

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^E CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
KAVEN VACHON

FORMATION DES PERSONNES AINÉES AU RÔLE DE SENTINELLE EN
PRÉVENTION DU SUICIDE : IMPACT SUR LES CONNAISSANCES ET LES
ATTITUDES DES PARTICIPANTS

OCTOBRE 2017

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

Cet essai de 3^e cycle a été dirigé par :

Sylvie Lapierre, Ph.D., directrice de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

Jury d'évaluation de l'essai :

Sylvie Lapierre, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Micheline Dubé, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Thomas Saïas, Ph.D.

Université du Québec à Montréal

Lise Cardinal, M.Sc.

Direction de la santé publique de la Capitale-Nationale

Sommaire

Le suicide est une problématique touchant l'ensemble de la population. Parmi les stratégies utilisées pour y faire face, il y a la formation de sentinelles capables de repérer et de référer, vers des ressources appropriées, les individus présentant de la détresse psychologique ou un risque suicidaire. Les études sur la formation de sentinelles de 50 ans et plus sont rares. Le but de cet essai était d'évaluer l'effet de ce type de formation sur les connaissances des participants âgés de 50 ans et plus à l'égard de la problématique du suicide et sur leurs attitudes à l'égard de leur propre intervention. Étant donné les difficultés de recrutement pour la formation et la recherche, le critère de l'âge a dû être élargi; ce qui a tout de même permis de comparer deux groupes : des participants de 31 à 49 ans ($n = 11$) et des personnes de 50 à 73 ans ($n = 18$). Ils ont tous rempli à domicile des questionnaires sur leurs connaissances et leurs attitudes. Les résultats montrent que la formation a eu un impact positif sur les variables mesurées, tant chez les adultes que chez les aînés. Cet essai a permis de constater que les personnes de plus de 50 ans, motivées à s'impliquer dans leur communauté, pouvaient améliorer leurs connaissances et leurs attitudes à l'aide d'une formation de sentinelle et ainsi agir adéquatement en présence de personnes en détresse psychologique.

Table de matières

Sommaire	iii
Liste des figures	vii
Remerciements.....	viii
Introduction.....	1
Contexte théorique	4
Suicide et prévention du suicide chez les personnes âgées.....	5
Définition du suicide.....	6
Le processus suicidaire	6
Prévalence du suicide chez les personnes âgées.....	7
Les facteurs de risque et de protection.....	7
La prévention du suicide	11
La prévention indiquée	12
La prévention sélective	12
La prévention universelle.....	13
Place et pertinence de la formation de sentinelles	14
Les sentinelles.....	14
Définition et fonction de la sentinelle.....	15
Formation de sentinelles	16
Évaluation de programmes.....	19
Approches théoriques.....	20
Études empiriques sur l'évaluation de programmes de sentinelles	24

Compétence des sentinelles	24
Connaissances (savoir)	24
Attitudes et sentiment d'efficacité personnelle (savoir-être).....	25
Habilités (savoir-faire)	27
Satisfaction et diffusion d'informations à la suite de la formation.....	32
Maintien des acquis dans le temps.....	32
Objectifs.....	33
Méthode.....	35
Déroulement.....	36
Participants.....	37
Instruments de mesure	38
Résultats	42
Connaissances (savoir).....	43
Attitudes et sentiment d'efficacité personnelle (savoir-être)	43
Expérience des sentinelles	45
Discussion	46
Impact de la formation sur les participants	47
Limites et forces de l'étude.....	50
Améliorations suggérées à la formation et recherches futures	51
Habilités de communication et caractéristiques des futures sentinelles.....	52
Jeux de rôle	53
Maintien des acquis dans le temps.....	54

Conclusion	56
Références	59
Appendice A. Prétest.....	67
Appendice B. Post-test.....	78

Liste des figures

Figure

- 1 Les principaux facteurs de risque du suicide associés aux trois stratégies de prévention de l'Organisation mondiale de la santé (2014, p. 31).....8
- 2 Chaîne causale illustrant la logique sous-jacente à l'évaluation des compétences des sentinelles.22
- 3 Chaîne causale illustrant la logique sous-jacente à l'évaluation des compétences des sentinelles23

Remerciements

Le présent essai n'aurait pu être réalisé sans la contribution et le soutien de plusieurs personnes envers lesquelles je veux exprimer toute ma reconnaissance. D'abord, je voudrais remercier l'ensemble des individus travaillant en prévention du suicide, ou auprès des aînés, qui ont permis de mener à bien cet essai. Je tiens à remercier la Table de concertation des personnes aînées du Centre-du-Québec, particulièrement Madame Marie-Marthe Lespinay et Madame Jaimmie Lajoie, agentes de développement qui ont travaillé intensivement à l'organisation des activités de sensibilisation ainsi qu'au recrutement des participants à la formation. Je veux exprimer ma gratitude aux membres retraités de la Table de concertation qui ont partagé leurs idées tout au long de la réalisation de cette étude, particulièrement Monsieur Jean Yergeau, délégué de l'AREQ Centre-du-Québec et Monsieur Jean Lavoie, délégué de la Table MRC de Drummond.

Je dois également remercier les représentants de trois centres de prévention du suicide (CPS) de la région : Sandrine Vanhoutte du Réseau de Prévention du Suicide Les Bois Francs de Victoriaville, Monsieur David Généreux du Centre d'Écoute de Prévention du Suicide Drummond de Drummondville et surtout Madame Renée Quévillon du CPS les Deux Rives à Trois-Rivières qui a formé les sentinelles.

Finalement, ce travail est l'aboutissement d'un long cheminement académique qui n'aurait pu prendre forme sans l'aide de ma directrice de recherche, Madame Sylvie Lapierre, professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Introduction

En 2012, 803 900 décès par suicide ont été répertoriés dans le monde, cela correspond à un taux de 11,4 suicides par 100 000 habitants (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2014). Lorsqu'une personne met fin à ses jours, on estime que son geste affecte six individus de son entourage immédiat (Andriessen, 2009). Certains chercheurs considèrent aussi qu'un endeuillé par suicide serait davantage à risque de se suicider lui-même (Krysinska, 2003). Ces chiffres traduisent l'importance de la problématique et justifient l'élaboration de moyens visant la prévention du suicide. La formation d'individus aptes à repérer et référer des personnes en détresse fait partie des stratégies utilisées. Dans sa recension des écrits, Isaac et al. (2009) mentionnent que cette approche aurait un impact positif sur les connaissances et les attitudes à l'égard du suicide, ainsi que sur les habiletés des participants à agir de façon adéquate à l'égard des personnes vulnérables. Cela étant dit, peu d'études se sont intéressées à la formation des sentinelles âgées qui auraient à agir auprès de leurs pairs. L'intervention auprès de la population âgée comporte des spécificités, comme de tenir compte de l'importance des divers deuils associés au vieillissement : déclin physique, diminution de l'autonomie, perte du permis de conduire ou retrait de la vie professionnelle (Erlangsen et al., 2011). Une formation au rôle de sentinelle auprès des aînés doit donc comporter des enseignements sur ces éléments particuliers. En 2008, la Table de concertation des personnes aînées du

Centre-du-Québec a obtenu deux subventions gouvernementales¹ afin de développer un projet de prévention de la détresse psychologique et du suicide des aînés de leur région. Dans ce contexte, la Table a invité des experts des centres de prévention du suicide, représentés par Madame Renée Quévillon, ainsi qu'une chercheuse en gérontologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, Madame Sylvie Lapierre, à adapter la formation existante aux besoins des personnes qui deviendront sentinelles auprès des personnes âgées. L'impact de la formation sur leurs connaissances et leurs attitudes constitue l'objet de la présente étude, tout en vérifiant si les aînés qui suivent cette formation peuvent également devenir des sentinelles auprès de leurs pairs.

Dans la première partie de l'essai, le contexte théorique présente un portrait d'ensemble de la problématique du suicide chez les personnes âgées et des divers niveaux et modes de prévention. L'essai se centre ensuite sur la conception d'une sentinelle et sur l'importance d'évaluer les programmes de formation afin de vérifier leurs effets sur les compétences (savoir, savoir-être et savoir-faire) des participants. La seconde partie de l'essai expose la méthode employée et les résultats obtenus chez des personnes qui ont suivi la formation pour devenir sentinelles, particulièrement les participants de 50 ans et plus. La discussion constitue la dernière partie de l'essai et énonce quelques suggestions sur les améliorations pouvant être apportées à la formation offerte aux sentinelles et sur les recherches futures dans ce domaine.

¹ Projet « Agissons pour prévenir la détresse psychologique et le suicide chez les aînés », subventionné par le Comité régional de développement social (30 000\$ - 2007-2008) et par le programme Nouveaux Horizons (25 000\$ - 2008).

Contexte théorique

Trois grandes sections constituent le contexte théorique. D'abord, il y a la présentation de la problématique du suicide: sa définition, les étapes du processus qui mène au suicide, sa prévalence, ainsi que les facteurs de risque et de protection qui lui sont associés. Ensuite, les diverses stratégies de prévention du suicide sont abordées en fonction de leurs objectifs et des groupes auxquels elles s'adressent (préventions indiquée, sélective et universelle). Après avoir mis en exergue la pertinence de la formation de sentinelle par rapport à d'autres stratégies, une dernière section aborde l'évaluation de programme, d'abord sur le plan théorique puis sur le plan empirique. Cette dernière traite particulièrement de l'influence des programmes de sentinelles sur différentes variables: compétence des sentinelles (connaissances, attitudes et habiletés), satisfaction, diffusion de l'information ainsi que le maintien des acquis dans le temps.

Suicide et prévention du suicide chez les personnes âgées

Le suicide est une problématique complexe qui touche des personnes de tout âge. Une présentation de certains concepts clés permettra de mieux comprendre cette réalité : définition, processus suicidaire et prévalence du suicide chez les personnes âgées. Ensuite, les facteurs de risque et de protection en lien avec le suicide seront présentés en mettant l'accent sur ce qui peut rendre les personnes âgées vulnérables.

Définition du suicide

Le suicide correspond à l'action délibérée de mettre fin à sa propre vie. Les expressions comme « suicide réussi » et « suicide manqué ou raté » ne sont pas utilisées par les Centres de prévention puisqu'elles sont associées à un jugement à l'égard du geste posé et aux notions d'échec ou de réussite. Des termes plus objectifs, comme « tentative de suicide » et « suicide complété », sont employés pour décrire ce geste.

Le processus suicidaire

Le processus suicidaire comporte différentes phases ou étapes entre le moment où la personne ressent de la détresse et le moment où elle complète son suicide. Berman, Silverman et Bongar (2000) établissent un continuum permettant de situer la gravité des idées ou des gestes suicidaires : aucune idée suicidaire, idéations suicidaires passagères, idéation suicidaire chronique, comportements à risque, style de vie risqué, planification du geste suicidaire (vague et non létal), planification du geste suicidaire (précis et létal), tentative de suicide (faible létalité), tentative de suicide (forte létalité) et suicide complété. Il est à noter que l'individu ne passera pas nécessairement par toutes ces étapes et que ce processus n'est pas linéaire. De plus, la complexité et la fluctuation du processus rendent difficile l'identification des individus suicidaires (De Leo, Cerin, Spathonis, & Burgis, 2005). Des auteurs considèrent aussi qu'il est important de faire une distinction entre idées suicidaires et désir de mourir, particulièrement chez les personnes âgées (Rurup, Deeg, Poppelaars, Kerkhof, & Onwuteaka-Philipsen, 2011). D'ailleurs, une enquête sur la santé

mentale des aînés au Québec révèle que 5,2 % des 2811 personnes interrogées exprimaient le désir de mourir, sans pour autant penser au suicide (Lapierre et al., 2015).

Prévalence du suicide chez les personnes âgées

En 2012, 1145 Québécois se sont suicidés. De ce nombre, 154 (13,4 %), dont 118 hommes et 36 femmes, avaient 65 ans et plus (Thibodeau & Perron, 2017). Le taux de suicide chez les aînés en 2012 (par 100 000 habitants) était de 11,8, comparativement à 13,8 pour l'ensemble de la population québécoise. Le taux le plus élevé (22,4) se retrouvait chez les personnes de 45 à 64 ans. Toutefois, l'OMS (2014) précise que, dans la majorité des régions du monde, les taux de suicide les plus élevés se trouvent chez les plus de 70 ans. Il faut également noter que les données provisoires pour 2014 indiquaient que les hommes de 65 ans et plus présentaient un taux de suicide deux fois plus élevé que celui des jeunes âgés de 15 à 24 ans (Thibodeau & Perron, 2017), d'où l'intérêt des Centres de prévention suicide pour la clientèle aînée.

Les facteurs de risque et de protection

Les facteurs de risque augmentent la vulnérabilité de l'individu à l'égard du suicide. Le modèle écologique proposé par l'OMS (2014) permet de faire un inventaire assez exhaustif des facteurs de risque puisqu'il les répartit en cinq catégories selon le contexte ou niveau social où ils surviennent (voir Figure 1), soit l'individu, les relations, la communauté, la société ou le système de santé. Une connaissance éclairée des facteurs

associés à ces différentes catégories permet d'élaborer des stratégies de prévention du suicide ciblées qui seront abordées ultérieurement.

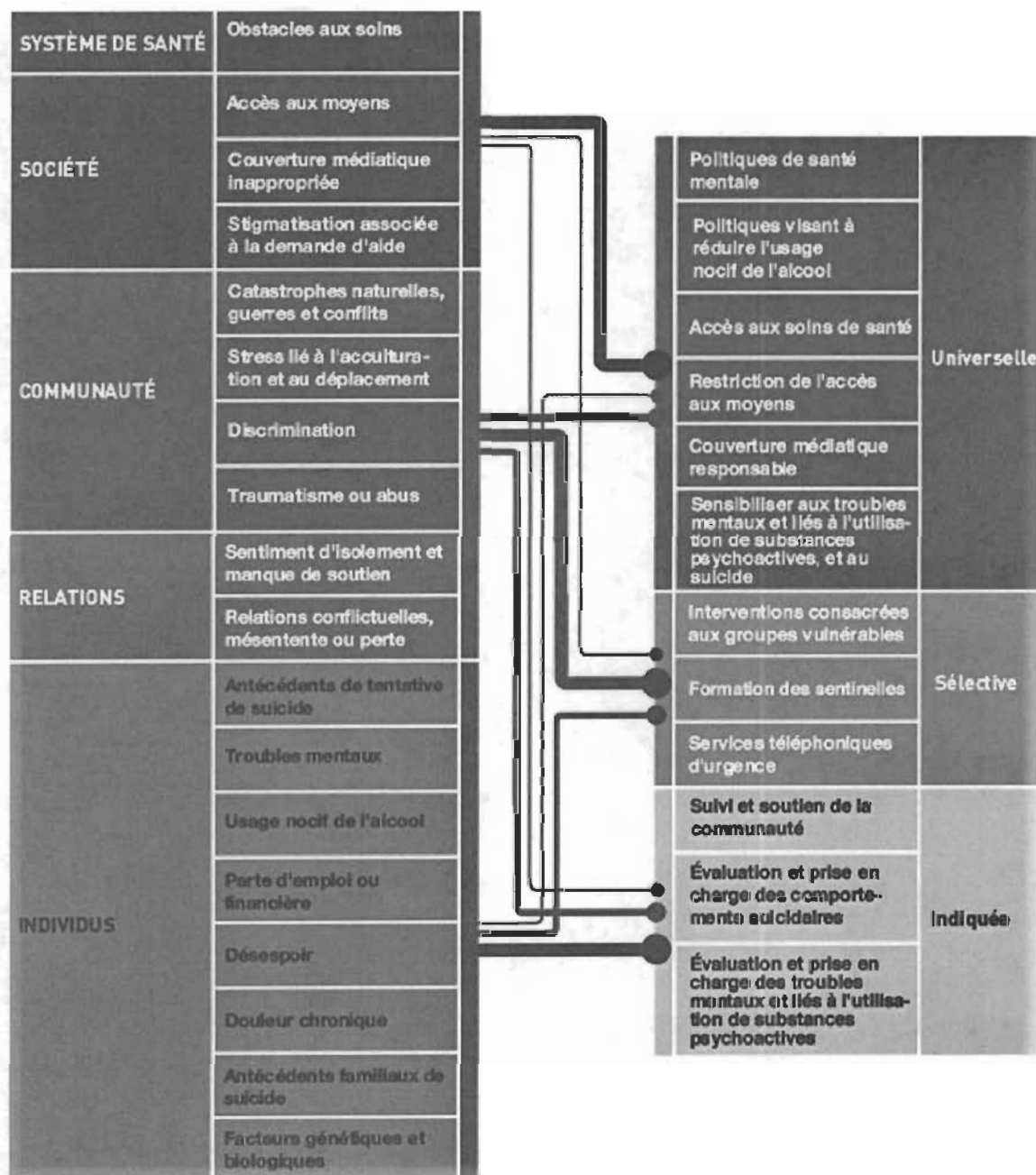


Figure 1. Les principaux facteurs de risque du suicide associés aux trois stratégies de prévention de l'Organisation mondiale de la santé (2014, p. 31).

