



Unité de recherche sur la culture et la
santé mentale
Rapport #9

ÉQUIPE DE RECHERCHE SUR LA SANTÉ MENTALE DES
AUTOCHTONES

**Prévention du suicide et promotion de la santé mentale
chez les Premières Nations et communautés inuits**

Laurence J. Kirmayer, M.D.
Lucy J. Boothroyd, M.Sc.
Arlene Laliberté, B.A.
Brenda Laronde Simpson, M.Ed.

Unité de recherche sur la culture et la santé mentale
L'Institut de Psychiatrie Communautaire et Familiale
Sir Mortimer B. Davis—Jewish General Hospital
4333, chemin de la Côte Ste-Catherine
Montreal, QC H3T 1E4
(514) 340-8210 ; télécopieur : (514) 340-7503
courriel : mice@musica.mcgill.ca

ÉQUIPE DE RECHERCHE SUR LA SANTÉ MENTALE DES AUTOCHTONES

**Prévention du suicide et promotion de la santé mentale
chez les Premières Nations et communautés inuits**

Laurence J. Kirmayer, M.D.

Lucy J. Boothroyd, M.Sc.

Arlene Laliberté, B.A.

Brenda Laronde Simpson, M.Ed.

Unité de recherche sur la culture et la santé mentale
L'Institut de Psychiatrie Communautaire et Familiale
4333, chemin de la Côte Ste-Catherine
Montréal, QC H3T 1E4
(514) 340-8210 ; télécopieur : (514) 340-7503
courriel : mice@musica.mcgill.ca

Préface

Ce rapport propose la raison d'être ainsi que le plan d'action visant à prévenir le suicide et à promouvoir la santé mentale chez les Premières Nations et les communautés inuits du Québec. Les recommandations se basent à la fois sur les meilleures informations disponibles et sur l'évaluation des programmes existants. Nous espérons que ce document sera très pratique pour la communauté ainsi que pour les personnes développant et réalisant des programmes qui sauront répondre aux besoins de leur localité.

Ce rapport découle de bilans antérieurs préparés par notre équipe pour la Commission royale sur les peuples autochtones. Suite à des demandes du département de la santé publique de Nunavik et des services sociaux de la Nation Atikamekw pour obtenir du matériel concernant les programmes de prévention du suicide, nous avons tenté de passer en revue la littérature disponible et d'en déduire des directives pratiques qui tiennent compte des besoins spécifiques et des contraintes des communautés autochtones des régions rurales isolées du Québec et du Canada.

Remerciements

Nous avons grandement bénéficié des rencontres avec les représentants du *Nunavik Regional Board of Health and Social Services*, du département de la santé publique et autres représentants communautaires. L'étude des programmes communautaires et cliniques de prévention du suicide a été faite par Madame Arlene Laliberté, et celle des programmes scolaires, par Madame Brenda Simpson. Nous désirons remercier toutes les personnes qui nous ont fourni plus de détails sur les différents programmes. Liz Roberts de l'Association canadienne de santé publique et Natacha Joubert à Santé Canada nous ont été d'un grand secours dans la collecte du matériel de ressource. Nous aimerions aussi remercier Susan Soule, Brian Mishara, Michel Tousignant et Michael Kral pour leurs précieux commentaires dans la première ébauche de ce document. Des sections de ce rapport ont été adaptées à partir des ouvrages de Kirmayer et al. (1993, 1996, 1998) et Kirmayer (1994). Ce document a été traduit en français par Madame Suzanne S. Taillefer, Madame Louise Veilleux, et Monsieur Claude Taillefer.

Ce travail a été financé par une subvention du Conseil québécois de la recherche sociale (Équipe de recherche sur la santé mentale des autochtones).

Montréal, juillet 1999

Table des matières

Préface	2
Remerciements.....	3
Resumé/Summary.....	6
1. Introduction.....	8
2. Niveaux de prévention.....	10
3. Facteurs de risque et de protection associés au suicide.....	12
4. Éléments de programmes efficaces de prévention du suicide.....	15
4.1. Stratégies de prévention primaire.....	16
4.2. Intervention précoce et traitement.....	19
4.3. Post-intervention.....	21
5. Directives pour la prévention efficace du suicide.....	23
6. Recommandations.....	29
6.1. Orientation globale.....	29
6.2. Planification et Coordination.....	29
6.3. Prévention.....	29
6.4. Intervention.....	30
6.5. Services de suivi.....	31
6.6. Évaluation.....	32
Annexe A. Programmes recommandés.....	34
Annexe B. Description des programmes passés en revue.....	55
Description des manuels, dépliants, et autres documents.....	76
Annexe C1. Les ressources utilisées dans l'évaluation des programmes.....	78
Annexe C2. Guides d'évaluation recommandés.....	81
Annexe C3. Recommandations touchant la recherche éthique.....	82
Références.....	83

Liste des figures et tableaux

Figure 1 : Un modèle pour la prévention du suicide.....	11
Tableau B1 : Tableau récapitulatif des programmes passés en revue.....	56

Resumé

Ce rapport énonce la raison d'être ainsi que les directives pour prévenir le suicide chez les communautés autochtones. La prévention du suicide doit faire partie d'une stratégie de promotion de la santé mentale, plus globale et d'aspects multiples, qui relève de la responsabilité de toute la communauté, de la tribu ou de la région. Un programme bien élaboré requiert un groupe de coordination centralisé afin d'assurer qu'il n'y ait aucune lacune dans le système et afin d'éviter une répétition inutile d'efforts.

