fait la demande, afin d'évaluer leur situation et leur offrir du soutien téléphonique. Une évaluation du processus est réalisée à partir d'une analyse des informations disponibles dans les dossiers et d'entrevues réalisées auprès d'un échantillon consécutif de 16 usagers et usagères. L'étude révèle que le service rejoint la clientèle ciblée et que l'aspect proactif du service de même que la qualité de la relation établie avec l'intervenant ou l'intervenante sont les caractéristiques les plus fortement appréciées. Les résultats suggèrent qu'il peut s'avérer profitable d'adopter la politique de la main tendue auprès d'une clientèle à haut risque de suicide.

PROBLÉMATIQUE

Le suicide est un important problème de santé publique au Québec. Il 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 1 100 personnes s'enlèvent la vie dans la province, les hommes commettant 80% de ces suicides. Les tentatives de suicide sont beaucoup plus prévalentes que les décès et en constituent le facteur de risque le plus important (Brown, Beck, Steer, & Grisham, 2000). Selon l'Enquête sociale et de santé, 5 personnes pour 1 000 tentent de se suicider à chaque année, ce qui représente environ 29 000 Québécois et Québécoises, dont 38% se présentent à l'urgence d'un

hôpital après leur geste (Boyer et al., 2000). Ces personnes présentent un taux de suicide 100 fois plus élevé que celui de la population générale: dans la première année suivant leur congé de l'hôpital, 16% commettront une nouvelle tentative de suicide et 2% s'enlèveront la vie (Owens, Horrocks, & House, 2002). Le risque de décès par suicide serait particulièrement élevé dans les premières semaines suivant la sortie de l'hôpital: le quart se suicide dans les 3 mois suivant leur congé, dont 40% avant le 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.

De nombreuses interventions visant la réduction des taux de récurrence des personnes qui ont fait une tentative de suicide ont été évaluées jusqu'à maintenant et, malgré l'absence de données probantes, certaines avenues semblent prometteuses, dont les psychothérapies brèves et les suivis à domicile axés sur la fidélité au traitement (Comtois & Linehan, 2006). Dans la région de Québec, une évaluation d'implantation d'un programme de suivi communautaire de 8 à 10 rencontres (généralement à domicile) rapporte des résultats positifs auprès de personnes ayant fait une tentative de suicide (Racine, Cardinal, & Gagnon, 2003). Un suivi de cette nature est d'ailleurs recommandé pour les personnes à potentiel suicidaire élevé dans le récent plan d'action québécois en santé mentale 2005–2010 (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2005).

Cependant, une intervention soutenue en face à face dans la communauté est coûteuse et, faute de ressources suffisantes, n'est actuellement pas accessible à l'ensemble de la population. Un suivi téléphonique dispensé par un organisme communautaire pourrait s'avérer une alternative intéressante. Jusqu'à présent, une seule étude a examiné les effets d'un suivi téléphonique se limitant à deux appels effectués 4 et 8 mois après le congé de l'hôpital (Cedereke & Öjehagen, 2002). Cette intervention n'a permis ni d'augmenter la fidélité au traitement, ni de diminuer le taux de récurrence. Son inefficacité serait toutefois davantage attribuable au délai important entre la sortie de l'hôpital et le premier contact qu'à la nature téléphonique du suivi, selon les chercheurs. Les premiers jours suivant le congé de l'hôpital sont effectivement 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, Cedereke, & Öjehagen, 2003).

En plus du suivi des personnes à potentiel suicidaire élevé, le plan d'action en santé mentale 2005–2010 (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2005) s'est fixé comme priorité de développer et de mettre en place des stratégies novatrices afin de rejoindre plus efficacement les personnes en crise suicidaire, particulièrement les hommes réticents à demander de l'aide. Jusqu'à présent, peu ou pas de données sont disponibles à l'égard d'interventions de ce genre. Le parrainage téléphonique évalué dans la présente étude allie une stratégie proactive permettant de rejoindre une clientèle à risque élevé de suicide à un suivi téléphonique d'intensité variable.