Parmi les facteurs de risque individuels, on compte les antécédents de tentative de suicide, les troubles mentaux, l'usage nocif d'alcool et de drogues, les difficultés financières, le désespoir, les maladies chroniques, les antécédents familiaux de suicide et les facteurs génétiques. Certains, comme les facteurs génétiques, ne changent pas avec l'âge. D'autres, comme la présence de maladies chroniques, augmentent en probabilité avec l'âge. Ainsi, bien que pouvant être présents dans la population générale, ces facteurs de risques sont proportionnellement plus présents chez une population vieillissante, la rendant ainsi plus vulnérable au désir de mourir et aux idéations suicidaires (Fässberg et al., 2015; Lapierre et al., 2015).

Parmi les facteurs relationnels pouvant fragiliser un individu, on relève le sentiment d'isolement, les relations difficiles avec l'entourage, les deuils ou séparations. En vieillissant, certains aînés peuvent se retrouver dans des situations où les contacts avec la famille sont peu fréquents (p. ex., hébergement, distance géographique, etc.). De plus, ils risquent davantage d'être confrontés à diverses pertes (Fässberg et al., 2012), par exemple le décès de leur partenaire de vie. Quant aux facteurs de risque liés à la communauté à l'intérieure de laquelle évolue l'individu, on retrouve les diverses formes d'âgisme (préjugés ou discrimination), dont peuvent être victimes les personnes âgées, et qui affectent leur image d'elle-même et leurs opportunités d'action (Lagacé, 2010, 2015).

La société, par ses lois (p. ex., accès aux armes à feu en milieu rural) et sa façon d'aborder le thème du suicide (p. ex., couverture médiatique inappropriée ou indifférence

à l'égard des personnes âgées qui désirent mourir), peut augmenter la vulnérabilité de sa population (Stack, 2003). Finalement, un système social ou de santé qui n'offre pas des ressources suffisantes pour contrer la détresse psychologique ou la dépression des personnes qui en souffrent augmente le risque de suicide (Zalpuri & Rothschild, 2016).

La présentation non exhaustive des facteurs de risque illustre à quel point le suicide est une problématique complexe où les facteurs peuvent s'influencer. Par exemple, un trouble mental (facteur individuel), comme la dépression, pourrait amener l'individu à s'isoler (facteur relationnel) dans une communauté qui, à cause de préjugés âgistes, croit qu'il est superflu d'investir dans les soins de santé aux aînés dans un contexte de manque de ressources (société). Cet isolement et ces attitudes rendent la personne âgée à risque que sa maladie mentale ne soit pas diagnostiquée par un professionnel de la santé. D'ailleurs, comme le rapportent Suominen, Isometsä et Lönnqvist (2004), la majorité (93 %) des personnes âgées qui ont fait une tentative de suicide avaient vu un professionnel de la santé au cours de l'année précédant leur geste, mais seulement 38 % avaient reçu un diagnostic de troubles de l'humeur.

Les facteurs de protection sont aussi divers que les facteurs de risque, mais beaucoup moins étudiés. On peut tout de même mentionner qu'une bonne estime personnelle (Chatterton, Hall, & Tarrier, 2007), la présence de certaines habiletés sociales (Fässberg et al., 2012; Hinrichsen & Hernandez, 1993), donner un sens à la vie (Edwards & Holden, 2001), l'espoir (Snyder, Wroblewski, Parenteau, & Berg, 2004) et la religion (ou la

spiritualité) (Dervic et al., 2004; Fässberg et al., 2012) sont parmi les facteurs de protection du suicide. Certains auteurs, comme Lapierre, Dubé, Bouffard et Alain (2007), ont d'ailleurs tenté d'augmenter certains de ces facteurs (l'espoir et le sens de la vie) dans le cadre d'un programme visant la réalisation de buts significatifs chez les aînés.

Avec l'augmentation du nombre de personnes âgées dans la population, il y aura une augmentation du nombre absolu d'individus vulnérables au suicide. Il est donc important de mettre en place des mesures de prévention, tant générales que ciblées, afin de diminuer la probabilité qu'un geste suicidaire ne survienne. Les connaissances sur les facteurs de risque et de protection servent habituellement de base à l'élaboration de stratégies de prévention du suicide (voir Figure 1).

La prévention du suicide

Essentiellement, la prévention du suicide vise un objectif précis, soit l'élimination du geste suicidaire ou de façon plus réaliste, une diminution de sa fréquence. Malgré les nombreuses recherches réalisées depuis plusieurs années dans le domaine de la prévention du suicide, il n'existe pas d'approche faisant l'unanimité et qui puisse s'appuyer sur des données probantes (Isaac et al., 2009). Peu importe la problématique, il existe plusieurs façons de faire de la prévention. L'Institute of Medicine de Washington propose de classifier les types de prévention selon le degré de spécificité de la population à laquelle elle s'adresse (Mrazek & Haggerty, 1994). Ainsi, de la plus spécifique à la plus générale, la prévention peut être qualifiée d'indiquée, de sélective et d'universelle (Erlangsen et

al., 2011). Ces trois types de prévention seront définis et les stratégies qui les constituent seront présentées. La pertinence de la formation de sentinelles sera ensuite discutée.

La prévention indiquée

La prévention indiquée concerne les individus à haut risque de suicide qui présentent des comportements suicidaires ou qui expriment le désir de mourir, première étape du processus suicidaire (Lapierre et al., 2015). L'évaluation et la prise en charge des problèmes de santé mentale de la personne suicidaire sont centrales aux stratégies de prévention indiquée (Gallo et al., 2013). On y retrouve les programmes concertés de traitement de la dépression comme IMPACT (*Improving Mood – Promoting Access to Collaborative Treatment for depression in primary care*) et PROSPECT (*Prevention of Suicide in Primary Care Elderly: Collaborative Trial*), caractérisés par l'implication d'un gestionnaire de cas offrant une attention personnalisée aux personnes âgées dépressives (Lapierre et al., 2011). Ces deux interventions ciblées semblent avoir des effets positifs sur la diminution des idéations suicidaires (Alexopoulos et al., 2009; Hunkeler et al., 2006).

La prévention sélective

La prévention sélective s'occupe surtout de personnes ou de sous-groupes d'individus qui bien que ne présentant pas d'idéations ou de comportements suicidaires, vivent de l'isolement ainsi que des pertes ou des transitions de vie difficiles, facteurs fréquemment associés à un risque de suicide (p. ex., endeuillés récents, maladies chroniques

douloureuses, perte d'autonomie majeure). Ce type de prévention vise la réduction de l'effet des facteurs de risque et l'augmentation de la résilience (Lapierre et al., 2011). La prévention sélective vise donc les groupes qui sont vulnérables pour diverses raisons. Parmi les stratégies les plus communes, on retrouve l'accompagnement des personnes endeuillées par suicide (Jordan & McMenemy, 2004), car elles peuvent être plus à risque de choisir la mort pour éliminer leur détresse (Krysinska, 2003), ainsi que les interventions qui tentent de contrer l'isolement des aînés (De Leo, Buono, & Dwyer, 2002; Schwarzbach, Luppa, Forstmeier, König, & Riedel-Heller, 2013). Par exemple, l'intervention téléphonique, développée par De Leo et al. (2002), a permis à la population âgée de profiter de soutien et d'aide lorsqu'elle vivait des situations pouvant augmenter sa vulnérabilité, ce qui a diminué le risque suicidaire comparativement aux taux estimés pour la région (Lapierre et al., 2011). La formation de sentinelles capables d'identifier et de référer ces individus vulnérables fait aussi partie de la prévention sélective et elle sera décrite de façon détaillée dans les prochaines sections.

La prévention universelle

La prévention universelle s'adresse à l'ensemble de la population ou à une communauté, sans égard au risque. Elle vise, entre autres, à transmettre à la population de l'information sur la problématique du suicide et sur les ressources disponibles afin de diminuer l'apparition de nouveaux cas. Elle tente surtout d'améliorer les compétences et le bien-être de la population afin que ses membres puissent mieux faire face à diverses difficultés. Le contrôle de l'accessibilité aux moyens, comme le contrôle des armes à feu

(Florentine & Crane, 2010) et l'éducation des médias sur la manière de traiter le thème du suicide (Stack, 2003; Torok, Calear, Shand, & Christensen, 2017) sont des exemples de prévention universelle pouvant avoir une influence positive sur l'ensemble de la population. Les campagnes de prévention nationales peuvent également être des stratégies intéressantes pour prévenir le suicide (Pirkis, Rossetto, Nicholas, & Ftanou, 2016).

Place et pertinence de la formation de sentinelles

L'accessibilité aux soins de santé (prévention universelle), les interventions offertes aux groupes vulnérables (prévention sélective) et la prise en charge de personnes suicidaires (prévention indiquée) sont toutes essentielles. Toutefois, même si les services offerts sont adéquats et accessibles, ce ne sont pas toutes les personnes qui demandent spontanément de l'aide en période de détresse. Il est donc important d'établir des ponts entre l'individu vulnérable et les ressources disponibles. Pour les personnes présentant un risque suicidaire potentiel, ce sont les sentinelles qui jouent le rôle de pont. Les sentinelles reçoivent une formation les rendant aptes à identifier et référer les individus. Ce type de prévention sélective permet de rejoindre les personnes âgées vulnérables, comme celles qui souffrent de dépression ou d'isolement ou qui vivent des pertes majeures (santé et/ou deuil), et de favoriser leur accessibilité au système de santé.

Les sentinelles

Le premier programme de sentinelles, ou « *gatekeepers* » en anglais, a été développé en 1978 à Spokane dans l'état de Washington aux États-Unis (Florio & Raschko, 1998).

L'objectif de ce programme était de former des individus, en contact quotidien avec des personnes âgées, afin qu'ils soient en mesure de reconnaître rapidement des changements de comportement pouvant être la manifestation de détresse émotionnelle ou psychologique. Depuis sa création, le modèle a été adapté et appliqué à des populations de différents milieux (p. ex., scolaire, militaire, travail et autres).

En Europe, d'autres termes sont utilisés. En Belgique par exemple, Senterre, Bantuelle et Levêque (2006) privilégient l'expression « personne relais », même s'ils se réfèrent au texte de Julien et Laverdure (2004) utilisant le terme « sentinelle ». Le terme « vigile » a également été employé. Au Québec, les Centres de prévention du suicide (CPS) utilisent le terme « sentinelle » et il sera donc utilisé tout au long de cet essai.

Définition et fonction de la sentinelle. Dans la littérature, il ne semble pas y avoir de définition universelle et explicite de ce qu'est une sentinelle, néanmoins certains éléments reviennent fréquemment. Dans son cadre de référence, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (Gouvernement du Québec, 2006) précise que le rôle des sentinelles consiste à repérer et orienter les individus présentant un risque suicidaire vers les ressources appropriées. Les sentinelles sont habituellement sélectionnées en raison de leur proximité avec des groupes à risque ou difficiles à joindre. Accompagnées et bien préparées pour exercer leur fonction, elles s'impliquent sur une base volontaire. Bref, ce sont des personnes qui ont développé des compétences spécifiques leur permettant d'effectuer l'identification et l'orientation d'individus présentant un risque suicidaire.

Formation de sentinelles. Il existe différentes formations de sentinelles dont la durée peut varier d'une à quatorze heures, mais dont l'objectif demeure toujours le même, c'est-à-dire rendre des individus aptes à identifier et à référer des personnes présentant un risque suicidaire.

Du côté américain, la formation de sentinelles *Question, Persuade and Refer* (QPR), c'est-à-dire Questionner, Persuader et Référer, est la plus étudiée (Cross, Matthieu, Cerel, & Knox, 2007; Matthieu, Cross, Batres, Flora, & Knox, 2008; Tompkins & Witt, 2009; Wyman et al., 2008) et leurs résultats seront présentés dans la section sur l'évaluation de programme. Dans un texte exposant le rationnel et la théorie sous-jacente au QPR, Quinnett (2007) décrit en détail ce programme offert par des formateurs certifiés qui ont suivi un cours composé de dix modules intégrant les aspects théoriques de la relation d'aide et du suicide, l'enseignement du contenu du programme, et les façons adéquates de répondre aux questions des futures sentinelles. La formation QPR offerte aux sentinelles est d'une heure au minimum, mais elle peut s'étendre jusqu'à deux heures, lorsqu'on y incorpore des exercices pratiques comme des jeux de rôles. On apprend d'abord aux futures sentinelles à reconnaître les signaux d'alarme pouvant indiquer qu'une personne présente un risque suicidaire : changement de comportement, perte d'intérêt pour diverses activités, discours par rapport à mort, etc. Elles sont aussi préparées à questionner les personnes vulnérables afin d'évaluer l'urgence suicidaire. Elles apprennent également à interagir de façon à optimiser la collaboration de l'individu suicidaire, c'est-à-dire en ayant une écoute active et en développant leurs habiletés de persuasion. Finalement, on

renseigne les sentinelles sur les ressources fiables vers lesquelles elles peuvent orienter les personnes suicidaires.

L'*Applied Suicide Intervention Skills Training program* (ASIST) (Gould, Cross, Pisani, Munfakh, & Kleinman, 2013; Shannonhouse, Lin, Shaw, & Porter, 2017) est un programme de formation de 14 heures qui a la particularité de donner plus de responsabilités aux sentinelles. Les responsables du programme considèrent que de référer directement à un professionnel la personne à risque n'est pas toujours la meilleure option (Rodgers, 2010). L'accent est mis sur la qualité de l'interaction entre la personne à risque et la sentinelle, ainsi que sur la façon dont cette relation peut diminuer le risque à l'aide de la création d'un *safeplan* (plan pour assurer la sécurité). Ce plan peut être d'orienter la personne vers un professionnel, mais la sentinelle pourrait considérer d'autres options comme celle d'interpeler des membres de sa famille ou des amis. Cette décision se base sur divers facteurs : risques présents et futurs, ressources disponibles et les besoins de la personne à risque. La durée de la formation permet de faire davantage de jeux de rôle pour exercer les habiletés acquises. On peut toutefois se questionner sur la pertinence de laisser à la sentinelle le choix des options, ce qui peut présenter certains risques. Plus le nombre de décisions prises par la sentinelle augmente, plus le danger de se tromper augmente. Donner cette responsabilité aux sentinelles pourrait décourager certaines personnes de s'impliquer.