Les stratégies fondamentales pour la prévention du suicide chez les communautés autochtones devraient inclure:

- 1) la formation des jeunes afin qu'ils puissent agir comme conseillers auprès de leurs pairs ;
- 2) un curriculum scolaire incluant des notions de santé mentale et d'héritage culturel ;
- 3) des programmes récréatifs et sportifs ;
- 4) des ateliers d'habiletés en matière de vie quotidienne, de résolution de problèmes et de communication ;
- 5) des ateliers d'habiletés parentales ;
- 6) des groupes de support s'adressant aux individus et familles à risque ;
- 7) des programmes culturels pour la communauté en général ;
- 8) la collaboration entre les travailleurs communautaires œuvrant dans le domaine de la santé, des services sociaux et de l'éducation ; et
- 9) de la formation de travailleurs profanes et professionnels en santé mentale.

Les services d'intervention devraient faire partie des stratégies de prévention et inclure :

- 1) la formation des intervenants de première ligne ;
- 2) le développement régional d'une ligne d'écoute de crise ;
- 3) l'élaboration d'un centre de crise ;
- 4) l'accessibilité immédiate à une intervention de crise ; et
- 5) des services d'évaluation et d'intervention destinés aux parents de jeunes à risque.

Il existe aussi un besoin de services de suivi afin d'aider la famille et les amis à faire face à un décès dû à un suicide. La stratégie globale d'intervention et ses principaux éléments devraient être systématiquement évalués. Les résultats d'une telle évaluation pourraient être utilisés afin d'identifier les aspects positifs ou négatifs de la stratégie, en identifier les lacunes ou de nouvelles possibilités de prévention, et améliorer les programmes.

Summary

This report sets out a rationale and guidelines for suicide prevention in Native communities. Suicide prevention must be part of a larger, multi-faceted mental health promotion strategy that is the responsibility of the whole community, band or region. A comprehensive program requires a central coordinating group to insure there are no gaps in the system and to avoid duplication of efforts.

Primary suicide prevention strategies for Aboriginal communities should include:

- 1) training youth to act as peer counsellors;
- 2) a school curriculum with mental health and cultural heritage components;
- 3) recreational and sports programs;
- 4) workshops on life skills, problem solving, and communication;
- 5) parenting skills workshops;
- 6) support groups for individuals and families at risk;
- 7) cultural programs for the community at large;
- 8) collaboration between community workers in health, social services and education; and
- 9) training in mental health promotion for lay and professional helpers.

Intervention services should form part of the prevention strategy and include:

- 1) training of primary care providers;
- 2) development of a regional crisis hotline;
- 3) development of a crisis centre;
- 4) availability of immediate crisis intervention; and
- 5) assessment and intervention services for parents of youth at risk.

There is also a need for postvention services to help family and friends cope with a loss due to suicide. The overall prevention strategy and its major elements should be systematically evaluated. The results of ongoing evaluation can be used to identify useful or detrimental aspects of the strategy, uncover gaps or new possibilities for prevention, and refine the programs.

1. Introduction

Le suicide est une des conséquences les plus tragiques et douloureuses de la souffrance. La cause immédiate du suicide chez un individu résulte le plus souvent d'une douleur psychologique intense et d'un désir d'échapper à des circonstances intolérables. La colère et la frustration peuvent aussi alimenter un comportement suicidaire. Pour qu'un suicide survienne, il faut qu'il soit perçu comme une solution possible, que les alternatives pour réduire la douleur ou échapper à la situation soient bloquées, et que les moyens de suicide soient disponibles.

Les approches conventionnelles en santé mentale face au suicide se concentrent surtout sur l'identification et le traitement des individus à risque, ce qui est une composante essentielle de toute intervention efficace. Plusieurs communautés autochtones reçoivent peu de services d'aide et il n'est pas toujours possible pour des individus souffrant de dépression, de problèmes d'abus de substances et de crises familiales d'obtenir l'aide adéquate. Les services élémentaires doivent être rendus accessibles aux autochtones vivant dans les régions éloignées et dans les centres urbains. De même, les taux très élevés de suicide, de tentatives de suicide et d'idéations suicidaires chez les jeunes demeurant dans plusieurs communautés autochtones, indiquent que le problème n'en est pas juste un d'individus, mais qu'on retrouve à la grandeur des communautés. Par conséquent, une approche communautaire face à la prévention est essentielle.

Ce rapport énonce la raison d'être et le plan d'action d'un programme communautaire de prévention pour qu'il soit efficace. La première section résume brièvement les niveaux et types d'intervention. La section suivante passe en revue les risques majeurs et les facteurs de protection associés au suicide, et font partie des programmes de prévention. La troisième section examine les éléments des programmes de prévention du suicide qui se sont avérés efficaces. La dernière section présente les critères et recommandations des programmes. Les recommandations sont basées sur une revue systématique des programmes de prévention du suicide et de promotion de la santé mentale, élaborés pour les populations autochtones, ou possiblement applicables à ces dernières. Afin de trouver l'information sur ces programmes, les méthodes suivantes ont été utilisées:

- recherches des banques de données à la bibliothèque de l'Université McGill et à celle de l'Université du Québec à Montréal (l'UQAM), et au Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE) de l'UQAM
- contact du personnel des groupes suivants: le *Cree Public Health Module*, l'*American Indian/Alaska Native Community Suicide Prevention Network*, le *B.C. Council for Families*, l'Association canadienne de santé publique, l'Association canadienne pour la santé mentale, Santé Canada, et l'Organisation Mondiale de la Santé

- utilisation des ressources sur les programmes en santé des Premières Nations et des Inuit disponibles auprès de *National Clearinghouse Catalogue, Health Programs Support Division, Medical Services Branch*, et Santé et Bien-être social Canada
- utilisation de manuels, guides, rapports et bulletins d'organismes et la Commission royale sur les peuples autochtones (voir l'annexe C1 pour la liste des ressources utilisées)

Bien que d'autres types de programmes ont été inclus, les efforts ont été concentrés sur les programmes:

- 1) élaborés par, adaptables aux, ou opérés par les populations autochtones ;
- 2) élaborés pour ou adaptables aux communautés rurales ou éloignées ;
- 3) incorporant des mesures ciblant les jeunes ;
- 4) offrant des objectifs larges qui font la promotion de la santé mentale en général ; et
- 5) adhérant aux critères présentés dans ce document.