PARRAINAGE TÉLÉPHONIQUE DES PERSONNES À HAUT RISQUE DE SUICIDE

Description de l'intervention

Le Parrainage téléphonique des personnes à haut risque de suicide est un projet-pilote initié par Suicide Action Montréal (SAM), un organisme sans but lucratif dont la mission est de prévenir le

suicide dans la région de Montréal. La porte d'entrée principale de ses services est une ligne d'intervention téléphonique 24/7 gratuite et confidentielle. SAM reçoit plus de 12 000 appels de personnes suicidaires par année, dont environ 300 (moins de 3%) nécessitent l'envoi de secours. Les secours sont envoyés dans les deux situations suivantes: (a) la personne commet une tentative de suicide au moment de l'appel ou (b) elle menace de le faire dans les prochaines 24 heures. Le parrainage téléphonique s'adresse spécifiquement à cette clientèle recevant des secours.

L'intervention comporte deux à cinq contacts téléphoniques, dont la durée et la fréquence varient en fonction des besoins de la personne. Les contacts téléphoniques sont effectués par un membre du personnel permanent de l'organisme détenant une formation universitaire en relation d'aide (psychologie, sexologie, travail social) et comptant au moins 4 années d'expérience en intervention auprès des personnes suicidaires. Trois intervenants et intervenantes au total dispensent le service. Afin d'assurer une continuité relationnelle, le même intervenant ou la même intervenante assure l'ensemble des contacts pour un usager ou une usagère.

Dans le cadre des contacts téléphoniques, l'intervenant ou l'intervenante vise à: (a) établir une relation de confiance avec l'usager ou l'usagère; (b) soutenir et mobiliser en recherchant les forces et les raisons de vivre; et (c) faciliter les démarches auprès d'une ressource, en veillant à ne pas déresponsabiliser l'usager ou l'usagère.

Caractéristiques novatrices de l'intervention

Le parrainage téléphonique se caractérise par sa démarche proactive, son approche informelle et sa rapidité d'intervention. Quelques jours après l'envoi de secours, l'intervenant ou l'intervenante contacte la personne afin d'évaluer sa situation et lui offrir un parrainage au besoin, sans que celle-ci n'en ait fait la demande. La décision de la contacter sans son accord préalable se justifie au plan éthique par le consentement implicite de la personne suicidaire, exprimé par son appel précédent à la ligne d'intervention. Des précautions supplémentaires sont également prises afin de respecter la dignité de la personne. Ainsi, en vertu du code d'éthique qui régit les interventions de SAM, la confidentialité des informations est assurée en tout temps et les intervenants et intervenantes font preuve de la plus grande discrétion lorsqu'ils tentent de rejoindre la personne. Notamment, ils ne laissent aucun message si une boîte vocale a plusieurs utilisateurs et utilisatrices et ne mentionnent jamais Suicide Action Montréal si une tierce personne prend l'appel. En outre, après avoir offert leurs services, les intervenants et intervenantes s'assurent d'obtenir un consentement libre et éclairé à la poursuite des contacts téléphoniques. Les usagers et usagères sont d'ailleurs libres de les refuser sans aucun préjudice.

Le parrainage téléphonique mise également sur une approche informelle et personnalisée. L'intervenant ou l'intervenante se présente en nommant son prénom et son affiliation à SAM, sans préciser son statut professionnel, à titre de psychologue ou de travailleur social ou travailleuse sociale. L'offre de service est effectuée en proposant simplement à la personne de la rappeler pour prendre de ses nouvelles et lui offrir du soutien. À chaque nouveau contact, l'utilité de poursuivre le service est réévaluée par l'intervenant ou l'intervenante qui décide de proposer un nouveau contact ou de conclure la relation d'aide. En raison de la disponibilité limitée des ressources, il a été convenu que le parrainage téléphonique serait offert prioritairement aux personnes présentant un niveau de détresse élevé ou des

facteurs de vulnérabilité importants (séparation récente, problème de consommation, isolement) et qui ne sont pas suivies par un professionnel ou une professionnelle ou n'adhèrent pas à leur traitement.