Au Québec, ce sont les CPS qui offrent les formations pour devenir sentinelles et celles-ci s'étendent habituellement sur une journée de sept heures. Dans son cadre de référence sur l'implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide, le MSSS précise qu'un individu devrait répondre à certains critères de sélection avant de pouvoir suivre la formation : être majeur, avoir un intérêt à devenir sentinelle dans un milieu particulier, ne pas être suicidaire et ne pas avoir été touché par le suicide récemment (Gouvernement du Québec, 2006). La formation doit atteindre certains objectifs au niveau du savoir (connaissances), du savoir-être (attitude) et du savoir-faire (habiletés). Ces trois éléments constituent les bases de la relation d'aide. L'objectif n'est pas de former des professionnels en relation d'aide, mais plutôt de fournir à des non professionnels un bagage suffisant leur permettant d'établir une relation de confiance avec un individu présentant un risque suicidaire. Au niveau des connaissances, elle doit reconnaître les signaux d'alarme et être apte à vérifier si quelqu'un présente un risque suicidaire et, le cas échéant, à en évaluer l'urgence. Elle doit comprendre ce qui nuit ou favorise une demande d'aide afin d'encourager la personne à faire appel au soutien professionnel. Une connaissance de certaines ressources, surtout celles où elle aura à référer la personne suicidaire, est essentielle afin qu'elle puisse orienter adéquatement les personnes en détresse. La formation vise aussi à renseigner les participants sur les particularités de certains groupes d'individus et leur vulnérabilité au suicide (p. ex., personnes âgées, hommes), ainsi que sur le milieu où elles seront appelées à intervenir (régions éloignées, milieu urbain ou rural, etc.) afin qu'elles en saisissent les spécificités. Elles doivent être sensibilisées au fait que leur rôle se limite à repérer et à référer les individus en détresse

et non d'intervenir auprès de ceux-ci pour gérer directement la crise suicidaire. En ce qui concerne la problématique, elles sont sensibilisées au fait que le suicide fait partie d'un processus de crise qui comporte des étapes et aux éléments qui en influencent l'aboutissement. Au niveau des attitudes, il est aussi nécessaire qu'elles prennent conscience de leurs croyances et de l'impact que celles-ci auront sur la façon dont elles réagiront lorsqu'elles seront confrontées à la problématique du suicide. Au niveau des habiletés, la sentinelle doit être en mesure d'identifier et de référer la personne présentant un risque suicidaire. Bien que la formation soit structurée, une certaine latitude est laissée aux formateurs en ce qui concerne le choix des exemples et des jeux de rôle qui permettront d'illustrer les comportements à adopter ou les paroles à prononcer, car les sentinelles seront appelées à intervenir auprès de populations variées. Comme la plupart des stratégies en prévention du suicide, les programmes de formation de sentinelles doivent être évalués, afin d'en vérifier la pertinence et la valeur. Les études qui portent sur l'évaluation de ce genre de programme seront présentées dans la section suivante.

Évaluation de programmes

Il existe différentes façons de faire de l'évaluation de programmes. Trois types d'évaluation seront présentés ici, afin de préciser ultérieurement en quoi l'évaluation centrée sur la théorie est le meilleur choix dans le cadre du présent essai. Ensuite, il y aura une présentation des données empiriques quant à l'évaluation des programmes de formation de sentinelles. Les études sont regroupées selon les variables évaluées à la suite

de la formation : les compétences (connaissances, attitudes et habiletés), la satisfaction et la diffusion de l'information ou le maintien des acquis dans le temps.

Approches théoriques

Il existe trois types d'évaluation de programme : l'évaluation centrée sur les utilisateurs, sur les effets et sur la théorie (Daigle, 2004). L'évaluation centrée sur les utilisateurs se fait en milieu naturel, utilise surtout une méthodologie qualitative et les objectifs varient selon les besoins (Desrosiers, 1998). À titre d'exemple, le MSSS (2012) s'en est entre autres servi pour identifier des facteurs pouvant nuire ou favoriser l'implantation d'un réseau de sentinelles dans quatre régions du Québec. Les résultats obtenus (les connaissances acquises, dans ce cas), à l'aide d'entrevues semi-structurées et de discussions de groupe, ont permis d'améliorer la planification à court et moyen terme de cette implantation. Bref, l'évaluation centrée sur les utilisateurs est tout indiquée lorsque la recherche se veut pragmatique et à visée formative. Néanmoins, la méthodologie utilisée ne permet pas de mesurer des éléments comme l'efficacité objective d'un programme.

De son côté, l'évaluation centrée sur les effets s'intéresse seulement au résultat final (Desrosiers, 1998). En prévention du suicide, ce résultat correspond à un élément distal, soit à la diminution du taux de suicide dans un groupe donné. Deux éléments compliquent sa mesure. D'abord, comparativement à d'autres problématiques, le suicide est un phénomène rare dans la population générale (Brown, Wyman, Guo, & Peña, 2006).

Ensuite, il est particulièrement complexe d'isoler l'impact d'un programme de prévention sur le taux de suicide lorsqu'on considère les multiples facteurs pouvant moduler le risque suicidaire de chaque individu.

L'évaluation centrée sur la théorie permet d'évaluer l'effet d'un programme sur une problématique complexe. Pour ce faire, le chercheur doit d'abord spécifier les causes et/ou les facteurs associés à la problématique (théorie du problème). Ensuite, certains critères lui permettront de déterminer sur lequel de ces facteurs le programme pourrait avoir un effet (théorie du programme). Les facteurs devraient être mesurables et modifiables, ainsi qu'avoir suffisamment d'influence sur la problématique (degré d'association), et ce, de la façon la plus directe possible (proximale) (Breton, Bilodeau, & Boyer, 2001). À l'aide de la théorie de l'impact, Rossi, Lipsey et Freeman (2004) décrivent la chaîne causale, où le programme est la cause, et le changement souhaité est un effet. La Figure 2 illustre cette logique. Les éléments intermédiaires sont à la fois causes (de l'élément suivant) et effets (de l'élément précédent). L'exemple de l'implantation d'un réseau de sentinelles permet de mieux saisir cette logique et ce qu'il est possible de faire lorsque l'évaluation est basée sur une théorie bien construite. Par exemple, on sait qu'il existe une corrélation entre l'isolement social et le suicide (Fässberg et al., 2012; Heinrich & Gullone, 2006). Ainsi, si on réussit à démontrer que la mise en place d'un réseau de sentinelles (programme) diminue l'isolement social (élément proximal), il est raisonnable de penser que ce programme aura indirectement un impact sur le taux de suicide (élément distal). L'isolement social est un exemple d'élément proximal servant à illustrer la logique de ce

type de chaîne causale et pourrait être remplacé par d'autres éléments proximaux, par exemple l'augmentation du nombre de demandes d'aide.

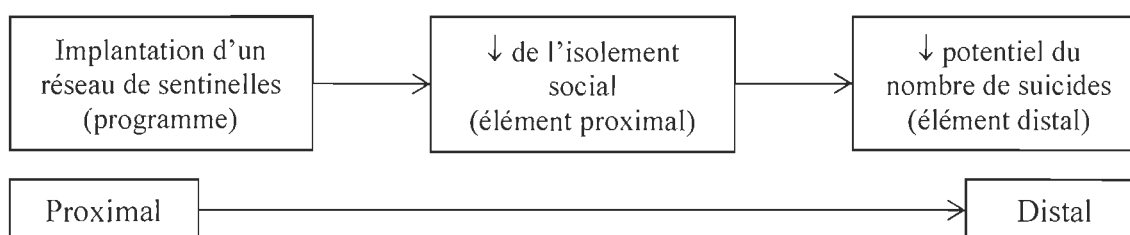


Figure 2. Chaîne causale illustrant la logique sous-jacente à l'évaluation des compétences des sentinelles.

En conclusion, le type d'évaluation de programme qui sera privilégié dépendra des objectifs de recherche. La plupart des auteurs ne parlent pas de façon explicite du modèle sur lequel repose leur recherche. Néanmoins, étant donné que plusieurs études portant sur les sentinelles mesurent des éléments proximaux, on peut penser que la plupart utilisent des évaluations centrées sur la théorie.

Wyman et al. (2008) sont parmi les rares chercheurs à avoir présenté, du moins en partie, les bases théoriques sur lesquelles reposent leurs études. Même s'ils ne se réfèrent pas à l'évaluation centrée sur la théorie, ils présentent tout de même deux modèles dont la logique peut être comprise en termes d'éléments proximaux et distaux. D'abord, il y a le « modèle de surveillance » postulant qu'améliorer les connaissances et les attitudes à l'égard du suicide rend toute personne apte à identifier et à référer adéquatement un individu vulnérable au suicide. Dans cette chaîne causale, plus il y a de personnes ayant

les compétences pour reconnaître les divers signaux d’alarme (élément proximal), plus on augmente la probabilité de sauver des individus en les identifiant et en les référant à temps (élément distal). De son côté, le « modèle de communication » postule qu’améliorer les connaissances et les attitudes de n’importe quel individu ne suffit pas à augmenter significativement le nombre de comportements d’identification et de référence. En fait, cette augmentation passera par l’action d’un sous-ensemble de personnes communiquant avec les individus vulnérables, que ce soit à cause de leur profession (psychologue, travailleur social, etc.) ou de leurs qualités personnelles (empathie, capacité d’accueil, etc.). Avec ce modèle, seulement une fraction de ceux assistant à une formation serait en mesure de véritablement jouer leur rôle.

L’évaluation centrée sur la théorie servira de base au présent essai, et ce, avec une logique qui s’apparente à celle du « modèle de surveillance » présenté par Wyman et al. (2008). La Figure 3 illustre la logique sous-jacente à l’évaluation des compétences des sentinelles dans le cadre de cet essai. Si améliorer leurs compétences permet d’augmenter le nombre d’individus vulnérables référés à temps, et que cela diminue le nombre de suicides complétés, alors cette évaluation est pertinente dans cette chaîne de cause à effet.

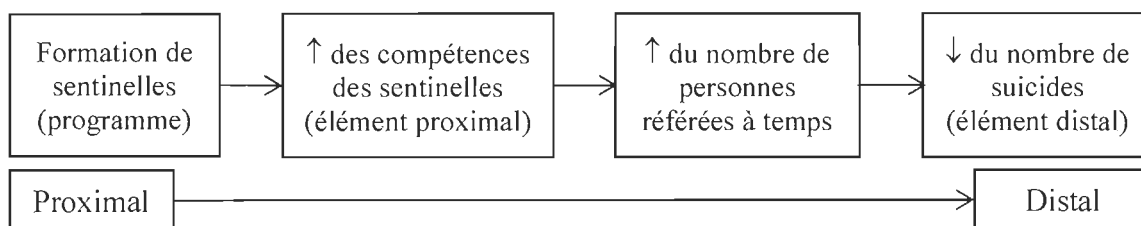


Figure 3. Chaîne causale illustrant la logique sous-jacente à l’évaluation des compétences des sentinelles

Études empiriques sur l'évaluation de programmes de sentinelles

Les études empiriques portant sur la formation de sentinelles se sont intéressées à divers éléments comme les compétences, la satisfaction et la diffusion de l'information et le maintien des acquis dans le temps. La présentation des données empiriques découlant de ces études sera présentée dans la section suivante.

Compétence des sentinelles. Un des éléments proximaux sur lequel les chercheurs se sont concentrés est la compétence des sentinelles. Les auteurs distinguent habituellement trois éléments faisant partie de la compétence : le savoir (les connaissances), le savoir-être (les caractéristiques personnelles comme les croyances, les attitudes, le sentiment d'efficacité personnelle, l'empathie, le respect, le non-jugement, etc.) et le savoir-faire (les habiletés constituant la dimension comportementale) (Marcoux, 2004). Ces trois éléments sont en interrelations. Par exemple, les attitudes négatives ou les croyances erronées d'un individu à l'égard du suicide nuiront à sa façon d'intervenir lorsqu'il sera en contact avec une personne suicidaire, peu importe ses connaissances et ses habiletés (Lang, Ramsay, Tanney, & Tierney, 1989).

Connaissances (savoir). Dans la littérature scientifique, les connaissances acquises par les sentinelles sont principalement évaluées de deux façons : autoévaluation et test sur les connaissances factuelles (associées à la formation). Les deux mesures sont réalisées à l'aide de questionnaires. Divers auteurs se sont penchés sur la question des connaissances à la suite d'une formation reçue par les sentinelles (Cross et al., 2007; Matthieu et

al., 2008; Wyman et al., 2008). Ils ont démontré qu'elle avait un impact positif sur les connaissances, peu importe la façon dont elles avaient été évaluées.

Attitudes et sentiment d'efficacité personnelle (savoir-être). L'attitude favorable d'un individu à l'égard de l'intervention qu'il pourra effectuer auprès de personnes suicidaires, c'est-à-dire la reconnaissance de son droit d'intervenir, favorise sa propre mise en action auprès de celles-ci. Le *Suicide Intervention Questionnaire* (SIQ), développé par Tierney (1988), est un outil permettant d'évaluer l'attitude d'un individu à l'égard de l'intervention faite auprès de personnes suicidaires. Un score élevé correspond à une attitude favorable. Le SIQ est composé de 20 items du type : « J'ai le droit d'intervenir si quelqu'un est à risque de se suicider ». L'individu doit spécifier à quel point il est en accord avec ces affirmations, sur une échelle de type Likert en cinq points. À l'aide de 10 des 20 items originaux du SIQ, Stuart, Waalen et Haelstromm (2003) sont arrivés à la conclusion que la formation offerte aux sentinelles avait un impact positif sur les attitudes des participants. Le score moyen avait significativement augmenté entre le prétest et le post-test. Toutefois, il y a eu une diminution significative du score moyen entre le post-test et la relance trois mois plus tard. Les auteurs ne fournissent pas d'hypothèses pour expliquer cette diminution. Parmi les lacunes de cette recherche, on remarque l'absence d'un groupe contrôle ne bénéficiant pas de la formation. Avec une étude de même type, une autre équipe de chercheurs (Chagnon, Houle, Marcoux, & Renaud, 2007) a utilisé 19 des 20 items du SIQ (un item ayant été éliminé à cause d'un problème de terminologie lors de la traduction de l'anglais au français). Ils ont également

observé une amélioration des attitudes. Néanmoins, contrairement à l'étude de Stuart et al. (2003), l'amélioration s'est maintenue entre le post-test et la relance réalisée six mois plus tard. De leur côté, Keller et al. (2009) ont évalué le changement d'attitude quant à l'inévitabilité du suicide à la suite d'une formation de sentinelles. Les participants devaient noter leur degré d'accord, sur une échelle de type Likert en cinq points, avec huit énoncés représentant des mythes et des attitudes associés à la fatalité du suicide. Malgré une diminution du score moyen entre le post-test et la relance six mois plus tard, l'amélioration notée, comparativement au prétest, est demeurée significative.