Nous avons recherché les programmes tant scolaires que communautaires, et nous avons tenté d'identifier un grand nombre de programmes impliquant différents groupes. Au total, 29 programmes ont été examinés. Suite à cet examen et aux résultats de leur d'évaluation (si disponibles), 9 programmes ont été choisis comme modèles appropriés pour les communautés autochtones qui désirent utiliser des programmes préexistants. Ceux qui sont recommandés sont décrits de façon bien détaillée à l'annexe A, de même que le nom et l'adresse des personnes ressources pour d'obtenir de plus amples informations. Vous retrouverez à l'annexe B une brève description ainsi que le nom des personnes ressources pour tous les programmes examinés. L'annexe C offre une liste bibliographique des ressources utilisées à la revue des programmes, des guides recommandés pour l'évaluation de programmes et les critères pour mener une recherche conforme au plan éthique.

2. Niveaux de prévention

La *prévention de première ligne* vise à réduire les risques suicidaires en améliorant la santé mentale de la population. Idéalement, ce genre de stratégie de prévention influence plusieurs problèmes sociaux et problèmes de santé mentale (Mental Health Branch, 1997). Comme exemples, l'enseignement à l'école des 'habiletés à la vie de tous les jours', les programmes pour apprendre à être parent, et l'offre à la population de services accessibles et efficaces en santé mentale (Lester, 1997).

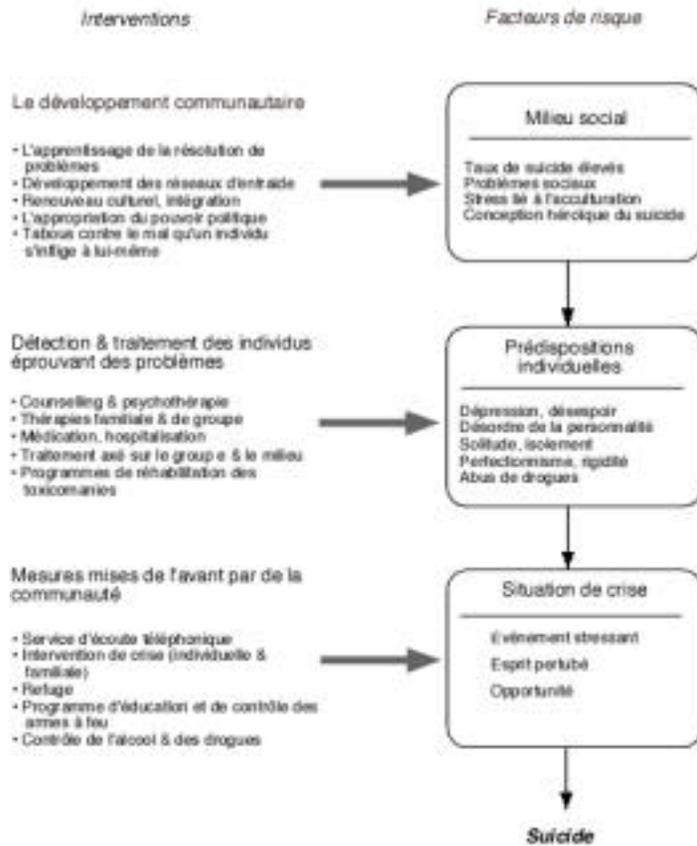
Le but de la *prévention secondaire* (intervention précoce ou traitement) est d'intervenir auprès des individus possiblement suicidaires avant qu'ils se fassent du mal ou au cours d'une crise suicidaire (Mental Health Branch, 1997). Des exemples incluent autant les lignes d'intervention téléphonique que le counselling ou la supervision étroite d'un individu ayant verbalisé une intention de se suicider.

La *prévention tertiaire* (ou post-intervention) s'intéresse aux personnes ayant été affectées par des comportements suicidaires : les individus ayant tenté de se suicider et à risque élevé de récurrence, les amis et les membres de la famille également à risque de détresse accrue, de troubles psychiatriques et de développement de tendances suicidaires ; ceci est souvent fait par counselling ou autres formes d'aide (Kirmayer et al., 1993).

Tel que présentée dans la figure 1 (Kirmayer et al., 1993), la prévention du suicide peut être ciblée à différents niveaux : le milieu socioculturel et le niveau communautaire, la famille, l'individu vulnérable ou la situation de crise. La majorité s'entend pour dire que les programmes qui s'adressent à plusieurs de ces niveaux en même temps, auront les meilleurs effets. Toutefois, certains aspects peuvent être plus sujets que d'autres à de l'intervention dans une communauté donnée.

Il existe une controverse entourant la question de la prévention à savoir s'il n'est pas préférable de tenter d'influencer un groupe entier ou de cibler plutôt des groupes à risque élevé (Rose, 1992). Dans le cas de la plupart des communautés autochtones, leurs petites tailles et la prévalence élevée des tentatives de suicides justifient parfaitement l'approche consistant à inclure l'ensemble de la communauté. Cette approche comporte deux avantages supplémentaires : (1) elle évite de stigmatiser un groupe d'individus en particulier, et (2) elle s'inscrit dans la perspective plus large du développement de la communauté et produira également des effets positifs sur la santé mentale de toute la population et des individus plus vulnérables.

Figure 1. Un modèle pour la prévention du suicide*



*inspiré en partie de Shaffer et al., 1988.