Le parrainage ne veut pas se substituer aux services existants, mais plutôt resserrer le filet de sécurité autour des personnes à haut risque de suicide et leur assurer un soutien pendant l'attente pour un suivi ou une période de grande vulnérabilité. Considérant son caractère novateur et son statut de projet-pilote, une évaluation du processus a été jugée pertinente.

MÉTHODE

Objectifs

La présente évaluation du processus a pour but de déterminer si le service rejoint la clientèle visée et d'apprécier la qualité de son intervention, tant dans sa dimension organisationnelle que technique et interpersonnelle (Contandriopoulos, Champagne, Denis, & Avargues, 2000). La qualité technique du service réfère à la façon dont celui-ci est produit, à la compétence des intervenants et intervenantes. La qualité organisationnelle concerne plutôt l'accessibilité du service et la continuité des interventions. Quant à la qualité interpersonnelle, elle porte sur les relations psychologiques et sociales qui existent entre les producteurs et productrices de services et les usagères et usagers et s'intéresse à la satisfaction de ces derniers.

Sources d'informations

Deux sources d'information sont utilisées dans le cadre de l'évaluation: (a) les dossiers de toutes les personnes admissibles au parrainage au cours des 15 premiers mois d'activités du service, à savoir entre le 1^{er} mars 2004 et le 31 mai 2005, et (b) un échantillon consécutif d'usagers et d'usagères du service.

Dossiers des personnes admissibles. Tous les usagers et usagères du service d'intervention téléphonique de SAM dont l'urgence suicidaire a requis l'envoi de secours sont considérés comme admissibles au parrainage. Chacune de ces personnes a un dossier qui lui est propre dans lequel figure plusieurs informations, dont le compte-rendu de l'intervention réalisée lors de l'appel sur la ligne d'intervention téléphonique, ainsi que les rapports d'intervention rédigés après chaque contact. Bien que sujette aux biais liés à l'auto-rapport (i.e., au fait que ce sont les usagères et 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 le sexe, l'âge, les antécédents suicidaires et la présence de troubles mentaux. Les dossiers nous renseignent également sur la nature et la quantité d'interventions effectuées pour le parrainage de chacun(e) des participants et participantes. Toutes les informations disponibles dans ces rapports d'interventions sont codifiées et saisies dans une base de données SPSS.

Usagers et usagères du service. L'évaluation du parrainage ayant débuté un an après le début du service, il s'est avéré impossible de rejoindre l'ensemble des usagers et usagères pour une entrevue téléphonique visant à évaluer leur satisfaction. Le recrutement des participants et participantes à l'évaluation s'est déroulé sur une période de 6 mois (entre le 1^{er} mars et le 31 août 2005), nos ressources

ne nous permettant pas de poursuivre plus longtemps. Au cours de cette période, toutes les personnes qui ont reçu un parrainage ($n = 17$) ont été invitées par leur intervenant ou intervenante, lors du dernier contact, à participer à l'évaluation. Une seule (6%) a décliné l'invitation, parce qu'elle jugeait avoir déjà parlé à suffisamment de personnes différentes. Les répondants et répondantes sont 8 hommes et 8 femmes, majoritairement francophones (87,5%) et âgés en moyenne de 42 ans ($ÉT = 11,6$; $min = 18$; $max = 66$). Ils sont comparables à l'ensemble des usagers et usagères du parrainage au plan des caractéristiques sociodémographiques et cliniques, de même qu'au plan des interventions reçues (durée du parrainage, nombre de contacts, etc.). L'entrevue téléphonique comporte sept questions fermées de type Likert portant sur le niveau de satisfaction à l'égard du service (appréciation globale, fréquence des contacts, durée du service) et son utilité perçue (en général, pour obtenir de l'aide extérieure, se sentir mieux, penser moins souvent au suicide). Huit questions ouvertes permettent d'identifier les aspects les plus et les moins appréciés par la clientèle, ainsi que l'utilité perçue du service. L'entrevue est d'une durée approximative de 15 minutes et réalisée en moyenne 2 semaines après le dernier contact du parrainage. Elle est enregistrée et les réponses retranscrites intégralement.