Le sentiment d'efficacité personnelle (SEP) réfère à la « croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités » (Bandura, 2003, p. 12). Cette croyance est subjective et ne doit pas être considérée comme une mesure de compétence objective (Marcoux, 2004). Cela étant dit, qu'il soit préexistant chez l'individu ou acquis, le SEP aurait un effet positif sur la motivation, l'apprentissage et la performance (Salas & Cannon-Bowers, 2001). Keller et al. (2009) ont demandé à des personnes ayant suivi une formation de sentinelle, leur degré d'accord avec certains énoncés tels que : « J'ai les habiletés nécessaires pour discuter de suicide avec des jeunes ». Ils sont parvenus à la conclusion que le SEP avait augmenté de façon significative par rapport au niveau observé au prétest et que ces gains, malgré un certain déclin, sont demeurés significatifs même après six mois.

Cross et al. (2007) et Matthieu et al. (2008) sont arrivés à la même conclusion en demandant à des participants d'évaluer leur habileté à identifier les personnes présentant un risque suicidaire et à intervenir auprès d'elles. Pour ce faire, ils se sont servis d'un questionnaire, utilisant une échelle de type Likert en cinq points, qu'ils ont administré avant et après la formation. L'originalité de l'étude de Matthieu et al. vient du fait que la formation a été offerte non seulement à des individus n'ayant aucune connaissance préalable sur le suicide, mais également à une cohorte de cliniciens (psychologues, travailleurs sociaux, etc.). Avec des résultats positifs, tant chez les cliniciens que les non-cliniciens, il semblerait que l'ensemble des participants ait le sentiment de profiter d'un tel enseignement, peu importe leurs connaissances de base.

Habilités (savoir-faire). Reconnaître les signaux d'alarme, questionner les intentions suicidaires, être à l'écoute des problèmes et référer à de l'aide professionnelle ne sont que des exemples d'habiletés qu'une sentinelle devrait posséder à la suite de sa formation. Mesurer le développement de ces habiletés devrait idéalement se faire en milieu naturel, c'est-à-dire à partir de l'observation *in vivo* des « interventions » (Marcoux, 2004). Néanmoins, cette méthode n'est pas réaliste lorsqu'il s'agit d'évaluer le « travail » des sentinelles réalisé auprès de personnes dont les comportements suicidaires peuvent survenir à tout moment. Il serait particulièrement coûteux de former des évaluateurs disponibles en tout temps, prêts à prendre des notes lorsqu'une sentinelle serait en présence d'une personne présentant un risque suicidaire.

Différents outils ont été développés afin de mesurer certains aspects de l'habileté des individus appelés à jouer un rôle en prévention du suicide. Par exemple, le *Suicide Intervention Response Inventory* (SIRI) permet de mesurer l'habileté d'un individu à reconnaître les réponses facilitantes lors d'une intervention auprès de personnes présentant un risque suicidaire (Neimeyer & MacInnes, 1981). Le SIRI-II a été développé afin d'éliminer l'effet plafond observé avec le SIRI, lorsque celui-ci était administré à des individus possédant de l'expérience en ce domaine (Bonnelle, 1997). En effet, le SIRI original utilisait 25 items où le participant devait déterminer si l'intervention était appropriée ou inappropriée. Quant au SIRI-II, il utilise plutôt une échelle de type Likert en sept points permettant aux participants de nuancer leurs réponses. Stuart et al. (2003) se sont servis du SIRI-II afin d'évaluer l'impact du programme *Peer Gatekeeper Training* (PGT) offert à des adolescents de huit écoles. Ce programme visait le développement, chez les étudiants, des connaissances et des habiletés suivantes : écoute active, reconnaître les signes précurseurs du suicide, évaluation du risque suicidaire, apprendre à connaître ses limites et connaissance des ressources. Les chercheurs ont conclu que la formation augmentait l'habileté des adolescents à reconnaître les réponses facilitantes et que cette capacité était maintenue trois mois plus tard. Toutefois, reconnaître une intervention appropriée ne signifie pas être capable de l'exécuter (Neimeyer & MacInnes, 1981).

Chagnon et al. (2007) ont surmonté cette lacune en présentant sept mises en situation, cinq par écrit et deux sur vidéo, à 43 personnes ayant suivi une formation de sentinelle, ainsi qu'à un groupe contrôle de 28 individus, qui n'ont pas reçu les enseignements. La

formation expliquait comment reconnaître les signes précurseurs d'un suicide éventuel afin que les participants soient en mesure de référer les individus vulnérables aux ressources appropriées. Afin de déterminer les habiletés que devaient maîtriser les sentinelles, les chercheurs se sont inspirés du modèle *Comprehensive, Competency-Based Inservice Training* (CCBIT), développé par Rycus et Hughes (2000), décrivant les étapes permettant de spécifier les compétences requises chez les aidants d'un domaine spécifique. Huit experts sur le suicide ont construit les mises en situation et déterminé quelles questions ouvertes allaient être posées aux participants. Ces derniers devaient évaluer chaque situation, expliquer leur raisonnement et décrire comment ils seraient intervenus en situation réelle. Comparativement au SIRI-II qui évalue seulement la capacité à reconnaître la bonne réponse, ce type de mesure permet d'évaluer le potentiel du participant à intervenir adéquatement et à exercer son jugement. Les résultats de leur étude démontrent que les habiletés des personnes ayant suivi la formation de sentinelle sont supérieures à celles du groupe contrôle. Même, s'il y a une diminution notable de ces habiletés six mois après la formation, le niveau d'habileté demeure tout de même significativement supérieur à ce qu'il était au départ.

Les jeux de rôle peuvent servir à bonifier la formation (Cross et al., 2007, 2011), mais ils peuvent également servir à évaluer les habiletés dans un contexte se rapprochant de celui d'une véritable intervention. À cette fin, Cross et al. (2007) ont développé l'*Observational Rating Scale of Gatekeeper Skills* (ORS-GS). Cette grille d'observation permet d'évaluer cinq habiletés centrales des sentinelles : l'écoute active, la clarification

de l'intention suicidaire chez une personne qui l'exprime directement ou indirectement, la vérification de la présence d'idées suicidaires, l'encouragement à demander de l'aide et finalement, la référence des personnes vers les ressources professionnelles. Ces habiletés ont été sollicitées lors de jeux de rôle standardisés prenant la forme de dialogues et enregistrés à des fins d'évaluation. Des assistants de recherche recevaient trois heures de formation pour jouer leur rôle de comédien. Des observateurs évaluaient le niveau de ces cinq habiletés chez les sentinelles en utilisant une cote variant de 1 à 3 : *pas du tout* (1), *minimal* (2) et *satisfaisant* (3). À la suite d'un enseignement de seulement 1 heure, 55 % des individus ont affiché un niveau satisfaisant d'habiletés, c'est-à-dire un score global se situant entre 12 et 15. Malgré l'absence d'un groupe contrôle et la brièveté de la formation (une heure), cette étude a l'originalité de prendre une mesure comportementale par observation directe lors d'un jeu de rôle. Dans une étude subséquente évaluant une formation de même durée, une équipe de chercheurs a utilisé une version raffinée de l'ORS-GS (Cross, Matthieu, Lezine, & Knox, 2010). Cette version offrait aux observateurs quatre choix (0 à 3) de cotes possibles au lieu de trois. Cette fois, un niveau d'habileté satisfaisant exigeait un score minimum aux trois habiletés mesurées dans l'étude : la vérification de la présence d'idées suicidaires (score = 3), l'encouragement à demander de l'aide (score ≥ 2) et la référence des personnes vers les ressources professionnelles (score ≥ 2). Les auteurs ont noté que, selon ces critères, 54 % des participants avaient un niveau d'habiletés satisfaisant. Toutefois, 46 % des individus ne possédaient pas les habiletés requises et les auteurs considèrent que cela pourrait s'expliquer par le fait que la formation offerte n'a pas permis d'améliorer les habiletés de

communication générale des participants (empathie, écoute active, etc.). Ces habiletés pourraient s'avérer nécessaires afin d'établir une relation suffisamment ouverte pour favoriser les confidences de personnes ayant des intentions suicidaires.

Wyman et al. (2008) ont réalisé la première étude randomisée contrôlée auprès de sentinelles. La formation de type QPR, qui a précédemment été décrite, a été offerte au personnel d'une école. L'échantillon comportait 249 participants, 122 suivaient la formation alors que 127 ne la suivaient pas. Ils étaient répartis en quatre groupes selon leur profession : professeurs, personnel de soutien, administrateurs et intervenants en santé/service social. Avant l'expérimentation, leur niveau de connaissances en prévention du suicide, leur SEP et le nombre de gestes concrets posés (questionner directement à propos du suicide et référer) variaient beaucoup selon la profession exercée. À des degrés divers, peu importe la profession, il y a eu un impact positif sur les connaissances et le SEP entre prétest et le second temps de mesure (environ un an plus tard). Néanmoins, chez les individus n'ayant jamais questionné directement un élève paraissant vulnérable au suicide, ce comportement n'a pas augmenté de façon significative lors de la seconde mesure. Toutefois, chez les individus suivant la formation, 13 % ont mentionné, au prétest, avoir questionné un élève sur ses idéations suicidaires au cours des six mois précédant l'étude. Au second temps de mesure, 100 % de ces personnes ont affirmé l'avoir fait une ou deux fois à la suite de la formation. Dans le groupe contrôle, 14 % des individus avaient questionné un élève sur son désir de mourir au cours des six mois précédents. Au second temps de mesure, plus de la moitié de ceux-ci, soit 58 % d'entre eux, ont mentionné l'avoir

fait au moins une fois durant la période précédant cette mesure. Bref, ce sont les individus capables d'établir un contact privilégié avec les élèves qui les aborderont davantage sur la question du suicide à la suite de la formation. Cette dernière n'a pas changé l'habileté de communication des personnes réticentes à aborder directement la problématique. Puisque les compétences acquises par les sentinelles ne sont habituellement pas sollicitées de façon régulière, on peut donc se demander si celles-ci peuvent se maintenir dans le temps. Cet élément sera abordé dans une section ultérieure.

Satisfaction et diffusion d'informations à la suite de la formation. Les résultats des études sur la satisfaction des sentinelles, quant à la formation qu'elles ont reçue, tendent à démontrer que la majorité est satisfaite. À titre d'exemple, Matthieu et al. (2008) ont obtenu un taux de satisfaction de 93,3 % dans leur étude. Ce constat n'est pas sans intérêt étant donné que cela peut favoriser, grâce au bouche-à-oreille, l'augmentation de personnes souhaitant s'impliquer. En plus d'obtenir des résultats allant dans le même sens, Cross et al. (2007) se sont intéressés à la diffusion de l'information. Ils sont arrivés à la conclusion que les sentinelles partageaient ce qu'elles avaient appris avec leur réseau social personnel et professionnel.

Maintien des acquis dans le temps. Des auteurs remarquent que plus la durée entre l'acquisition d'une habileté (ou d'un apprentissage) et le moment où celle-ci sera mise en pratique est longue, plus elle aura tendance à décliner (Arthur, Bennett, Stanush, & McNelly, 1998). Comme il a été décrit dans les études présentées précédemment

(Chagnon et al., 2007; Keller et al., 2009; Stuart et al., 2003), il n'est pas rare d'observer un déclin d'une ou de plusieurs dimensions de la compétence (connaissance, habileté et/ou attitude) lors d'une relance ayant lieu trois à six mois à la suite de la formation.

En conclusion, les recherches tendent à démontrer que les sentinelles sont satisfaites de l'enseignement qu'elles ont reçu et par l'intégration des jeux de rôle (Cross et al., 2007). De façon générale, la formation a un impact positif sur les trois composantes de leur compétence : les connaissances, les attitudes et les habiletés. Néanmoins, les acquis semblent avoir tendance à diminuer de façon plus ou moins prononcée selon la composante mesurée, le type d'enseignement offert, sa durée et le temps écoulé depuis la fin de celui-ci. Toutefois, à notre connaissance, peu de formations de sentinelles sont spécifiquement conçues pour prévenir le suicide des aînés et aucune n'est destinée à former des personnes âgées agissant à titre de sentinelles pour leurs pairs.

Objectifs

Pour soulager la détresse psychologique et prévenir le suicide des aînés de leur région, la Table régionale de concertation des personnes aînées du Centre-du-Québec, en collaboration avec les CPS de Trois-Rivières, Drummondville et Victoriaville, a élaboré le projet de créer un réseau de sentinelles pour et par les aînés. Le Laboratoire de gérontologie de l'UQTR participait à la cueillette et à l'analyse des données. L'objectif de cet essai était d'évaluer l'impact de la formation offerte par les CPS sur les connaissances, les attitudes et le SEP de participants de 50 ans et plus ayant principalement à intervenir

auprès d'une population âgée étant donné le milieu dans lequel ils évoluent. L'étude de ces variables s'inscrit dans une logique d'une évaluation centrée sur la théorie. De façon exploratoire, l'essai vise à vérifier s'il y a des particularités quant au vécu des sentinelles âgées, lorsqu'elles ont à mettre en pratique ce qu'elles ont appris lors de leur formation.

À la lumière de la recension des écrits, il est possible de formuler les hypothèses suivantes :

1. La formation augmentera le niveau de connaissances des sentinelles de 50 ans et plus à l'égard du suicide;
2. La formation améliorera l'attitude des sentinelles de 50 ans et plus à l'égard de l'intervention auprès de personnes suicidaires;
3. La formation améliorera le SEP des sentinelles de 50 ans et plus par rapport à leurs habiletés à agir de façon adéquate auprès d'individus vulnérables.

Méthode

Le deuxième chapitre de cet essai comporte trois parties. La première décrit la formation offerte aux personnes intéressées à devenir sentinelles. La deuxième présente les critères de sélection et les caractéristiques des participants, tandis que la dernière décrit les instruments de mesure utilisés pour évaluer l'effet de la formation.

Déroulement

La Table régionale de concertation des personnes âgées du Centre-du-Québec a d'abord offert 76 activités de sensibilisation intitulées : « Prévention de la détresse psychologique et du suicide chez les aînés ». Les conférences ont été présentées dans différents milieux et associations, dont la FADOQ, les habitations à loyer modique (HLM) et l'Ordre des Chevaliers de Colomb. Un total de 969 individus, dont 796 femmes et 159 hommes, ont participé à cette activité de deux heures offerte par un formateur d'un des trois CPS de la région. L'objectif général était de les sensibiliser à la problématique du suicide chez les aînés. Divers thèmes y étaient abordés : signaux envoyés par une personne en détresse (repérer), actions pouvant être prises face à des individus ayant des idées suicidaires (accompagner) et ressources disponibles dans le milieu (référer). Les ateliers de sensibilisation se terminaient avec la présentation du contenu général d'une formation complète pour devenir une sentinelle ainsi que le rôle qu'elle est appelée à jouer. Les personnes désirant exercer ce rôle ont été invitées à manifester leur intérêt en complétant un coupon-réponse.