3. Facteurs de risque et de protection associés au suicide

Comprendre les facteurs de risque associés aux comportements suicidaires devrait guider les stratégies de prévention. Un grand nombre de facteurs sont associés au suicide, reflétant ainsi la complexité du problème. La plupart de ces facteurs ne sont pas uniques aux populations des Premières Nations et des inuits, mais peuvent être plus courants et sérieux dans certaines populations autochtones. Ils peuvent être classifiés dans les 5 domaines suivants, inspirés du rapport intitulé « *Choisir la vie* » publié par la Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA, 1995):

Facteurs psychobiologiques : e.g., maladies mentales telles que la dépression, les troubles d'anxiété, les troubles de comportement et la schizophrénie ; les 'styles cognitifs', tels que la pensée négative ou rigide et les difficultés à résoudre des problèmes ; de même que certains traits de tempérament ou de personnalité tels que l'hypersensibilité, le repli sur soi ou l'impulsivité (Kirmayer et al., 1993; CRPA, 1995; Mental Health Branch, 1997).

Facteurs associés à l'histoire de vie : e.g., évènements stressants dans l'enfance attribuables à des relations perturbées avec des personnes responsables de prodiguer des soins, décès imprévisible dans la famille, abus physique ou sexuel ; instabilité familiale chronique et multiples foyers d'accueil ; dysfonction et rupture dans la famille ; conflit et rejet à l'intérieur de relations importantes ; expérience avec la justice criminelle ; abus de substances, manque de liens religieux ou spirituels ; histoire familiale de maladie mentale ; et chagrin prolongé ou non résolu.

Facteurs situationnels : accessibilité aux méthodes d'automutilation telles que les armes à feu et les médicaments (Kirmayer et al., 1993; Kirmayer, 1994; CRPA, 1995).

Facteurs socioéconomiques : e.g., pauvreté individuelle et familiale ; instabilité au sein de la communauté ou manque de prospérité ; perspective d'emploi limitée ; et les facteurs responsables de l'augmentation du taux des maladies infectieuses, tels que les conditions domiciliaires et sanitaires inadéquates et les problèmes de qualité de l'eau potable (CRPA, 1995).

Stress culturel, défini comme étant « la perte de confiance chez les individus ou les groupes dans les moyens de comprendre la vie et l'existence (normes, valeurs et croyances) qui leur ont été enseignés par leur(s) culture(s) d'origine, et la détresse individuelle ou collective qui peut en résulter » (CRPA, 1995, p. 21). Ceci inclut la perte de contrôle sur leurs terres et leurs conditions de vie, l'effondrement des valeurs culturelles et du système de croyances, la perte d'identité et d'estime de soi, et la discrimination.

Des listes plus complètes se retrouvent dans Kirmayer (1994) et MSSS (1998).

Parmi les facteurs de protection qui peuvent agir pour diminuer le risque de suicide, on retrouve (*Mental Health Branch, 1997, p. 32*) :

- 1) une grande compréhension de la valeur de la vie et de ce qu'elle signifie
- 2) un estime de soi individuel et collectif
- 3) croyance dans la survie et dans le coping
- 4) une peur du suicide et objection morale au suicide
- 5) les habiletés de faire face au stress, communiquer et résoudre des problèmes
- 6) l'aide des pairs et de la famille
- 7) les responsabilités familiales
- 8) les réseaux d'entraide communautaire
- 9) le sentiment d'appartenance

Certaines problématiques spécifiques chez les adolescents et les jeunes adultes contribuent à rendre ces groupes d'âge plus vulnérables au suicide dans les communautés autochtones. Les jeunes sont impliqués dans une différenciation progressive par rapport à leur famille d'origine et dans le développement d'un réseau de relation avec leurs pairs. Quand les familles sont troublées, ce processus de séparation peut être compliqué et tumultueux. Dans de nombreuses communautés autochtones, les jeunes font face à l'incertitude économique, à des emplois et des possibilités d'emplois limités et ils peuvent avoir peu d'espoir quant à leur avenir. Par le biais des médias d'informations, ils sont confrontés à des images d'une jeunesse mondiale qui semble profiter d'une grande liberté et d'une richesse matérielle importante. Cette image quelque peu illusoire peut contraster violemment aux réalités qu'ils aperçoivent de leurs fenêtres, ce qui est plus important encore c'est la transmission des traditions culturelles et de l'identité qui a été perturbée par des générations d'oppression culturelle. Par conséquent, les processus d'initiation et d'intégration à la société adulte qui donnaient aux jeunes un sens de leur passée et un rôle valorisant dans la communauté ont été remplacés par des tentatives improvisées de groupe de pairs de créer un sentiment d'appartenance et d'identité.

Chandler et Lalonde (1998) ont démontré que le contrôle régional, le maintien et la continuation de la culture parmi les 196 tribus autochtones de la Colombie Britannique, sont associés à des taux considérablement plus bas de suicide chez les jeunes. Par conséquent, la 'continuité culturelle' peut contribuer à un sentiment d'auto-continuité qui peut s'avérer vital pour les adolescents traversant une période de grands changements personnels. Les interventions communautaires qui encouragent l'identité collective, le sentiment d'appartenance, et une perspective positive face à l'avenir, avec un rôle clair pour les jeunes, devraient avoir un impact important afin de réduire les risques de suicide.

Tout ce qui réduit un facteur de risque ou amplifie un facteur de protection aidera à prévenir le suicide. Bien que la majorité des études ou des interventions

se concentre sur les facteurs individuels, il est fort probable que certains facteurs au niveau communautaire aient des effets très puissants. Afin d'identifier ces facteurs, nous avons besoin davantage de recherches qui comparent les communautés ayant des taux inférieurs à celles ayant des taux supérieurs de suicide.

4. Éléments de programmes efficaces de prévention du suicide

Idéalement, un programme de prévention du suicide s'adressant aux communautés autochtones devrait répondre aux critères suivants :

- être prouvé efficace
- rejoindre les groupes à risque élevé
- être réalisable compte tenu des ressources locales
- tenir compte des causes à long terme, à la fois immédiates et élémentaires.