Informations recueillies

Le tableau 1 précise, pour chacune des dimensions évaluées, les informations recueillies de même que leurs sources.

Tableau 1		
Dimensions évaluées, sources et informations recueillies		
Dimensions évaluées	Sources	Informations recueillies
Couverture de la population ciblée	Dossiers	- Proportion de personnes rejointes sur l'ensemble des personnes à qui on a envoyé des secours - Taux d'acceptation du service - Caractéristiques des usagers/ères
Qualité organisationnelle	Dossiers & entrevues	- Délai entre l'envoi de secours et le premier contact - Continuité relationnelle (proportion d'usagers/ères qui ont reçu l'ensemble de leurs contacts par le/la même intervenant[e]) - Durée du parrainage - Perception des usagers/ères à l'égard de la durée du parrainage
Qualité technique	Dossiers & entrevues	- L'intervenant(e) a établi une relation de confiance avec l'usager/ère - L'intervenant(e) a facilité les démarches auprès d'une ressource - L'intervenant(e) a soutenu et mobilisé l'usager/ère en misant sur ses forces - Diminution de l'urgence suicidaire
Qualité interpersonnelle	Entrevues	- Niveau de satisfaction à l'égard du service (échelles Likert) - Aspects les plus et les moins appréciés (questions ouvertes)

Plan d'analyse

Les données quantitatives font l'objet d'analyses descriptives (fréquence, moyenne, etc.), afin de décrire la clientèle et les caractéristiques de l'intervention, puis inférentielles, afin d'examiner la présence de différences entre des groupes de participants et participantes (analyse de variance, chi-carré, etc.). Une analyse de contenu est effectuée avec les données qualitatives. Les retranscriptions sont découpées en unités de classification, puis une grille de codification est élaborée en créant des catégories regroupant les unités de classification dont le sens est similaire. Les catégories sont 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.

RÉSULTATS

Couverture de la population ciblée

Au cours des 15 premiers mois d'activités du parrainage, 100 personnes ont rencontré les critères d'admissibilité au service, dont 73 ont pu être rejointes. Le parrainage téléphonique a été offert à 63,0% ($n = 46$) d'entre elles, ce à quoi 91,3% ($n = 42$) ont consenti. Les principales raisons mentionnées par les intervenants et intervenantes 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%).

Les 42 usagères et usagers sont âgés d'en moyenne 43 ans ($ÉT = 11,1$, $min = 18$, $max = 66$), majoritairement francophones (83,3%) et composés presque également d'hommes (54,8%) et de femmes (45,2%). La population rejointe correspond à la clientèle ciblée (voir tableau 2), puisqu'il s'agit dans la majorité des cas de personnes ayant fait une tentative de suicide au moment de l'appel sur la ligne d'intervention téléphonique de SAM et auxquelles des secours ont été envoyés. Presque tous les usagers et usagères (90,5%) étaient suivis lors du premier contact du parrainage, principalement par un psychiatre ou un médecin généraliste. Aucune différence n'est observée au plan des caractéristiques sociodémographiques, des antécédents suicidaires et des troubles mentaux entre les personnes rejointes par les intervenants et intervenantes ($n = 73$) et celles qui ne l'ont pas été ($n = 27$), de même qu'entre les personnes qui ont reçu le parrainage ($n = 42$) et celles pour lesquelles le service n'a pas été offert ou qui l'ont refusé ($n = 31$).

Qualité organisationnelle

Le parrainage téléphonique visait à rejoindre le plus tôt possible les personnes suicidaires après leur congé de l'hôpital. Un temps d'attente minimal était donc attendu. Les résultats indiquent que la majorité (57,1%) des usagères et usagers potentiels ont été rappelés 5 jours et moins après l'appel logé à SAM, les trois quarts à l'intérieur d'une semaine ($M = 5,7$; $ÉT = 3,8$; $min = 0$; $max = 16$). Le premier contact est survenu à une médiane de 5,5 jours après l'appel inquiétant à SAM ($M = 7,9$; $ÉT = 8,2$; $min = 0$; $max = 57$).