L'objectif de cette formation de 7 heures, offerte par les CPS, était de rendre les participants plus aptes à identifier, à accompagner et à référer les personnes âgées présentant un risque suicidaire. Un enseignement a été offert sur le plan des connaissances (savoir) : statistiques sur le suicide, processus suicidaire, facteurs de risque (par exemple la dépression), signaux d'alarme pouvant précéder un geste désespéré, évaluation de l'urgence suicidaire et ressources disponibles. Au niveau des attitudes (savoir-être), les participants étaient invités à explorer leurs croyances à l'égard du suicide, ainsi que leur motivation à devenir sentinelle. L'objectif était de remettre en question certains mythes et préjugés qu'ils pouvaient entretenir et leur permettre de réaliser l'importance d'intervenir (dans les limites de leur rôle). L'habileté (savoir-faire) des sentinelles à identifier et à référer les personnes présentant un risque suicidaire est en partie tributaire de leur capacité à mettre en pratique les connaissances acquises. Cette mise en pratique des connaissances a été faite à l'aide de courts jeux de rôle. Les participants ont également été conscientisés quant à l'importance de prendre soin d'eux-mêmes, car le rôle de sentinelle est exigeant. Finalement, les modalités de suivi et de supervision sont abordées, afin que les sentinelles contactent un CPS dès qu'elles accompagnent une personne en difficulté.

Participants

Des 969 personnes ayant participé aux activités de sensibilisation, environ 10 % ont manifesté un intérêt à devenir sentinelle. Ces dernières ont été rencontrées, lors d'une entrevue réalisée par la coordonnatrice d'un CPS, afin de déterminer si elles avaient le

profil adéquat pour exercer ce rôle (intérêt à devenir sentinelle, ne pas être suicidaire et ne pas avoir été récemment endeuillée par le suicide). Parmi les 98 personnes qui ont suivi la formation de sept heures, 46 ont accepté de participer à la recherche et de remplir les questionnaires aux deux temps de mesure. Toutefois, seulement 40 personnes ont effectivement complété le prétest et 29 ont fait le post-test, qui a eu lieu quatre mois après la formation. L'échantillon final comporte donc 29 participants, dont 18 femmes et 11 hommes, âgés de 31 à 73 ans ($M = 51,8$; $ÉT = 13,46$). En effet, devant la difficulté à recruter uniquement des personnes de 50 ans et plus, les CPS et la Table ont décidé d'intégrer dans les groupes de formation de sentinelles des participants plus jeunes intéressés à prévenir le suicide des aînés. L'échantillon est donc composé de 11 personnes ayant moins de 50 ans, 11 ayant entre 50 et 65 ans et 7 ayant plus de 65 ans.

Instruments de mesure

Un devis prétest/post-test, sans groupe contrôle, a été utilisé dans le cadre de cette recherche. Les subventions octroyées, pour que la Table de concertation des personnes aînées du Centre-du-Québec puisse réaliser son projet de prévention de la détresse psychologique et du suicide, ne visaient que la planification et l'organisation des activités de sensibilisation et de formation auprès de la population et non la réalisation d'une étude scientifique, d'où l'absence d'un groupe contrôle. De plus, la Table considérait que d'un point de vue éthique, il aurait été discutable de refuser la formation à une partie de ceux et celles qui voulaient s'impliquer. L'implication bénévole du Laboratoire de gérontologie a tout de même permis à la Table de vérifier certains effets du programme de formation.

Les données ont été recueillies à l'aide de trois questionnaires expédiés par la poste avant la formation (informations générales, attitudes et connaissances) et de trois questionnaires expédiés quatre mois plus tard lors du post-test (attitudes, connaissances ainsi que des questions sur leur SEP et leur expérience de sentinelle), afin que les sentinelles aient la possibilité d'utiliser leurs connaissances et leurs habiletés auprès de personnes vulnérables dans leur communauté. Les participants ont rempli les questionnaires à leur domicile (voir l'Appendice A pour le prétest et l'Appendice B pour le post-test). Il n'y a pas eu de post-test immédiatement après la formation, car il était difficile de coordonner l'envoi par la poste de questionnaires dans trois milieux qui offraient les formations à différents moments et surtout difficile de savoir à quel moment les participants compléteraient les questionnaires. Aucune donnée n'a été recueillie à la suite de la formation quant aux habiletés objectives des sentinelles. Cette décision s'explique par le fait que des mesures opérationnelles de ces habiletés auraient exigé des ressources trop importantes (matériel audiovisuel ou formation de comédien pour jeux de rôle).

Des informations générales à propos des participants ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire sociodémographique (âge, sexe, scolarité, état civil, etc.) ainsi que des questions sur leur rôle dans la communauté (travailleur ou bénévole), leur expérience antérieure avec des personnes en détresse et une question pour évaluer leur SEP général quant à leur capacité à intervenir auprès de gens possiblement à risque suicidaire. Le test de connaissances sur l'intervention est composé de 13 énoncés comportant des réponses

à choix multiples (Lapierre & Béland, 2009a), comme « Les plans de suicide (COQ : Comment, Où, Quand) sont évalués selon la base du/de la : a) Degré de planification; b) Âge; c) Gravité de l'état de la personne; d) Détresse apparente ». L'attitude des participants, à l'égard de l'intervention auprès de personnes suicidaires, a été mesurée à l'aide de 19 des 20 items du SIQ (Lapierre & Béland, 2009b). Quatre items portant précisément sur le suicide des aînés, ainsi que dix items concernant les mythes associés au suicide (abordés durant la formation) ont été ajoutés au questionnaire. Les participants devaient donner leur degré d'accord avec des énoncés comme « J'interviendrai si quelqu'un me dit qu'il pense au suicide », sur une échelle de type Likert en cinq points, variant de *Fortement en désaccord* (1) à *Fortement d'accord* (5). Le coefficient de consistance interne de l'échelle d'attitudes, obtenu auprès des 40 personnes ayant complété le prétest, est de 0,59 (Alpha de Cronbach).

Lors du post-test (voir Appendice B), diverses questions ont été ajoutées afin d'évaluer de façon plus spécifique le SEP des sentinelles à l'égard de diverses habiletés ainsi que leurs expériences d'accompagnement depuis la formation. Ainsi, il était demandé aux participants d'évaluer leur habileté générale à intervenir (SEP) avant et depuis la formation sur une échelle de *Très faible* (1) à *Très grande* (6). Ils devaient ensuite préciser, sur une échelle de *Pas du tout* (1) à *Beaucoup* (4), jusqu'à quel point ils considéraient posséder les trois habiletés spécifiques permettant de reconnaître, accompagner et référer des personnes suicidaires, ainsi que celles visant à aborder le sujet du suicide et à recueillir de l'information sur la planification du geste suicidaire. Avec le

même type d'échelle, ils indiquaient également si la formation avait changé leurs attitudes sur le suicide et les personnes suicidaires, et si elle leur avait permis de prendre conscience des problèmes vécus par les personnes âgées souffrant de détresse psychologique. Finalement, les participants devaient indiquer le nombre de contacts qu'ils avaient eus avec des individus en détresse, les caractéristiques des personnes rencontrées (sexe, âge, situation ou perte vécue) et le nombre de personnes référées. Les participants devaient aussi décrire les situations où ils ont eu à jouer leur rôle de sentinelle et particulièrement les obstacles rencontrés et les inquiétudes ressenties. Ils ont également dû évaluer leur sentiment d'utilité et de responsabilité, quant à leur rôle, sur une échelle de *Pas du tout* (1) à *Beaucoup* (4), ainsi que la manière dont ils se sentaient à l'égard de leur rôle sur une échelle de *Pas du tout à l'aise* (1) à *Très bien* (5).

Résultats

Le principal objectif de cette étude était de vérifier si une formation de sentinelle avait un impact positif sur les connaissances, les attitudes et le SEP de participants de 50 ans et plus ayant principalement à exercer leur rôle auprès d'une population âgée. Dans un second temps, quelques éléments de leur expérience ont été analysés, afin de mieux comprendre leur vécu en tant que sentinelles. Finalement, les craintes que pouvait faire émerger leur contact avec des personnes suicidaires ont été sondées.

Connaissances (savoir)

Les analyses de tests *t* pairés, comparant les moyennes des 29 participants au test de connaissances aux deux temps de mesure, montrent que l'hypothèse 1 est confirmée, car comparativement au prétest ($M = 125,79$, $ÉT = 11,21$), ils se sont significativement améliorés ($t(28) = 4,49$; $p < 0,05$) à la suite de la formation ($M = 134,45$, $ÉT = 9,16$).

Attitudes et sentiment d'efficacité personnelle (savoir-être)

Du côté des attitudes, l'hypothèse 2 est également confirmée, car les résultats aux tests *t* pairés montrent que, comparativement au prétest ($M = 8,14$, $ÉT = 2,00$), les participants se sont significativement améliorés ($t(28) = 1,98$; $p < 0,001$) à la suite de la formation ($M = 8,90$, $ÉT = 1,88$). Les résultats montrent que 83 % des participants considéraient que la formation avait changé (moyennement ou beaucoup) leur attitude à

l'égard du suicide et tous affirmaient qu'elle les avait aidés à prendre conscience des problèmes vécus par les aînés en détresse. Il est à noter qu'il n'y a pas de différences significatives entre l'amélioration notée chez les participants ayant moins de 50 ans et ceux ayant 50 ans et plus, tant au niveau des attitudes que des connaissances.

En ce qui concerne le SEP, l'hypothèse 3 est confirmée, car les résultats aux tests t pairés ($t(26) = 5,22; p < 0,001$) montrent que, comparativement au prétest ($M = 2,94/6$, $ÉT = 1,04$), les participants considèrent que leur habileté à intervenir auprès des personnes suicidaires s'est significativement améliorée lorsqu'ils ont été évalués au post-test ($M = 4,12/6$, $ÉT = 0,75$) et qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes d'âge ($t(27) = 0,59; p = 0,56$). Plus spécifiquement, les sentinelles considéraient qu'elles se sentaient aptes à référer les personnes à risque ($M = 3,78/4$), gérer ces situations ($M = 3,43/4$), aborder le sujet du suicide ($M = 3,41/4$), recueillir de l'information sur la planification du geste suicidaire ($3,26/4$), reconnaître les gens en détresse ($M = 3,17/4$) et accompagner les personnes à risque ($M = 3,00/4$). On constate donc que 81,5 % des individus se sentent très aptes à référer une personne à risque ou à aborder le sujet du suicide (44,8 %), mais que seulement 14,8 % se sentent très aptes à l'accompagner. Il est important de noter que les analyses ne détectent aucune différence significative entre les sentinelles de 50 ans ou plus et celles ayant moins de 50 ans pour chacune de ces aptitudes.

Expérience des sentinelles

Au total, 12 (sept de 50 ans et plus et cinq de moins de 50 ans) des 29 répondants (41,4 %) ont eu l'occasion d'agir comme sentinelle à la suite de leur formation : six auprès d'une personne, trois auprès de deux personnes, deux auprès de trois personnes et une auprès de quatre personnes. Un total de 22 personnes en détresse ont été aidées : 12 avaient 50 ans et plus; 7 avaient moins de 50 ans (on ne connaît pas l'âge de trois des personnes aidées). Parmi les 11 hommes et les 11 femmes en détresse ayant été identifiés, 8 individus ont été référés aux CPS. Le sentiment que les sentinelles entretenaient par rapport à leur rôle a été examiné : aisance ($M = 3,81/5$), impression d'utilité ($M = 3,44/4$) et sentiment de responsabilité ($M = 3,21/4$). Il n'y a pas de différence entre les deux groupes d'âge pour l'attitude à l'égard de leur rôle.

Afin d'avoir une idée des craintes que pouvaient entretenir les sentinelles à propos de leur rôle, des questions ouvertes leur ont été posées à ce sujet. Les personnes qui ont inscrit une réponse à ces questions ont mentionné : la peur d'être agressé par un alcoolique, la difficulté à accepter certaines problématiques, la peur d'envenimer la situation, la gêne de questionner sur le suicide et la peur de ne pas être suffisamment objectif. Il est à noter que chaque élément n'a été nommé qu'une seule fois par les participants.

Discussion

Le principal objectif de cet essai était de mesurer l'impact d'une formation de sentinelles sur les connaissances, les attitudes et le SEP d'individus de 50 ans et plus exerçant principalement leur rôle auprès d'ainés suicidaires. L'objectif secondaire était d'investiguer s'il y avait certaines spécificités chez les sentinelles de 50 ans et plus comparativement à celles de moins de 50 ans.

Impact de la formation sur les participants

Les études qui se sont penchées sur la formation de sentinelles chez les plus de 50 ans sont rares. Matthieu et al. (2008) ont effectué leur recherche avec des participants ayant une moyenne d'âge de 51,2 ans, mais cette variable n'était que secondaire dans leur étude et les auteurs n'ont pas tenté de savoir s'il y avait des différences sur le plan de l'acquisition des connaissances ou sur le changement d'attitudes en fonction de l'âge. Même si des auteurs affirment que la présence de sentinelles dans certains milieux permettrait de rejoindre des personnes âgées suicidaires (Lapierre et al., 2011), il n'y a pas, à notre connaissance, d'études qui ont tenté de mesurer l'impact d'une formation de ce genre sur les connaissances, les attitudes et le SEP des sentinelles de 50 ans et plus. La présente étude tentait de compenser cette lacune, mais elle n'a pu y arriver que partiellement. En effet, le nombre de participants à l'étude étant plus faible que prévu, les analyses statistiques ont dû également considérer les participants de moins de 50 ans pour vérifier les effets du programme et se limiter à des comparaisons entre les moins de 50 ans

et les plus de 50 ans pour appuyer l'idée que les sentinelles âgées sont aussi en mesure d'aider les personnes suicidaires.

Les résultats de la présente étude indiquent que la formation de sept heures, offerte par les CPS du Québec, a eu un impact positif sur les connaissances, les attitudes et le SEP de l'ensemble des participants. Ces résultats sont cohérents avec ce qui a été obtenu par d'autres chercheurs au niveau des connaissances (Cross et al., 2007; Matthieu et al., 2008; Wyman et al., 2008), des attitudes (Chagnon et al., 2007; Keller et al., 2009; Stuart et al., 2003) et du SEP des participants (Cross et al., 2007; Keller et al., 2009; Matthieu et al., 2008). L'impact positif de la formation sur le savoir (connaissances) et le savoir-être (attitude et SEP) est encourageant dans la mesure où les résultats de la présente étude s'inscrivent dans une logique d'évaluation basée sur la théorie. En effet, ces améliorations au niveau de deux composantes de la compétence pourraient en théorie se traduire par une augmentation du nombre de personnes vulnérables référées à temps et conséquemment, une diminution du nombre de suicides (voir Figure 3). Cela étant dit, bien que la formation et ce qu'elle permet de développer soient essentiels, l'efficacité des sentinelles est dépendante d'autres éléments. Il est important que la supervision et le soutien offerts aux sentinelles soient bien adaptés à leurs besoins et que les ressources, vers lesquelles elles vont référer les personnes présentant un risque suicidaire, soient bien préparées à jouer leur rôle.

En comparant, les sentinelles de 50 ans et plus avec celles de moins de 50 ans, les résultats montrent qu'il ne semble pas y avoir de différences significatives entre les groupes d'âge sur le plan de l'amélioration des connaissances et des attitudes. Ainsi, il semble que les individus âgés ont bénéficié tout autant que les plus jeunes de la formation pour améliorer leurs connaissances, leurs attitudes et leur SEP. Néanmoins, il est possible que les analyses statistiques n'aient pas pu détecter les différences compte tenu du faible nombre de personnes dans chaque groupe d'âges.