Il existe peu d'études évaluant l'efficacité des programmes de prévention du suicide. Dans une revue de recherches évaluatives sur la prévention du suicide menées à travers le Canada, Breton et al. (1998) ont identifié 15 études, la majorité évaluant l'efficacité des programmes en milieu scolaire. La plupart des évaluations ont identifié des bénéfices associés aux programmes mais peu d'études ont été publiées dans une revue scientifique. Le rapport conclut que beaucoup plus de recherches évaluatives sont nécessaires et que celles-ci devraient non seulement s'attarder à l'efficacité, mais devraient aussi étudier la pertinence des interventions et de leurs impacts sur les facteurs spécifiques visés et sur les systèmes sociaux et ceux de soins de santé. Le rapport note également que le fait de se concentrer sur un seul secteur (e. g. école) ne reflète pas la réalité de l'expérience des jeunes qui va à l'encontre de différents domaines professionnels et par conséquent requiert une approche plus intégrée et écologique.

Il existe très peu d'évaluations systématiques des efforts de prévention du suicide dans les communautés autochtones. Récemment, les *Centers for Disease Control* (CDC, 1998) américains ont publié un rapport d'évaluation d'un programme implanté en 1990 auprès d'une tribu Athabaskan d'une région rurale du Nouveau Mexique, souffrant d'un taux élevé de suicide chez les jeunes (15-19 ans). Le programme de prévention et d'intervention avait plusieurs facettes et incluait l'offre de services sociaux et de soins en santé mentale qui n'étaient pas disponibles dans la communauté auparavant, de même que des mesures s'adressant aux jeunes, et l'implantation des directives du CDC afin de contrôler les suicides en cascade. Le programme incluait

- 1) un groupe 'd'aides naturels' en milieu scolaire, constitué annuellement de 10 à 25 jeunes formés pour répondre aux jeunes en crise et faire appel à un professionnel de la santé en cas de besoin. Ces 'aides naturels' offraient également aux écoles et aux communautés de la formation sur la prévention d'usage l'alcool et de la drogue, sur l'estime de soi et l'esprit d'équipe, et sur la prévention du suicide.
- 2) le travail en milieu naturel auprès des familles affectées par un suicide, un décès, ou une blessure traumatisante
- 3) une réponse et un suivi immédiats pour les jeunes à risque
- 4) de l'enseignement communautaire sur la prévention du suicide

5) dépistage des facteurs de risque associés au suicide, dans les programmes en santé mentale et en services sociaux.

Le taux de suicides chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans a diminué presque instantanément suite à l'implantation de ce programme et cette amélioration s'est maintenue au cours des 5 années suivantes. Toutefois, il n'y avait pas de communauté pour établir une comparaison et il est possible que l'amélioration notée reflète une tendance cyclique dans le taux de suicide. De même, le nombre de suicides était trop petit pour démontrer l'efficacité du programme. Toutefois, c'est le meilleur programme évalué jusqu'à date et il illustre tous les principes qui devraient être inclus dans une approche communautaire efficace (voir l'annexe A1).

En 1988, une stratégie similaire a été réalisée dans plusieurs communautés autochtones en Alaska (voir l'annexe A2). Les agences communautaires de prévention du suicide offre des subventions aux communautés à l'étendue de l'état afin de promouvoir les activités communautaires par l'enseignement de l'héritage culturel, les groupes de support, les activités récréatives, les systèmes de soutien aux bénévoles, le counselling et l'intervention de crise. Quarante-huit communautés ont reçu des fonds la première année, et ce nombre a augmenté à 66 en 1995 (20 ont continué leurs projets sans arrêt au cours de cette période). Chaque communauté a réalisé un ou plusieurs projets basés sur une multitude d'approches possibles. Une évaluation faite entre 1989 et 1993 démontre qu'au moment où les projets communautaires ont débuté, les taux de suicide au sein des communautés étaient supérieurs à celui des autochtones de l'Alaska, mais après 3 ans, ils ont diminué plus rapidement que le taux global de l'État. Il semblerait que les communautés qui ont réussi à poursuivre leurs programmes pendant plusieurs années avaient de meilleurs résultats (S. Soule, *communication personnelle*, février 1999).

Chaque tribu ou communauté aura sa propre vision des priorités et trajectoire face au problème de suicide (CRPA, 1995). Le but de cette section, toutefois, est d'offrir de l'information sur les aspects importants qui semblent être associés à la réussite des approches en milieux autochtones. Des études de cas présentés dans le rapport spécial de la CRPA, de même que dans d'autres sources de la littérature, confirment plusieurs conclusions quant à ce qui fonctionne à différents niveaux de prévention tel que résumé dans les sections subséquentes.

4.1. Stratégies de prévention primaire

Le rapport du CRPA contient des études de cas de 5 programmes : (1) le *Ngwaagan Gamig Recovery Centre* pour les cas de dépendance à l'alcool et aux drogues et le *Nadmadwin Mental Health Clinic*, Wikwemikong, Ontario ; (2) le 1993 *Big Cove gathering and community sharing circle*, Nouveau Brunswick ; (3) un programme de formation en prévention du suicide pour les intervenants en milieux communautaires, Territoires du Nord-Ouest ; (4) le *Canim Lake family violence program*, Colombie Britannique ; et (5) le *Wakayos Child Care Education*

Centre, Meadow Lake, Saskatchewan. Ces études de cas servent à identifier les facteurs qui contribuent au succès des stratégies de promotion en santé mentale chez les autochtones. Les activités étaient initiées par la communauté (certaines en collaboration avec le conseil de bande ou les organisations autochtones régionales), inspirées par les connaissances traditionnelles et par la sagesse des aînés, dépendaient de consultations auprès de la communauté et abordaient plusieurs sujets. La plupart impliquait la collaboration de groupes extérieurs mais sous le contrôle de la communauté. Les stratégies visant le développement communautaire et social devraient promouvoir la fierté de la communauté et sa prise en charge, l'estime de soi et l'identité, la transmission des connaissances autochtones, le langage et les traditions, ainsi que les méthodes culturellement appropriées pour faire face aux problèmes sociaux (Kirmayer et al., 1993; CRPA, 1995).