Tableau 2
Caractéristiques des usagers et usagères du parrainage (*N* = 42)

Caractéristiques	<i>n</i>	%
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
5 ans et plus	8	19,0
Est allé(e) à l'urgence suite à l'appel à SAM ^a	36	87,8
Antécédents suicidaires		
Tentative de suicide au cours de la vie ^b	35	87,5
Tentative de suicide au cours des 2 derniers mois ^c	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 ^a	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
Vit seul	25	59,5
A vécu une perte importante au cours des 6 derniers mois ^{d,e}	24	61,5
Est suivi par au moins une ressource au moment du premier contact	38	90,5
Suivi psychiatrique	18	47,4
Omnipraticien(ne) (médecin de famille)	13	34,2
Psychologue, sexologue, travailleur/euse social(e), psychothérapeute	10	26,3
Intervenant(e) communautaire (centres de crise ou autre)	5	13,2
Ressource en toxicomanie	5	13,2

^a *N* = 41; ^b *N* = 40; ^c *N* = 37 ; ^d *N* = 39 ; ^e les pertes sont une séparation amoureuse, une perte matérielle importante dont la perte d'emploi, le décès d'une personne chère, une perte des capacités physiques.

La durée maximale du parrainage avait été fixée à 5 contacts. Or, 8 personnes (16,3%) ont bénéficié d'un parrainage qui a excédé cette limite, certaines allant même jusqu'à 8 et 10 contacts. Les deux tiers des parrainages se sont toutefois terminés après 2 ou 3 contacts, fixant la moyenne globale à 3,5 ($ÉT = 2,1$). Une continuité relationnelle a été assurée pour l'ensemble des usagères et usagers, tous ayant reçu la totalité de leurs contacts par le même intervenant ou intervenante.

Qualité technique

Dans le cadre des parrainages, les intervenants et intervenantes devaient établir une relation de confiance avec les usagers et usagères, les soutenir et les mobiliser en mettant l'accent sur leurs forces et faciliter les démarches auprès de ressources. Les entrevues d'évaluation permettent d'apprécier la compétence des intervenants et intervenantes à cet égard. Ainsi, la majorité des répondants et répondantes ont rapporté avoir beaucoup apprécié la qualité de la relation qui s'est établie avec l'intervenant ou l'intervenante et avoir le sentiment d'être compris, respectés et en confiance:

[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.

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

Les intervenants et intervenantes ont aidé quelques répondants et répondantes à modifier leurs perceptions négatives:

Je voyais mon problème moins gros.

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

Le parrainage a fourni à quelques participants et participantes un espace pour parler ouvertement de la tentative de suicide, opportunité d'autant plus appréciée qu'il leur est difficile d'aborder ce sujet avec leur entourage et que plusieurs souffrent de solitude:

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.

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

Pour certains répondants et répondantes, le parrainage téléphonique a prévenu 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.

Enfin, grâce au parrainage, certains usagers et usagères 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.

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.

À ce sujet, l'analyse des dossiers révèle qu'une nouvelle ressource a été proposée dans la moitié ($n = 24$; 51,0%) des parrainages. Cette pratique était plus fréquente lorsque le suivi reçu par l'utilisateur ou l'utilisatrice était de nature strictement médicale ($X^2 [1] = 3,43$; $p = 0,06$). Au total, 36 nouvelles ressources ont été proposées, dont principalement des organismes communautaires visant à briser l'isolement (28,6%), des centres de crise (10,2%), des CLSC (10,2%) et des ressources en toxicomanie (10,2%).

Qualité interpersonnelle

Les participants et participantes à l'entrevue ont rapporté des niveaux de satisfaction très élevés à l'égard du parrainage, les aspects les plus appréciés étant la qualité de la relation établie avec l'intervenant ou l'intervenante et le fait d'avoir été rappelé sans en avoir fait la demande:

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.