Dans la présente étude, 41,4 % des participants ont mentionné avoir agi en tant que sentinelle au cours des quatre mois suivant leur formation. Cette proportion est moins élevée que celle qui a été obtenue (57 %) par Wyman et al. (2008). Toutefois, il est à noter que ce dernier a effectué le post-test un an après la formation, ce qui a laissé trois fois plus de temps aux participants pour agir en tant que sentinelle. On peut donc affirmer que les résultats de la présente recherche sont encourageants, car ils mettent en évidence le fait qu'une partie des individus ayant suivi la formation est intervenue directement auprès de personnes qu'ils ont senties en détresse dans leur entourage. En ce qui concerne les âgés en tant que cible d'action, 12 des 22 personnes en détresse (54,5 %) interpellées par les sentinelles avaient 50 ans et plus. En conséquence, l'utilisation de sentinelles peut être utile pour identifier et référer des personnes âgées en détresse.

Limites et forces de l'étude

Cette étude comporte plusieurs limites. D'abord, les ressources financières et humaines limitées de la Table de concertation, qui a réalisé ce projet de prévention du suicide, n'ont pas permis de constituer un groupe contrôle, ni d'effectuer une étude randomisée afin d'obtenir des données probantes. En effet, il aurait été très intéressant de comparer les connaissances et les attitudes des participants au programme de formation à celles des personnes âgées qui n'auraient pas reçu la formation, mais qui auraient accepté de remplir les questionnaires de l'étude aux deux temps de mesure. Toutefois, il était impossible éthiquement de demander à des personnes d'évaluer aussi la qualité de leur intervention auprès de personnes suicidaires si elles n'avaient pas reçu la formation.

Il faut également mentionner qu'il est fort probable que seules des personnes motivées et présentant certaines caractéristiques (altruisme, expériences liées au suicide, etc.) acceptent de devenir sentinelles ainsi que d'être volontaires à une recherche scientifique. Néanmoins, le type et le niveau de motivation n'ont pu être évalués dans la présente étude.

Ensuite, il était prévu que l'échantillon ne comporte que des personnes de 50 ans et plus afin d'étudier spécifiquement leur capacité à devenir sentinelle auprès de leurs pairs. Néanmoins, la présence de participants de moins de 50 ans a permis de voir si les sentinelles âgées rencontraient des difficultés spécifiques à leur groupe d'âge, ce qui ne semble pas avoir été le cas. Malheureusement, le nombre de volontaires étant faible, la petite taille des sous-groupes d'âge rend difficile la détection de différences. Il faut noter

que l'objectif principal de la Table était de prévenir la détresse et le suicide des aînés de leur région et non d'effectuer une évaluation scientifique du programme de formation. C'est pour cette raison que des personnes de tous âges ont finalement été accueillies afin de les former à devenir sentinelle. Finalement, il n'y a pas eu de post-test immédiatement après la fin de la formation, mais seulement quatre mois plus tard. Ainsi, les participants ont dû évaluer rétrospectivement l'impact qu'avait eu sur eux la formation obtenue quatre mois auparavant. Même si cette mesure fournit des informations pertinentes, elle ne permet pas de vérifier si les connaissances ou les attitudes déclinent entre la mesure effectuée immédiatement après la formation et une relance quelques mois plus tard, comme cela a été observé dans la plupart des autres études.

Dans le cadre de ce projet, la Table de concertation des personnes aînées du Centre-du-Québec a pu offrir de nombreuses activités de sensibilisation à un nombre très élevé d'individus (N = 969). En appui au modèle de surveillance, cette opportunité se traduirait par une augmentation du repérage, dans un milieu donné, des individus présentant des signes de détresse (Wyman et al., 2008). Malheureusement, il n'a pas été possible de contacter les individus ayant participé aux activités de sensibilisation, afin de voir si cette activité leur avait permis de repérer et de référer des personnes en détresse.

Améliorations suggérées à la formation et recherches futures

Les résultats de la présente étude sont encourageants, car ils indiquent que la formation offerte améliore les connaissances et les attitudes des sentinelles. Néanmoins,

d'autres variables, comme le niveau d'empathie, devraient être étudiées afin de vérifier si certains aspects de la personnalité, ou des habiletés de base déjà existantes chez les participants, favorisent l'intégration de la formation et son application dans la vie quotidienne. De plus, il serait également important d'identifier les éléments qui empêchent les sentinelles de questionner les personnes en détresse sur leurs idéations suicidaires ou de les référer aux CPS. Cela permettrait d'améliorer la formation.

Habiletés de communication et caractéristiques des futures sentinelles

Certains auteurs, comme Wyman et al. (2008), considèrent que le développement des habiletés de communication des sentinelles ayant un bon niveau d'empathie devrait augmenter l'identification des personnes en détresse et la référence auprès de ressources professionnelles. D'ailleurs, Wyman et al. ont mis en lumière le fait que les participants ayant déjà questionné directement un individu à propos de ses intentions suicidaires, au cours des six mois précédant la formation, sont intervenus significativement davantage à la suite de celle-ci. Ils estimaient que ceux qui étaient intervenus davantage dans le passé étaient dotés de meilleures habiletés de communication. Cross et al. (2010) ont suggéré que le manque d'habiletés de communication pouvait être un obstacle pour devenir une sentinelle efficace. Il serait donc intéressant de vérifier quelles habiletés ou modes de communication sont les plus efficaces pour convaincre les personnes en détresse à demander de l'aide auprès des CPS, ainsi que de voir si l'intégration d'une formation sur ces habiletés pourrait être un ajout pertinent au programme.

De son côté, Moore (2012) rapporte que les individus choisissant de devenir sentinelle seraient plus altruistes et posséderaient une intelligence émotionnelle supérieure. Mais sont-ils plus efficaces pour effectuer les trois tâches dévolues aux sentinelles? Les recherches futures auraient donc avantage à se pencher sur les caractéristiques des sentinelles pour mieux comprendre leur effet dans le processus d'acquisition des connaissances, l'amélioration des attitudes et l'exécution de comportements efficaces.

Jeux de rôle

Même si trop peu d'études se sont penchées sur la pertinence d'utiliser des jeux de rôle pour en tirer des conclusions définitives, il semblerait qu'ils puissent avoir un impact positif sur les habiletés des sentinelles (Cross et al., 2011). Tant pour la recherche que pour la pratique, il pourrait être pertinent de standardiser minimalement leur contenu et leur forme. Y insérer un volet sur les habiletés de communication pourrait aussi être approprié. L'objectif serait de fournir aux formateurs un outil permettant d'optimiser l'apprentissage des participants. Dans l'étude de Cross et al. (2011), ce sont des comédiens qui interagissaient avec ces derniers dans le cadre de jeux de rôle. L'utilisation de comédiens bien formés permet aux participants de vivre une expérience se rapprochant d'un véritable contact avec une personne à risque suicidaire. Néanmoins, dans la réalité, ceux qui ont la responsabilité d'implanter un réseau de sentinelles n'ont pas forcément les ressources humaines et financières pour employer et former des comédiens spécialisés pour ce genre d'exercices. Ainsi, des solutions plus réalistes doivent être considérées. Par exemple, il serait envisageable d'encourager des sentinelles d'expérience à s'impliquer en

devenant périodiquement des participants aux jeux de rôle. Elles pourraient recevoir préalablement des consignes et une mise en contexte de la part de ceux offrant la formation. Il serait ensuite possible de vérifier, dans le cadre de recherches subséquentes, si l'intégration de jeux de rôle, comportant des exercices développant les habiletés de communication, permettrait d'améliorer l'efficacité des sentinelles n'ayant pas naturellement ces qualités.

Maintien des acquis dans le temps

Keller et al. (2009) considèrent qu'une formation unique n'est pas adéquate et qu'une révision périodique pourrait être une bonne solution pour garder les acquis. Dans le cadre d'une étude qualitative, Shtivelband, Aloise-Young et Chen (2015) ont réalisé des entretiens auprès de sentinelles afin de discuter de ce qui pourrait favoriser le maintien des acquis à la suite de leur formation. L'élément le plus fréquemment mentionné est l'établissement, par les organismes de prévention du suicide, d'un réseau qui offrirait un soutien émotionnel (assistance, encouragement et possibilité de ventiler à la suite d'une intervention) et instrumental (information à jour sur le suicide et les ressources disponibles) aux sentinelles. Il faut noter qu'au Québec, les sentinelles peuvent téléphoner à un CPS pour avoir ce genre de soutien. Le site Internet du CPS donne d'ailleurs des informations intéressantes sur le suicide et les ressources, mais il pourrait être pertinent d'y ajouter une section s'adressant spécifiquement aux sentinelles afin de répondre à leurs besoins. Un forum de discussion, réservé aux sentinelles, pourrait leur permettre d'échanger à propos de leurs diverses expériences. Selon les chercheurs, ce type de réseau

permettrait de maintenir l'effet de la formation en consolidant les connaissances et le SEP des sentinelles.

Le second élément le plus fréquemment mentionné est la formation continue. Celle-ci permettrait d'améliorer les connaissances des sentinelles tout en leur offrant la possibilité de mettre en pratique les habiletés précédemment acquises (Shtivelband et al., 2015). De plus, elle permettrait aux sentinelles de continuer à se sentir impliquées dans la lutte contre cette problématique. Étant donné l'importance des responsabilités associées au rôle de sentinelle, ce type de révision devrait se faire régulièrement (p. ex., une fois par année) et de façon conviviale. Elle pourrait porter sur la mise à jour des connaissances précédemment acquises et offrir l'opportunité de les mettre en pratique dans le cadre de jeux de rôle comportant des situations difficiles qui inquiètent la plupart des participants (p. ex., personnes suicidaires intoxiquées par l'alcool). De plus, comme le proposent Cross et al. (2011), il pourrait être pertinent de se servir du web pour pratiquer de façon interactive certaines habiletés. L'important sera de s'assurer de garder un niveau optimal de compétence afin que les sentinelles demeurent efficaces.

Conclusion

L'objectif de cet essai était de savoir si les personnes âgées pouvaient devenir des sentinelles auprès de leurs pairs. Plus précisément, il s'agissait de vérifier si elles pouvaient augmenter leur niveau de connaissances et améliorer leur attitude à l'égard de leurs propres interventions auprès de leurs pairs âgés présentant un risque suicidaire. Néanmoins, les difficultés de recrutement, l'absence de subvention de recherche et la nécessité pour les CPS de former tout individu désirant s'impliquer dans la prévention du suicide ont obligé les responsables à élargir l'échantillon aux personnes de moins de 50 ans.

Les résultats de cette étude pilote démontrent que les aînés motivés à s'impliquer au sein de leur communauté peuvent bénéficier d'une formation de sentinelles, puisque les participants à l'étude ont amélioré leurs connaissances sur le suicide et leurs attitudes à l'égard de l'intervention. Les études sur les sentinelles âgées sont nécessaires, surtout dans le contexte du vieillissement de la population au Québec. En formant les aînés à devenir sentinelles, il devrait être possible de prévenir le suicide chez les personnes présentant une détresse psychologique en les référant aux ressources appropriées. Bien que les changements démographiques risquent d'augmenter le nombre de personnes âgées vulnérables, il faut également considérer le fait que le nombre de sentinelles âgées potentielles pourrait aussi augmenter de façon proportionnelle si les centres sont en mesure de continuer à offrir ce type de formation. Cette dernière peut être au cœur des

moyens qu'une société peut se donner pour aider des aînés en détresse, tout en offrant la possibilité à ceux qui le désirent de s'impliquer de façon active dans leur communauté.

Références

- Alexopoulos, G. S., Reynolds, C. F., III, Bruce, M. L., Katz, I. R., Raue, P. J., Mulsant, B. H., ... Ten Have, T. (2009). Reducing suicidal ideation and depression in older primary care patients: 24-month outcomes of the PROSPECT Study. *The American Journal of Psychiatry*, *166*(8), 882-890. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.08121779
- Andriessen, K. (2009). Can postvention be prevention? *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, *30*(1), 43-47.
- Arthur, W., Jr., Bennett, W., Jr., Stanush, P. L., & McNelly, T. L. (1998). Factors that influence skill decay and retention: A quantitative review and analysis. *Human Performance*, *11*(1), 57-101. doi: 10.1207/s15327043hup1101_3
- Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle*. Paris: De Boeck Supérieur.
- Berman, A. L., Silverman, M. M., & Bongar, B. M. (2000). *Comprehensive textbook of suicidology*. New York, NY: Guilford Press.
- Bonnelle, R. A. (1997). The Suicide Intervention Response Inventory: A revision and validation. *Death Studies*, *21*(1), 59-81.
- Breton, J. J., Bilodeau, H., & Boyer, R. (2001). *Guide pratique pour un programme en santé mentale : planifier, implanter, évaluer*. Montréal : Service de recherche de l'Hôpital Rivière-des-Prairies.
- Brown, C. H., Wyman, P. A., Guo, J., & Peña, J. (2006). Dynamic wait-listed designs for randomized trials: New designs for prevention of youth suicide. *Clinical Trials*, *3*(3), 259-271.
- Chagnon, F., Houle, J., Marcoux, I., & Renaud, J. (2007). Control-group study of an intervention training program for youth suicide prevention. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *37*(2), 135-144.
- Chatterton, L., Hall, P. L., & Tarrier, N. (2007). Cognitive therapy for low self-esteem in the treatment of depression in an older adult. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *35*(3), 365-369. doi: 10.1017/S1352465807003608

- Cross, W., Matthieu, M. M., Cerel, J., & Knox, K. L. (2007). Proximate outcomes of gatekeeper training for suicide prevention in the workplace. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*(6), 659-670.
- Cross, W., Matthieu, M. M., Lezine, D., & Knox, K. L. (2010). Does a brief suicide prevention gatekeeper training program enhance observed skills? *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 31*(3), 149-159.
- Cross, W., Seaburn, D., Gibbs, D., Schmeelk-Cone, K., White, A. M., & Caine, E. D. (2011). Does practice make perfect? A randomized control trial of behavioral rehearsal on suicide prevention gatekeeper skills. *The Journal of Primary Prevention, 32*(3-4), 195-211. doi: 10.1007/s10935-011-0250-z
- Daigle, M. (2004). L'importance de l'évaluation fondée sur la théorie en suicidologie. Dans F. Chagnon & B. L. Mishara (Éds), *Évaluation de programmes en prévention du suicide* (pp. 23-40). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- De Leo, D., Buono, M. D., & Dwyer, J. (2002). Suicide among the elderly: The long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *The British Journal of Psychiatry, 181*(3), 226-229. doi: 10.1192/bjp.181.3.226
- De Leo, D., Cerin, E., Spathonis, K., & Burgis, S. (2005). Lifetime risk of suicide ideation and attempts in an Australian community: Prevalence, suicidal process, and help-seeking behaviour. *Journal of Affective Disorders, 86*(2-3), 215-224. doi: 10.1016/j.jad.2005.02.001
- Dervic, K., Oquendo, M. A., Grunebaum, M. F., Ellis, S., Burke, A. K., & Mann, J. J. (2004). Religious affiliation and suicide attempt. *The American Journal of Psychiatry, 161*(12), 2303-2308. doi: 10.1176/appi.ajp.161.12.2303
- Desrosiers, H. (1998). *Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes : applications en promotion de la santé et en toxicomanie*. Ministère de la santé et des services sociaux.
- Edwards, M. J., & Holden, R. R. (2001). Coping, meaning in life, and suicidal manifestations: Examining gender differences. *Journal of Clinical Psychology, 57*(12), 1517-1534. doi: 10.1002/jclp.1114
- Erlangsen, A., Nordentoft, M., Conwell, Y., Waern, M., De Leo, D., Lindner, R., ... Quinnett, P. (2011). Key considerations for preventing suicide in older adults: Consensus opinions of an expert panel. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 32*(2), 106-109.