Programmes de prévention du suicide en milieu scolaire

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, « les programmes de santé en milieu scolaire peuvent réduire simultanément les problèmes de santé de tous les jours, augmenter l'efficacité du système d'éducation et faire avancer la santé publique et l'éducation ainsi que le développement économique et social dans chacune des nations » (*WHO Press Office Fact Sheet, No. 92, Rev. juin 1998*). Cette affirmation met en évidence les bénéfices de la promotion de la santé en milieu scolaire qui, à son tour, constitue la fondation des soins préventifs.

Le consensus actuel dans la littérature sur la prévention du suicide chez les jeunes souligne le fait que plutôt qu'enseigner le sujet du suicide exclusivement, les écoles devraient offrir un programme d'éducation en santé s'adressant à tous les étudiants, visant à établir des habiletés de base nécessaires pour faire face à une variété de problèmes de santé et de problèmes sociaux (Kirmayer et al., 1993). Un tel programme améliorerait les capacités à faire face au stress ou à de la détresse émotionnelle, la résolution de problèmes, la communication interpersonnelle et la résolution de conflits—toutes des mesures qui aident à accroître l'estime de soi et à faire face aux conflits et aux crises d'ordre émotionnel (Cimolic & Jobes, 1990).

Les étapes pour développer un programme efficace de sensibilisation en milieu scolaire incluent (White & Jodoin, 1998) :

- 1) l'accès aux systèmes pertinents desservant les jeunes
- 2) le choix d'un programme
- 3) l'offre de formation en prévention du suicide au personnel de l'école
- 4) le développement de politiques et procédures scolaires
- 5) le développement et le maintien de liens avec le système de santé de la communauté.

Dans les programmes scolaires on doit éviter les courtes discussions sur le suicide avec les étudiants mais plutôt préconiser le développement d'aptitudes à

la vie quotidienne et à la communication, l'estime de soi et la résolution de problèmes (CRPA, 1995; Tierney, 1998). Plusieurs jeunes gens ne reconnaissent pas le suicide comme étant une facette de la maladie mentale, mais plutôt comme une réponse naturelle ou même héroïque au rejet. Cette idée fausse de même que les stigmates vis-à-vis l'aide psychiatrique, peuvent prévenir la recherche d'aide dans le cas de détresse et de maladie mentale (Shaffer et al., 1988). Le matériel pédagogique visant à faciliter la recherche d'aide appropriée pour des problèmes de dépression clinique, d'abus de substances et d'alcool ainsi que des problèmes familiaux, peuvent aider à réduire le risque de suicide. Tel que souligné ultérieurement dans la section sur les facteurs de risque et de protection, la connaissance de la culture autochtone et la fierté qu'un individu ressent face à ses propres racines et héritage, sont spécialement importants pour les jeunes et peuvent être encouragés à l'aide d'un curriculum culturel.

Les enfants plus jeunes (âgés de moins de 12 ans) sont aussi une population cible importante en prévention de première ligne compte tenu du fait que de nombreux facteurs contribuant au désespoir des jeunes débutent au cours de l'enfance. Ceci exige de l'attention et du support accrus destinés aux familles. L'enseignement de la vie de famille, la thérapie familiale et l'intervention des réseaux sociaux destinés à identifier l'abus, à résoudre les conflits et à assurer le support émotionnel des jeunes et des enfants peuvent s'avérer plus utiles qu'une approche individuelle destinée aux jeunes gens (Kirmayer et al., 1993).

Promotion culturelle et développement communautaire

Pour l'ensemble de la communauté, l'information sur le suicide devrait être transmise en même temps que celle sur la maladie mentale, les ressources de recherche de soins de même que les moyens de faire face à l'abus de substances, à la colère, aux bris de relations et à la détresse émotionnelle (Kirmayer et al., 1993). Les programmes éducatifs devraient également être sensibles au fait que les tendances suicidaires possèdent des indices et des caractéristiques spécifiques (CRPA, 1995 ; voir section suivante concernant l'intervention précoce).

Les préposés aux soins en milieu communautaire devraient recevoir une formation en santé mentale et développer des habiletés en counselling familial, en intervention sociale et en développement communautaire. Les intervenants en soins de première ligne (médecins et infirmières) doivent être mieux formés afin de reconnaître et traiter la dépression clinique et les autres problèmes psychiatriques (Kirmayer et al., 1993).

Bien que l'école soit une cible naturelle des programmes destinés aux groupes d'âges les plus touchés par le suicide dans les communautés autochtones, il existe des jeunes qui ont abandonné l'école, des familles isolées et des individus plus âgés qui ne peuvent pas être rejoints. Les approches communautaires soulignent la nécessité d'atteindre une plus grande gamme d'individus et d'avoir un impact sur l'ensemble de la communauté, tout en respectant les structures sociales, l'estime de soi collectif et les visions globales.

Compte tenu que la rupture dans la transmission des traditions culturelles semble contribuer de façon substantielle à la démoralisation et au sentiment de désespoir répandus chez les jeunes autochtones, le développement de programmes visant à transmettre les connaissances et les valeurs traditionnelles, le plus souvent par des aînés respectés, est également une composante cruciale de tout programme de prévention du suicide s'adressant à la population autochtone (Kirmayer et al., 1993).