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.

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

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

La majorité des répondants et répondantes n'ont rapporté aucun aspect négatif au parrainage. Le seul élément invoqué par certain(e)s d'entre eux était la durée du service qu'ils auraient souhaité plus longue. Ce silence doit toutefois être interprété avec prudence, car les usagers et utilisatrices sont généralement réticents à émettre des commentaires négatifs à l'endroit d'un service dont ils ont bénéficié.

DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

Service rapide et proactif pour une clientèle à haut risque de suicide

Dans la majorité des parrainages, le premier contact est survenu moins d'une semaine après l'appel de détresse logé à SAM. La rapidité d'intervention du service constitue l'une de ses plus grandes forces, car les premiers jours suivant le congé de l'hôpital sont critiques pour impliquer les personnes suicidaires dans un suivi (Monti et al., 2003) et propices aux récives (Appleby et al., 1999). Le taux de participation très élevé témoigne de l'intérêt pour un tel service.

Le parrainage a réussi à rejoindre des personnes à risque élevé de suicide puisque le profil de la clientèle présente plusieurs similitudes avec celui des personnes qui s'enlèvent la vie: antécédents suicidaires, troubles mentaux, isolement, pertes importantes au cours des derniers mois (St-Laurent & Tennina, 2000). Davantage d'hommes que de femmes ont bénéficié d'un parrainage, ce qui représente une belle réussite considérant le fait que les hommes commettent 80% des suicides au Québec et qu'ils

sont deux fois moins susceptibles d'utiliser les services de santé mentale que les femmes lorsqu'ils traversent une crise suicidaire (Pirkis, Burgess, Meadows, & Dunt, 2001). L'aspect proactif du parrainage est certainement un atout pour accroître la participation des hommes, car ces derniers sont souvent réticents à demander de l'aide, ce comportement étant perçu comme un aveu de faiblesse et une menace à l'identité masculine (Dulac, 1997).

L'appel inattendu de l'intervenant ou l'intervenante a été accueilli favorablement et le caractère proactif du service est la caractéristique la plus appréciée par les répondants et répondantes à l'évaluation. Elle a induit chez eux le sentiment qu'ils étaient importants, que quelqu'un se souciait d'eux et qu'ils n'étaient pas un simple numéro dans le système de santé. 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 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 leur transmet un important message: on ne vous a pas oubliées et vous n'êtes plus seules désormais avec vos difficultés. Dans une perspective de prévention du suicide, le sentiment d'être relié à autrui est un puissant facteur de protection (Motto & 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 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.

Suivi téléphonique et qualité de la relation

La relation de confiance qui s'établit entre une personne en difficulté et son intervenante ou intervenant s'avère souvent la clef du succès d'une intervention. Depuis plusieurs années, des études montrent que cette dimension relationnelle explique en grande partie l'efficacité des traitements et qu'elle a davantage d'importance que l'approche thérapeutique utilisée (Kanfer & Schefft, 1988). Dans le cadre du parrainage, les intervenants et intervenantes ont réussi à établir une relation de confiance avec les usagers et usagères. Le téléphone ne semble donc pas être une barrière à l'établissement d'une telle relation et pourrait même s'avérer facilitant pour certaines personnes plus timides ou moins disponibles.

Le parrainage téléphonique s'apparente à certains programmes de gestion de soins (*care management*) pour lesquelles des évidences très solides ont été démontrées quant à leur efficacité dans le traitement de la dépression. Une recension systématique de plus de 16 essais cliniques randomisés portant sur des programmes de gestion de soins effectués par téléphone conclut que cette forme d'intervention est l'une des plus efficaces pour diminuer les symptômes de dépression (Williams et al., 2007). Le rôle des gestionnaires de soins ressemblent à celui des intervenants et intervenantes qui offrent des parrainages, en ce sens qu'ils offrent du soutien émotif, tout en aidant le patient ou la

patiente à être fidèle au traitement choisi, à se définir des buts à atteindre et des stratégies pour y parvenir. Leur intervention est toutefois plus intensive puisqu'elle s'effectue sur une base continue au cours d'une période variant de 2 à 10 mois.