- Fässberg, M. M., Cheung, G., Canetto, S. S., Erlangsen, A., Lapierre, S., Lindner, R., ... Waern, M. (2015). A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. *Aging & Mental Health, 20*(2), 166-194.
- Fässberg, M. M., Orden, K. A., Duberstein, P., Erlangsen, A., Lapierre, S., Bodner, E., ... Waern, M. (2012). A systematic review of social factors and suicidal behavior in older adulthood. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 9*(3), 722-745.
- Florentine, J. B., & Crane, C. (2010). Suicide prevention by limiting access to methods: A review of theory and practice. *Social Science & Medicine, 70*(10), 1626-1632. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.01.029
- Florio, E. R., & Raschko, R. (1998). The gatekeeper model: Implications for social policy. *Journal of Aging & Social Policy, 10*(1), 1-19.
- Gallo, J. J., Morales, K. H., Bogner, H. R., Raue, P. J., Zee, J., Bruce, M. L., & Reynolds III, C. F. (2013). Long term effect of depression care management on mortality in older adults: Follow-up of cluster randomized clinical trial in primary care. *BMJ: British Medical Journal, 346*, 1-10.
- Gould, M. S., Cross, W., Pisani, A. R., Munfakh, J. L., & Kleinman, M. (2013). Impact of applied suicide intervention skills training on the national suicide prevention lifeline. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 43*(6), 676-691.
- Gouvernement du Québec. (2006). *L'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide : cadre de référence*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Heinrich, L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review, 26*(6), 695-718.
- Hinrichsen, G. A., & Hernandez, N. A. (1993). Factors associated with recovery from and relapse into major depressive disorder in the elderly. *The American Journal of Psychiatry, 150*(12), 1820-1825. doi: 10.1176/ajp.150.12.1820
- Hunkeler, E. M., Katon, W., Tang, L., Williams, J. W., Jr., Kroenke, K., Lin, E. H. B., ... Unützer, J. (2006). Long term outcomes from the IMPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care. *BMJ: British Medical Journal, 332*(7536), 259-263. doi: 10.1136/bmj.38683.710255.BE
- Isaac, M., Elias, B., Katz, L. Y., Belik, S. L., Deane, F. P., Enns, M. W., & Sareen, J. (2009). Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: A systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry, 54*(4), 260-268.

- Jordan, J. R., & McMenemy, J. (2004). Interventions for suicide survivors: A review of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(4), 337-349.
- Julien, M., & Laverdure, J. (2004). *Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes*. Québec : Institut national de santé publique du Québec, Direction du développement des individus et des communautés.
- Keller, D. P., Schut, L. J. A., Puddy, R. W., Williams, L., Stephens, R. L., McKeon, R., & Lubell, K. (2009). Tennessee lives count: Statewide gatekeeper training for youth suicide prevention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(2), 126-133.
- Krysinska, K. E. (2003). Loss by suicide: A risk factor for suicidal behavior. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 41(7), 34-43.
- Lagacé, M. (2010). *L'Âgisme. Comprendre et changer le regard social sur le vieillissement*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Lagacé, M. (2015). *Représentations et discours sur le vieillissement : la face cachée de l'âgisme?* Québec : Presses de l'Université Laval.
- Lang, W., Ramsay, R., Tanney, B., & Tierney, R. (1989). Caregiver attitudes in suicide prevention help for the helpers. Dans R. Diekstra, R. Maris, S. Platt, A. Schmidtke, & G. Sonneck (Éds), *Suicide and its prevention: The role of attitude and imitation* (pp. 260-272). Leiden, The Netherlands: Brill.
- Lapierre, S., & Béland, S. G. (2009a). *Test de connaissances sur l'intervention* (Document inédit). Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, QC.
- Lapierre, S., & Béland, S. G. (2009b). *Questionnaire d'attitude à l'égard de l'intervention du suicide* (Document inédit). Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, QC.
- Lapierre, S., Desjardins, S., Préville, M., Berbiche, D., Marcoux, L., & Dubé, M. (2015). Wish to die and physical illness in older adults. *Psychology Research*, 5(2), 125-137.
- Lapierre, S., Dubé, M., Bouffard, L., & Alain, M. (2007). Addressing suicidal ideations through the realization of meaningful personal goals. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 28(1), 16-25. doi: 10.1027/0227-5910.28.1.16
- Lapierre, S., Erlangsen, A., Waern, M., De Leo, D., Oyama, H., Scocco, P., ... Draper, B. (2011). A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 32(2), 88-98.

- Marcoux, I. (2004). L'évaluation des formations en intervention sur le suicide : concepts, mesures et enjeux. Dans F. Chagnon & B. L. Mishara (Éds), *Évaluation de programmes en prévention du suicide* (pp. 127-149). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Matthieu, M. M., Cross, W., Batres, A. R., Flora, C. M., & Knox, K. L. (2008). Evaluation of gatekeeper training for suicide prevention in veterans. *Archives of Suicide Research*, 12(2), 148-154.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS, 2012). *Implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide dans quatre régions du Québec. Rapport d'évaluation*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000391/>
- Moore, J. T. (2012). *Training individuals in suicide prevention: Individual and organizational characteristics of effective gatekeepers* (Thèse de doctorat). Disponible chez ProQuest Dissertations & Theses Full Text. (2012-99100-497). Repéré à https://dspace.library.colostate.edu/bitstream/handle/10217/46755/Moore_colostate_0053A_10626.pdf?sequence=1
- Mrazek, P. B., & Haggerty, R. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academies Press.
- Neimeyer, R. A., & MacInnes, W. D. (1981). Assessing paraprofessional competence with the Suicide Intervention Response Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 28(2), 176-179.
- Organisation mondiale de la santé. (OMS, 2014). *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*. Repéré à http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131801/1/9789242564778_fre.pdf
- Pirkis, J., Rossetto, A., Nicholas, A., & Ftanou, M. (2016). Advancing knowledge about suicide prevention media campaigns. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 37(5), 319-322. doi: 10.1027/0227-5910/a000441
- Quinnett, P. (2007). QPR gatekeeper training for suicide prevention: The model, rationale, and theory. Repéré à https://uwaterloo.ca/counselling-services/sites/ca.counselling-services/files/uploads/files/QPRTheoryPaper_0.pdf.
- Rodgers, P. (2010). *Review of the applied suicide intervention skills training program (ASIST): Rationale, Evaluation Results, and Directions for Future Research*. LivingWorks Education Incorporated.
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2004). *Evaluation: A systematic approach*: (7^e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

- Rurup, M. L., Deeg, D. J. H., Poppelaars, J. L., Kerkhof, A. J., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2011). Wishes to die in older people: A quantitative study of prevalence and associated factors. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 32(4), 194-203. doi: 10.1027/0227-5910/a000079
- Rycus, J. S., & Hughes, R. (2000). What is competency-based inservice training? Repéré à <http://www.narccw.org/TRAINet/Resource%20Paper%201.pdf>
- Salas, E., & Cannon-Bowers, J. A. (2001). The science of training: A decade of progress. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 471-499.
- Schwarzbach, M., Luppa, M., Forstmeier, S., König, H. H., & Riedel-Heller, S. G. (2013). Social relations and depression in late life - A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(1), 1-21. doi: 10.1002/gps.3971
- Senterre, C., Bantuelle, M., & Levêque, A. (2006). *Prévention du suicide : aperçu général des connaissances en suicidologie et situation en Communauté française de Belgique*. Rapport de recherche relatif au projet 4.1. de l'axe 4 du Programme de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité en Communauté française de Belgique. Bruxelles : Centre d'Etudes et de Recherches en Santé Publique.
- Shannonhouse, L., Lin, Y. W., Shaw, K., & Porter, M. (2017). Suicide intervention training for K-12 schools: A quasi-experimental study on ASIST. *Journal of Counseling & Development*, 95(1), 3-13.
- Shtivelband, A., Aloise-Young, P. A., & Chen, P. Y. (2015). Sustaining the effects of gatekeeper suicide prevention training: A qualitative study. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 36(2), 102-109. doi: 10.1027/0227-5910/a000304
- Snyder, C. R., Wroblewski, K. K., Parenteau, S. C., & Berg, C. J. (2004). Hope and hopelessness. Dans L. J. Haas (Éd.), *Handbook of primary care psychology* (pp. 145-155) New York, NY: Oxford University Press.
- Stack, S. (2003). Media coverage as a risk factor in suicide. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(4), 238-240.
- Stuart, C., Waalen, J. K., & Haelstromm, E. (2003). Many helping hearts: An evaluation of peer gatekeeper training in suicide risk assessment. *Death Studies*, 27(4), 321-333.
- Suominen, K., Isometsä, E., & Lönnqvist, J. (2004). Elderly suicide attempters with depression are often diagnosed only after the attempt. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(1), 35-40. doi: 10.1002/gps.1031

- Thibodeau, L., & Perron, P.-A. (2017). *La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2014*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec.
- Tierney, R. J. (1988). *Comprehensive evaluation for suicide intervention training*. (Thèse de doctorat). Disponible chez ProQuest Dissertations & Theses Full Text. (NL42556).
- Tompkins, T. L., & Witt, J. (2009). The short-term effectiveness of a suicide prevention gatekeeper training program in a college setting with residence life advisers. *Journal of Primary Prevention, 30*(2), 131-149.
- Torok, M., Calear, A., Shand, F., & Christensen, H. (2017). A systematic review of mass media campaigns for suicide prevention: Understanding their efficacy and the mechanisms needed for successful behavioral and literacy change. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. doi: 10.1111/sltb.12324
- Wyman, P. A., Brown, C. H., Inman, J., Cross, W., Schmeelk-Cone, K., Guo, J., & Pena, J. B. (2008). Randomized trial of a gatekeeper program for suicide prevention: 1-year impact on secondary school staff. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(1), 104-115.
- Zalpuri, I., & Rothschild, A. J. (2016). Does psychosis increase the risk of suicide in patients with major depression? A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 198*, 23-31. doi: 10.1016/j.jad.2016.03.035

Appendice A
Prétest

No de Code : _____

Prévention de la détresse psychologique et du suicide chez les ainés

Formation des sentinelles

Questionnaire d'informations générales Prétest

Date : _____

1. Sexe : Femme Homme

2. Date de naissance : _____ Âge : _____

3. Nombre d'années de scolarité : _____

4. Statut civil :

Marié(e) ou Conjoint(e) de fait Veuf(ve)

Célibataire Séparé(e)/Divorcé(e)

5. Rôle dans la communauté :

Travailleur : Non Oui Nom de l'employeur : _____

Bénévole : Non Oui Nom de l'organisme : _____

6. Depuis combien de temps habitez-vous dans votre quartier :

7. Avez-vous eu des expériences en lien avec le suicide?

Personnelles : Oui Non

Si oui, quel lien aviez-vous avec cette/ces personnes :

Professionnelles : Oui Non

Si oui, dans quel type de tâche :

8. Avez-vous déjà tenu le rôle d'aidant auprès d'une personne en détresse :

Oui Non

Si oui, quel type de problème :

9. Utilisez l'échelle ci-dessous, pour indiquer comment vous évaluez actuellement votre habileté à intervenir avec les gens qui sont possiblement à risque de suicide :

Très faible	Faible		Grande		Très grande
1	2	3	4	5	6

10. Qu'est-ce qui vous a motivé à vous inscrire à cette formation?

**Questionnaire d'attitude à l'égard de l'intervention sur le suicide
(Tierney, 1988; Traduction et adaptation Lapierre & Béland, 2009)**

Veuillez mettre un X sous la réponse qui représente le plus fidèlement votre opinion à propos de chaque affirmation ci-dessous, en utilisant l'échelle suivante :

	Fortement en désaccord	Désaccord	Indécis	En Accord	Fortement d'accord
1. Les aidants ont le droit d'intervenir si quelqu'un est à risque de se suicider.					
2. Je ne peux pas faire grand-chose pour prévenir le suicide.					
3. J'interviendrais si quelqu'un montrait des signes et des symptômes parfois reliés au suicide.					
4. Si quelqu'un que je connaissais me disait qu'il (elle) songeait au suicide, je voudrais obtenir plus d'information sur son plan.					
5. Les personnes qui menacent de se suicider ne passent jamais à l'acte.					
6. On peut prévenir le suicide dans la majorité des situations					
7. J'interviendrai si quelqu'un me dit qu'il pense au suicide.					

	Fortement en désaccord	Désaccord	Indécis	En Accord	Fortement d'accord
8. Il est nécessaire pour un(e) aidant(e) de prendre certains risques lorsqu'il a affaire à quelqu'un à risque de suicide.					
9. Il est dangereux pour un(e) aidant(e) d'aborder directement le sujet du suicide avec une personne suicidaire.					
10. Le suicide chez les personnes âgées est logique et rationnel. Elles ont vraiment choisi de mourir.					
11. Je pense qu'il me serait très difficile d'empêcher quelqu'un de se suicider.					
12. On ne doit pas laisser une personne suicidaire devenir dépendante d'un(e) aidant(e).					
13. Si quelqu'un que je connaissais présentait des signes et des symptômes associés au suicide, j'aborderais la question du suicide avec lui (elle).					
14. Je m'en voudrais si quelqu'un que j'aidais se suicidait.					

	Fortement en désaccord	Désaccord	Indécis	En Accord	Fortement d'accord
15. Le suicide est un acte de lâcheté, car la personne fuit ses problèmes et ses responsabilités.					
16. Il est peu probable que l'on puisse contrecarrer le plan de quelqu'un ayant décidé de se suicider.					
17. Il est important que les aidant(e)s ne répondent pas aux menaces de suicide qui ont pour but de manipuler l'entourage.					
18. Je me sens très à l'aise de travailler avec une personne suicidaire.					
19. Si quelqu'un que je connais était à risque de suicide, je l'encouragerais à parler de son désir de mourir.					
20. Il est normal d'être déprimé(e) en vieillissant et de penser au suicide.					
21. L'hospitalisation devrait toujours être considérée dans les situations où une personne est à haut risque de suicide.					
22. J'ai le droit d'empêcher quelqu'un de s'enlever la vie.					

	Fortement en désaccord	Désaccord	Indécis	En Accord	Fortement d'accord
23. Les personnes suicidaires ont besoin d'être fermement encadrées et guidées.					
24. Je suis bien satisfait(e) de ma capacité à aider les gens suicidaires.					
25. Les personnes âgées qui se suicident sont confuses et séniles. Elles ne savent pas ce qu'elles font.					
26. Si une personne que je connais peu présentait des signes de détresse, je serais capable de lui demander s'il (elle) pense au suicide.					
27. Si une personne en détresse ne voulait pas être référée aux intervenants, je respecterais sa décision.					
28. La religion et la croyance en Dieu empêchent les personnes âgées de se suicider.					
29. Le suicide se produit subitement, sans avertissement.					
30. L'amélioration à la suite d'une crise signifie que le risque de suicide est passé.					