4.2. Intervention précoce et traitement

Il est important d'avoir en place des réponses directes de prévention du suicide (« services de crise »), permettant l'identification des personnes immédiatement à risque, de même qu'une intervention visant à prévenir qu'elles se blessent ou mettent fin à leurs jours (et possiblement qu'elles blessent ou tuent d'autres personnes) (CRPA, 1995). Ceci implique la nécessité d'avoir les ressources humaines nécessaires pour faire face aux situations de crise, de même qu'un support à long terme impliquant des intervenants professionnels et/ou profanes et ce, avant que la crise ait lieu. Des soins en santé mentale sensibles à l'aspect culturel doivent être accessibles en tout temps, c'est à dire des soins de santé qui respectent et qui sont en accord avec les valeurs culturelles locales (Kirmayer et al., 1993). La réponse à une situation de crise dans les communautés éloignées et isolées requiert des liens solides avec les hôpitaux de la région et la formation de personnes de soutien dans chaque communauté. Un « centre de crise » capable de recevoir des individus pour une courte période pour traitement suite à une crise, peut s'avérer efficace, surtout si ce centre est dirigé par des personnes autochtones (Lester, 1997). Plusieurs centres canadiens de prévention du suicide ont été mis sur pied afin d'offrir du counselling direct et des informations promotionnelles sur la santé.

Une formation spécifique sur le suicide reliée à la détection devrait être offerte aux professeurs, aux travailleurs sociaux, aux professionnels de la santé, aux membres du clergé, à la police et aux autres membres de la communauté qui sont sujets à venir en contact avec des individus à risque élevé (CRPA, 1995). Les gens les plus proches des individus suicidaires ont le plus de chance d'identifier les signes précurseurs et de réagir (ce qui veut généralement dire de référer la personne à un professionnel compétent). Par conséquent, les parents ainsi que d'autres membres de la communauté comme les jeunes peuvent bénéficier d'une formation élémentaire pour reconnaître les indices et savoir quand (et comment) obtenir de l'aide pour quelqu'un en danger d'automutilation (CRPA, 1995). Les jeunes en détresse se tournent davantage vers leurs amis pour avoir de l'aide plutôt que vers les membres de leur famille ou les professionnels de leur communauté (Malus et al., 1994; Tierney, 1998). Les intervenants de la santé doivent également être formés pour reconnaître un individu suicidaire afin de le traiter le plus rapidement possible.

Certaines interventions en santé mentale, de nature psychothérapeutique et destinées aux individus à risque élevé, peuvent ne pas s'avérer appropriées compte tenu des valeurs traditionnelles autochtones ou des réalités actuelles

d'une vie coloniale. Les approches axées sur les réseaux familial et social peuvent être davantage en accord avec la culture autochtone, particulièrement si elles sont modifiées pour incorporer certaines notions d'interrelation entre la personne et l'environnement (LaFramboise, 1988; Fleming, 1994). Plusieurs personnes indigènes savent que l'état mental et physique d'un individu dépend de sa relation avec la terre et les animaux. Malgré les changements culturels rapides et le fait que les jeunes aient une vision différente à certains égards de celle de leurs parents et grands-parents, ces idées et attitudes demeurent quand même pertinentes, et sont des facteurs-clés à la continuité et au renouveau culturels, importants à toute la communauté. L'implication directe des aînés dans l'élaboration de méthodes de counselling et de techniques liées à la psychothérapie et ce, en tant que conseillers et soigneurs, est essentielle à l'évolution de soins culturellement appropriés, qui contribueront également à un sens accru d'identité collective (Duran & Duran, 1995).

Les lignes téléphoniques d'intervention de crise ont eu un impact limité sur la population en général mais peuvent être davantage utiles dans les petites communautés éloignées quand les autres sources d'aide sont rares. La première ligne d'intervention téléphonique couronnée de succès dans le Nord, Kamatsiaqtut (*Baffin Crisis Line*), fonctionne à Nunavut (Levy & Fletcher, 1998). Ce service téléphonique a été élaboré au début des années 1990 par des membres de la communauté, et offre des services de counselling et de contact pour toute personne dans le besoin. L'appartenance communautaire a été un élément essentiel du succès du programme : le service est offert entièrement par des bénévoles résidents dans le Nord, et le plus possible pouvant s'exprimer en Inuktitut au téléphone (environ 80% de la population desservie est Inuit). Le programme a été élaboré utilisant les modèles des lignes téléphoniques existant dans le Sud et adaptés au milieu local et culturel. Des règles strictes sont utilisées afin de maintenir l'anonymat et la confidentialité. On reçoit en moyenne 3 appels par soir (les lignes sont ouvertes de 21h00 à 24h00). Le programme a été étendu afin de desservir la moitié des Territoires du Nord-Ouest et une grande partie de la population du Québec (dans le code régional 819) sans frais ; deux autres lignes téléphoniques inspirées de ce modèle ont été élaborées dans les Territoires du Nord-Ouest. De tels services peuvent offrir de l'aide avec un niveau de confidentialité que l'on retrouve difficilement dans plusieurs petites communautés.

Restreindre l'accès aux moyens dangereux d'automutilation peut faire la différence entre un décès et la possibilité d'aider un individu en détresse. L'accès relativement facile aux armes dans plusieurs communautés autochtones est plutôt inévitable, mais l'usage sécuritaire et l'entreposage des armes à feu peuvent être enseignés dans le cadre de programmes promotionnels. Certaines méthodes autres que les armes à feu sont importantes dans de nombreuses communautés. Par exemple, une revue de 68 décès par suicide ou possiblement comme conséquence d'un suicide, survenus à Nunavik, de 1982 à 1996, démontre que la majorité des décès résulte d'une pendaison, le plus souvent dans la chambre à coucher, à l'aide de la pôle de la penderie. L'installation dans les penderies d'une pôle qui céderait sous le poids d'une personne pourrait interférer avec cette méthode (Masecar, 1998). Une communauté des Territoires

du Nord-Ouest ayant un taux élevé de suicide a enlevé les pôles dans les penderies et les serrures sur les portes de chambres, au début des années 1990. Bien que d'autres activités de prévention se soient déroulées au cours de la même période, telles de multiples rencontres communautaires, le taux de suicide a baissé dramatiquement au cours des années suivantes (M. Kral, *communication personnelle*, mars 1999).