Le parrainage téléphonique s'inscrit donc dans une approche fondée sur les données probantes, mais son contexte particulier d'implantation lui ajoute un caractère novateur. En effet, la dispensation de ce service par un organisme communautaire spécialisé en intervention de crise suicidaire comporte des avantages et des inconvénients. La pénurie de ressources qui prévaut dans le milieu communautaire a certainement eu un impact négatif sur la durée des parrainages, car seuls les cas les plus sérieux et les plus difficiles ont pu bénéficier de 8 à 10 contacts, la plupart se limitant à 2 ou 3. La durée du service est d'ailleurs le seul élément négatif mentionné par les participants et participantes à l'évaluation. Les équipes de première ligne en santé mentale, mieux pourvues en effectifs, pourraient sans doute offrir un service similaire et en augmenter l'accessibilité. Cependant, les intervenants et intervenantes de Suicide Action Montréal disposent d'une solide expérience en intervention de crise suicidaire, qui ne se retrouve pas nécessairement chez les professionnels et professionnelles du réseau.

Suivi psychosocial et concertation

Presque toutes les personnes parrainées étaient déjà suivies au moment du premier contact. Ce résultat est étonnant, puisque les études antérieures (américaines et européennes) rapportent de faibles taux de suivi après une tentative de suicide (Motto & Bostrom, 2001; Van Heeringen et al., 1995). Ce résultat s'explique possiblement par le fait que la clientèle de Suicide Action Montréal présente une histoire de troubles psychiatriques et de comportements suicidaires plus lourde que la moyenne des personnes se présentant à l'hôpital après une tentative de suicide.

Malgré le fait qu'une majorité de personnes étaient suivies au plan médical, de nouvelles ressources psychosociales ont été proposées à la moitié d'entre elles. Ces références sont importantes, car un suivi strictement médical ne peut répondre à l'ensemble des besoins des personnes suicidaires (Comtois & Linehan, 2006). Celles-ci définissent rarement l'origine de leurs difficultés comme étant de nature psychiatrique ou médicale, attribuant plutôt la cause de leur mal-être à la solitude ou à la perte d'un être cher, d'un emploi ou d'un sens à sa vie (Van Heeringen et al., 1995). Considérant la complexité des parcours conduisant au suicide, une meilleure collaboration entre les médecins et les ressources psychosociales nous apparaît essentielle pour prévenir les décès par suicide. Cependant, en dépit d'un consensus à l'égard de leur plus-value en santé mentale (Craven & Bland, 2006; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2005), les soins en collaboration demeurent fort peu utilisés jusqu'à présent. Des efforts soutenus devront donc être déployés afin d'en assurer l'actualisation.

CONCLUSION

Cette évaluation d'un service offert d'une manière proactive et rapide après une tentative de suicide ou un 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 grâce à 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 appel imprévu et inespéré semble une stratégie gagnante auprès de ces individus en mal de vivre. Elle est synonyme d'espoir.

Limites de l'étude

Plusieurs facteurs limitent les conclusions de cette recherche. D'abord, les informations disponibles dans les dossiers des usagers et usagères n'ont pas été recueillies dans le cadre d'une collecte systématique de données, mais plutôt colligées par les intervenants et intervenantes après chacune de leurs interventions. Ceci a fait en sorte que plusieurs informations étaient manquantes et que d'autres reflétaient peut-être davantage la perception de l'intervenant ou l'intervenante que la réalité vécue par l'utilisateur ou l'utilisatrice. 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 et répondantes à l'entrevue téléphonique, ainsi que le fait qu'ils n'ont pas été choisis au hasard dans le bassin des usagères et usagers desservis au cours de la période à l'étude mais plutôt recrutés consécutivement au cours d'une période de 6 mois, 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, il aurait été souhaitable d'explorer la perspective des intervenants et intervenantes de Suicide Action Montréal et des autres acteurs du milieu, tels que les services d'urgence, les médecins et les psychiatres.