	Fortement désaccord	Désaccord	Indécis	En Accord	Fortement d'accord
31. Le suicide est acceptable lorsqu'il a pour but d'en finir avec une situation jugée intolérable.					
32. Si on intervient bien, il est toujours possible de sauver une personne qui pense à se suicider.					
33. Il y a des situations où le suicide est la seule solution.					

**Test de connaissances sur l'intervention
(Tierney, 1988; Traduction Lapierre & Béland, 2009)**

Pour les questions qui suivent, sélectionnez la réponse qui vous apparaît la meilleure en encerclant la lettre qui s'y rapporte. Si vous êtes incertain(e), permettez-vous de deviner.

- 1) Le suicide est habituellement la conséquence de :
 - a. Un trop grand stress
 - b. Une dépression
 - c. Un abus de substance (alcool ou drogue)
 - d. Plusieurs facteurs ou causes

- 2) Quand il est confronté à la possibilité d'un comportement suicidaire chez un individu, un(e) aidant(e) devrait immédiatement :
 - a. Référer la personne à des ressources expérimentées dans le domaine du suicide
 - b. En discuter directement avec la personne
 - c. Faire appel à des personnes significatives dans la vie de l'individu
 - d. Encourager la personne à parler des aspects positifs de sa vie

- 3) Une approche directive :
 - a. Est inefficace dans une intervention sur le suicide
 - b. N'est pas respectueuse de l'autonomie de la personne suicidaire
 - c. Peut être appropriée dans les situations à haut risque
 - d. Ne devrait être considérée que lorsque toutes les autres approches ont échoué

- 4) Les plans de suicide (COQ : Comment, Où, Quand) sont évalués selon la base du/de la :
 - a. Degré de planification
 - b. Âge
 - c. Gravité de l'état de la personne
 - d. Détresse apparente

- 5) Quel énoncé est faux?
- a. Les femmes font des tentatives de suicide plus souvent que les hommes
 - b. Les hommes complètent leur suicide plus souvent que les femmes
 - c. Les personnes âgées complètent leur suicide plus souvent que dans la population générale
- 6) Les gens qui expriment des intentions de se suicider :
- a. Veulent vraiment mourir
 - b. Sont ambivalents (indécis) à propos de mourir
 - c. Veulent punir les autres
 - d. Sont manipulateurs
- 7) Parmi les indices suivants, lequel donne les informations les plus importantes pour l'évaluation du risque suicidaire d'une personne?
- a. Ses symptômes
 - b. Son stress
 - c. Ses ressources
 - d. Sa santé physique
- 8) Généralement, qu'est-ce qui détermine si un comportement est suicidaire?
- a. L'humeur de la personne
 - b. L'intention de la personne
 - c. La létalité (risque de mort) de la méthode utilisée
 - d. L'histoire de la personne
- 9) Si quelqu'un présente des signes et des symptômes suggérant des intentions de suicide, l'aidant devrait :
- a. Recueillir davantage d'informations sur ce qui dérange la personne
 - b. Se renseigner sur le soutien disponible dans la famille et chez les amis
 - c. Déterminer si la toxicomanie (alcool/drogue) joue un rôle
 - d. Demander si la personne pense au suicide

- 10) Si une personne avoue se sentir suicidaire, l'aidant devrait :
- S'informer calmement sur ce qui se passe dans sa vie
 - Découvrir si elle a songé à la façon dont elle se suiciderait
 - Informar les personnes significatives dans son entourage
 - Référer immédiatement la personne
- 11) Les tâches clés pour une sentinelle sont :
- Identifier et référer
 - S'impliquer et accompagner
 - Évaluer et s'informer des ressources
 - Établir un contrat de non-suicide et implanter une aide
- 12) Le rôle de l'aidant(e) envers la personne suicidaire :
- Devrait être expliqué clairement à la personne à risque
 - Devrait être caché à la personne à risque
 - Peut avoir des conséquences positives ou négatives
 - À peu à voir avec le processus d'intervention
- 13) Quel plan d'action, parmi les suivants, serait le plus approprié à suggérer à quelqu'un à risque de suicide?
- Suivre une thérapie
 - Rencontrer à nouveau l'aidant le lendemain pour discuter
 - Appeler un service d'intervention téléphonique pour crise suicidaire
 - Discuter avec une personne proche (famille/amiE)

Merci d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire.

**Veillez nous le retourner dans l'enveloppe
préaffranchie ci-jointe.**

Appendice B
Post-test

No de Code : _____

Prévention de la détresse psychologique et du suicide chez les aînés

Formation des sentinelles

Questionnaire d'informations générales Suivi

Date : _____

1. Sexe : Femme Homme

2. Date de naissance : _____ Âge : _____

3. Immédiatement après la formation, comment auriez-vous évalué votre habileté à intervenir avec les gens qui sont possiblement à risque de suicide :

Très faible	Faible	Grande	Très grande		
1	2	3	4	5	6

4. Présentement, comment évaluez-vous votre habileté à intervenir avec les gens qui sont possiblement à risque de suicide :

Très faible	Faible	Grande	Très grande		
1	2	3	4	5	6

5. Depuis la formation, avez-vous eu l'occasion d'être une sentinelle auprès d'une personne à risque de suicide : Oui Non

7. Dans l'ensemble, est-ce que la formation vous a aidé à gérer ces situations?
- Pas du tout
 - Un peu
 - Moyennement
 - Beaucoup
8. Dans l'ensemble, comment vous sentez-vous dans le rôle de sentinelle?
- Pas du tout à l'aise
 - Pas bien
 - Assez bien
 - Bien
 - Très bien
9. Dans l'ensemble, vous sentez-vous plus apte à reconnaitre (identifier) les personnes en détresse?
- Pas du tout
 - Un peu
 - Moyennement
 - Beaucoup
10. Dans l'ensemble, vous sentez-vous plus apte à aborder le sujet du suicide avec une personne en détresse?
- Pas du tout
 - Un peu
 - Moyennement
 - Beaucoup
11. Dans l'ensemble, vous sentez-vous plus apte à recueillir de l'information sur la planification du geste suicidaire?
- Pas du tout
 - Un peu
 - Moyennement
 - Beaucoup

12. Dans l'ensemble, vous sentez-vous plus à l'aise de référer les personnes à risque de suicide?
- Pas du tout
 - Un peu
 - Moyennement
 - Beaucoup
13. Dans l'ensemble, vous sentez-vous plus apte à accompagner les personnes à risque de suicide?
- Pas du tout
 - Un peu
 - Moyennement
 - Beaucoup
14. À quel point cette formation a-t-elle changé vos perceptions et vos attitudes sur le suicide et les personnes suicidaires?
- Pas du tout
 - Un peu
 - Moyennement
 - Beaucoup
15. À quel point cette formation vous a-t-elle aidé à prendre conscience des problèmes vécus par les personnes âgées souffrant de détresse psychologique?
- Pas du tout
 - Un peu
 - Moyennement
 - Beaucoup
16. Quel est votre niveau de satisfaction à l'égard de l'aide qui vous a été offerte lorsque vous avez référé une personne en détresse?
- Pas du tout satisfait(e)
 - Peu satisfait(e)
 - Satisfait(e)
 - Très satisfait(e)

17. Avez-vous fait face à des obstacles lorsque vous avez référé une personne en détresse?

- Oui Non

Si oui, quel genre d'obstacles?

18. Y a-t-il des situations qui vous ont fait peur?

- Oui Non

Si oui, quel genre de situations?

19. Votre rôle de sentinelle vous permet-il de vous sentir utile?

- Pas du tout
 Un peu
 Moyennement
 Beaucoup

20. Ressentez-vous un sentiment de responsabilité dans votre rôle de vigile?

- Aucun
 Faible
 Moyen
 Élevé

**Questionnaire d'attitude à l'égard de l'intervention sur le suicide
(Tierney, 1988; Traduction et adaptation Lapierre & Béland, 2009)**

Veuillez mettre un X sous la réponse qui représente le plus fidèlement votre opinion à propos de chaque affirmation ci-dessous, en utilisant l'échelle suivante :

	Fortement en désaccord	Désaccord	Indécis	En Accord	Fortement d'accord
1. Les aidants ont le droit d'intervenir si quelqu'un est à risque de se suicider.					
2. Je ne peux pas faire grand-chose pour prévenir le suicide.					
3. J'interviendrais si quelqu'un montrait des signes et des symptômes parfois reliés au suicide.					
4. Si quelqu'un que je connaissais me disait qu'il (elle) songeait au suicide, je voudrais obtenir plus d'information sur son plan.					
5. Les personnes qui menacent de se suicider ne passent jamais à l'acte.					
6. On peut prévenir le suicide dans la majorité des situations					
7. J'interviendrai si quelqu'un me dit qu'il pense au suicide.					

	Fortement en désaccord	Désaccord	Indécis	En Accord	Fortement d'accord
8. Il est nécessaire pour un(e) aidant(e) de prendre certains risques lorsqu'il a affaire à quelqu'un à risque de suicide.					
9. Il est dangereux pour un(e) aidant(e) d'aborder directement le sujet du suicide avec une personne suicidaire.					
10. Le suicide chez les personnes âgées est logique et rationnel. Elles ont vraiment choisi de mourir.					
11. Je pense qu'il me serait très difficile d'empêcher quelqu'un de se suicider.					
12. On ne doit pas laisser une personne suicidaire devenir dépendante d'un(e) aidant(e).					
13. Si quelqu'un que je connaissais présentait des signes et des symptômes associés au suicide, j'aborderais la question du suicide avec lui (elle).					
14. Je m'en voudrais si quelqu'un que j'aidais se suicidait.					

	Fortement en désaccord	Désaccord	Indécis	En Accord	Fortement d'accord
15. Le suicide est un acte de lâcheté, car la personne fuit ses problèmes et ses responsabilités.					
16. Il est peu probable que l'on puisse contrecarrer le plan de quelqu'un ayant décidé de se suicider.					
17. Il est important que les aidant(e)s ne répondent pas aux menaces de suicide qui ont pour but de manipuler l'entourage.					
18. Je me sens très à l'aise de travailler avec une personne suicidaire.					
19. Si quelqu'un que je connais était à risque de suicide, je l'encouragerais à parler de son désir de mourir.					
20. Il est normal d'être déprimé(e) en vieillissant et de penser au suicide.					
21. L'hospitalisation devrait toujours être considérée dans les situations où une personne est à haut risque de suicide.					
22. J'ai le droit d'empêcher quelqu'un de s'enlever la vie.					

	Fortement en désaccord	Désaccord	Indécis	En Accord	Fortement d'accord
23. Les personnes suicidaires ont besoin d'être fermement encadrées et guidées.					
24. Je suis bien satisfait(e) de ma capacité à aider les gens suicidaires.					
25. Les personnes âgées qui se suicident sont confuses et séniles. Elles ne savent pas ce qu'elles font.					
26. Si une personne que je connais peu présentait des signes de détresse, je serais capable de lui demander s'il (elle) pense au suicide.					
27. Si une personne en détresse ne voulait pas être référée aux intervenants, je respecterais sa décision.					
28. La religion et la croyance en Dieu empêchent les personnes âgées de se suicider.					
29. Le suicide se produit subitement, sans avertissement.					
30. L'amélioration à la suite d'une crise signifie que le risque de suicide est passé.					

31. Le suicide est acceptable lorsqu'il a pour but d'en finir avec une situation jugée intolérable.					
32. Si on intervient bien, il est toujours possible de sauver une personne qui pense à se suicider.					
33. Il y a des situations où le suicide est la seule solution.					

**Test de connaissances sur l'intervention
(Tierney, 1988; Traduction Lapierre & Béland, 2009)**

Pour les questions qui suivent, sélectionnez la réponse qui vous apparaît la meilleure en encerclant la lettre qui s'y rapporte. Si vous êtes incertain(e), permettez-vous de deviner.

- 1) Le suicide est habituellement la conséquence de :
 - a. Un trop grand stress
 - b. Une dépression
 - c. Un abus de substance (alcool ou drogue)
 - d. Plusieurs facteurs ou causes

- 2) Quand il est confronté à la possibilité d'un comportement suicidaire chez un individu, un(e) aidant(e) devrait immédiatement :
 - a. Référer la personne à des ressources expérimentées dans le domaine du suicide
 - b. En discuter directement avec la personne
 - c. Faire appel à des personnes significatives dans la vie de l'individu
 - d. Encourager la personne à parler des aspects positifs de sa vie

- 3) Une approche directive :
 - a. Est inefficace dans une intervention sur le suicide
 - b. N'est pas respectueuse de l'autonomie de la personne suicidaire
 - c. Peut être appropriée dans les situations à haut risque
 - d. Ne devrait être considérée que lorsque toutes les autres approches ont échoué

- 4) Les plans de suicide (COQ : Comment, Où, Quand) sont évalués selon la base du/de la :
 - a. Degré de planification
 - b. Âge
 - c. Gravité de l'état de la personne
 - d. Détresse apparente

- 5) Quel énoncé est faux?
- a. Les femmes font des tentatives de suicide plus souvent que les hommes
 - b. Les hommes complètent leur suicide plus souvent que les femmes
 - c. Les personnes âgées complètent leur suicide plus souvent que dans la population générale
- 6) Les gens qui expriment des intentions de se suicider :
- a. Veulent vraiment mourir
 - b. Sont ambivalents (indécis) à propos de mourir
 - c. Veulent punir les autres
 - d. Sont manipulateurs
- 7) Parmi les indices suivants, lequel donne les informations les plus importantes pour l'évaluation du risque suicidaire d'une personne?
- a. Ses symptômes
 - b. Son stress
 - c. Ses ressources
 - d. Sa santé physique
- 8) Généralement, qu'est-ce qui détermine si un comportement est suicidaire?
- a. L'humeur de la personne
 - b. L'intention de la personne
 - c. La létalité (risque de mort) de la méthode utilisée
 - d. L'histoire de la personne
- 9) Si quelqu'un présente des signes et des symptômes suggérant des intentions de suicide, l'aidant devrait :
- a. Recueillir davantage d'informations sur ce qui dérange la personne
 - b. Se renseigner sur le soutien disponible dans la famille et chez les amis
 - c. Déterminer si la toxicomanie (alcool/drogue) joue un rôle
 - d. Demander si la personne pense au suicide

- 10) Si une personne avoue se sentir suicidaire, l'aidant devrait :
- S'informer calmement sur ce qui se passe dans sa vie
 - Découvrir si elle a songé à la façon dont elle se suiciderait
 - Informers les personnes significatives dans son entourage
 - Référent immédiatement la personne
- 11) Les tâches clés pour une sentinelle sont :
- Identifier et référent
 - S'impliquer et accompagner
 - Évaluer et s'informer des ressources
 - Établir un contrat de non-suicide et implanter une aide
- 12) Le rôle de l'aidant(e) envers la personne suicidaire :
- Devrait être expliqué clairement à la personne à risque
 - Devrait être caché à la personne à risque
 - Peut avoir des conséquences positives ou négatives
 - A peu à voir avec le processus d'intervention
- 13) Quel plan d'action, parmi les suivants, serait le plus approprié à suggérer à quelqu'un à risque de suicide?
- Suivre une thérapie
 - Rencontrer à nouveau l'aidant le lendemain pour discuter
 - Appeler un service d'intervention téléphonique pour crise suicidaire
 - Discuter avec une personne proche (famille/amiE)

Merci d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire.

**Veillez nous le retourner dans l'enveloppe
préaffranchie ci-jointe.**