La présente évaluation ne permet pas d'établir avec certitude que le parrainage contribue à diminuer les comportements suicidaires, mais rassemble suffisamment d'éléments pour suggérer qu'elle en a certes le potentiel. Elle allie à la fois proactivité, précocité, flexibilité et relation de confiance. La pertinence du parrainage est d'autant plus grande qu'il vient atténuer, à la mesure de ses moyens, les conséquences néfastes du manque de collaboration entre les médecins et les ressources psychosociales qui sévit actuellement dans le système de santé québécois.

ABSTRACT

This study describes a telephone mentoring service intended for people who have been taken to a hospital emergency room following a distress call to a crisis line at a suicide prevention centre. A few days after help is sent, an experienced care provider from the suicide prevention centre calls these individuals to assess their situation and offer telephone support services, even though they have not asked to be called. A process evaluation was made with an analysis of information available in files and interviews conducted with a consecutive sample of 16 users. Our study shows that the service has reached the targeted population and that participants greatly appreciated the proactive aspect of the service as well as the quality of the relationship established with the care provider. Results suggest that adopting a "reaching out" approach with individuals at high risk of suicide may be beneficial.

RÉFÉRENCES

- Appleby, L., Shaw, J., Amos, T., McDonnell, R., Harris, C., McCann, K., et al. (1999). Suicide within 12 months of contact with mental health services: National clinical survey. *British Medical Journal*, 318, 1235-1239.
- Boyer, R., St-Laurent, D., Prévile, 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.
- Brown, G.K., Beck, A.T., Steer, R.A., & 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., & 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.
- Comtois, K.A., & Linehan, M.M. (2006). Psychosocial treatments of suicidal behaviors: A practice-friendly review. *Journal of Clinical Psychology*, 62(2), 161-170.
- Contandriopoulos, A.P., Champagne, F., Denis, J.L., & Avargues, M.C. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 48, 517-539.
- Craven, M.A., & Bland, R. (2006). Better practices in collaborative mental health care: An analysis of the evidence base. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(6, Suppl 1), 7S-72S.
- Dulac, G. (1997). *Les demandes d'aide des hommes*. Montréal: Action intersectorielle pour le développement et la recherche sur l'aide aux hommes.
- Institut de la statistique du Québec. (2004). *Décès et taux de mortalité selon la cause, le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2002*. Récupéré en ligne le 21 septembre 2005 de: http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_deces/index.htm
- Kanfer, F.H., & Schefft, B.K. (1988). *Guiding the process of therapeutic change*. Champaign, IL: Research Press.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010: la force des liens*. Québec: Auteur.
- Monti, K., Cedereke, M., & 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.
- Motto, J.A., & Bostrom, A.G. (2001). A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatric Services*, 52(6), 828-833.
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 181, 193-199.
- Pirkis, J.E., Burgess, P.M., Meadows, G.N., & Dunt, D.R. (2001). Suicidal ideation and suicide attempts as predictors of mental health service use. *Medical Journal of Australia*, 175(10), 542-545.
- Racine, P., Cardinal, L., & Gagnon, C. (2003). *Expérimentation d'un service de suivi communautaire intensif auprès des personnes ayant fait une tentative de suicide et se présentant dans une salle d'urgence: évaluation de l'implantation*. Québec, QC: Direction de santé publique de Québec.
- St-Laurent, D., & Tennina, S. (2000). *Résultats de l'enquête portant sur les personnes décédées par suicide au Québec entre le 1^{er} septembre et le 31 décembre 1996*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Van Heeringen, C., Jannes, S., Buylaert, W., Henderick, H., De Bacquer, D., & Van Remoortel, J. (1995). The management of non-compliance with referral to out-patient aftercare among attempted suicide patients: A controlled intervention study. *Psychological Medicine*, 25, 963-970.
- Williams, J.W., Gerrity, M., Holsinger, T., Dobscha, S., Gaynes, B., & Dietrich, A. (2007). Systematic review of multifaced interventions to improve depression care. *General Hospital Psychiatry*, 29, 91-116.