4.3. Post-intervention

Il est essentiel d'offrir des services de suivi à ceux qui ont tenté de se suicider ou qui démontrent des tendances à l'automutilation car ils sont plus à risque de mettre fin à leurs jours dans l'avenir. Les types d'aide devraient inclure à la fois les services cliniques appropriés afin de traiter les maladies psychiatriques, et des approches non-médicales à la santé mentale et à la guérison (par exemple, du counselling de paires, de l'étroite supervision et du counselling par les aînés) (Mental Health Branch, 1997). Les services doivent être accessibles et pertinents pour les personnes ayant des conflits avec la loi, des problèmes d'abus de substances ou de sexualité, ou qui se seraient éloignées des services d'aide (Mental Health Branch, 1997, p. 42). L'aide devrait également être disponible pour les membres de la famille et de la communauté affectés par une tentative de suicide ou un décès. Un suicide a un impact significatif sur la famille et les amis de la victime, et augmente le taux de dépression jusqu'à 6 mois après l'évènement. Plusieurs experts recommandent d'offrir du counselling ayant pour but de promouvoir un deuil normal et éviter des réactions pathologiques de chagrin (Kirmayer et al., 1993). Afin de répondre dans un délai raisonnable à un suicide, il est important d'avoir déjà sur pieds des services essentiels et une équipe de coordination. Le CDC (O'Carroll, Mercy & Steward, 1988) a suggéré des services de post-intervention, en se concentrant tout particulièrement sur les suicides en cascade.

La publicité réservée aux suicides peut contribuer aux suicides en cascade (Kirmayer, 1994). Le suicide attire l'attention du public et du gouvernement et est souvent perçu comme un outil puissant utilisé dans les débats politiques. Toutefois, cette optique peut, par inadvertance, légitimer le suicide comme une forme de protestation politique et par conséquent en augmenter la prévalence. La recherche prouve que les rapports écrits sur le suicide chez les jeunes, dans les journaux ou sur des produits de divertissement, sont associés à des taux accrus de comportements suicidaires chez les individus qui y sont exposés (Phillips & Cartensen, 1986; Phillips et al., 1992).

Les médias nationaux et locaux ont la responsabilité de porter une attention spéciale à leurs reportages sur le suicide et ce, en se conformant aux codes de conduite (CRPA, 1995; United Nations, 1996). Les comportements suicidaires ne doivent être ni dramatisés, ni romancés, et aucun détail ne devrait être fourni quant aux méthodes. Un bulletin de nouvelles devrait toujours être accompagné d'informations concernant les ressources disponibles dans le domaine de la prévention du suicide (Centers for Disease Control, 1988) et autres façons de faire face à la détresse (CRPA, 1995). Ceci peut être présenté sous forme de

commentaires de la part de personnes ayant déjà été suicidaires et ayant fait appel à de l'aide, ou par des intervenants pouvant offrir de l'aide (Mental Health Branch, 1997). Les médias peuvent contribuer à la prévention du suicide en présentant des images positives de la culture autochtone et des exemples de succès en matière de coping et de développement communautaire.

5. Directives pour la prévention efficace du suicide

Dans son rapport, *Choisir la vie*, la Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA) argumente que seule une approche détaillée de prévention du suicide améliorera les conditions des communautés autochtones. Une telle approche inclut des plans et des programmes qui :

- offrent des services de crise pour le suicide ;
- favorisent la prévention et le développement communautaire ;
- abordent « les besoins à long terme d'autodétermination, d'autosuffisance et de guérison » (CRPA, 1995, p. 75).

Une stratégie de prévention du suicide ayant les meilleures chances de faire une différence, doit être conceptualisée comme stratégie de promotion de la « santé mentale » ou du « mieux-être de la communauté ». Ceci suggère les directives générales suivantes pour une stratégie de prévention du suicide :

- 1) La prévention du suicide doit être la responsabilité de la communauté entière, ce qui nécessite le support de la communauté et la solidarité familiale, religieuse, politique ou autre. Compte tenu de l'importance de la communauté, une étroite collaboration entre les services de santé et d'éducation est nécessaire. La structure bureaucratique qui s'est installée au sein du gouvernement et des services urbains est fragmentée et parfois compétitive. Ceci peut avoir un effet désastreux sur les communautés autochtones.
- 2) Il est crucial de centrer nos efforts sur les enfants et les jeunes (jusqu'à l'âge de 20 ans), mais ceci exige l'implication de la famille et de la communauté.
- 3) Le problème du suicide doit être abordé de plusieurs façons, tenant compte à la fois des dimensions biologique, psychologique, socioculturelle et spirituelle de la santé et du mieux-être.
- 4) Les programmes à long terme devraient être élaborés parallèlement aux réponses de « crises ». Une approche détaillée au problème du suicide devrait être intégrée à des programmes plus élaborées de promotion de la santé, d'éducation à la vie de famille, de développement communautaire et culturel, et d'encouragement à obtenir les pleins pouvoirs politiques.
- 5) L'évaluation de l'impact des stratégies de prévention est essentielle. Le seul fait qu'un programme continue d'exister est souvent interprété comme étant un signe de succès. Bien que cela puisse être vrai, il est toujours important de vérifier le fonctionnement d'un programme et ses répercussions à tous les niveaux, et ce, afin d'identifier tout effet imprévu ou néfaste.
- 6) Les programmes devraient être initiés localement, appartenir et être la responsabilité de la communauté, tout en incorporant les normes et les

valeurs de la culture autochtone. Il est essentiel de former des intervenants en santé mentale travaillant en thérapie individuelle et familiale (tout particulièrement lors d'un deuil), en intervention sociale appropriée et en méthodes de développement communautaire. Bien qu'il soit fondamental d'élaborer des solutions au niveau local plutôt que celles imposées par des agences externes, l'aide précieuse que ces dernières pourraient apporter ne devrait pas être rejetée dans le cas d'un partenariat efficace.

Le ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS, 1998) a préparé une stratégie de prévention du suicide basée sur les principes suivants:

- 1) mettre en valeur ce qu'est la vie par le biais d'un vif sentiment communautaire et de responsabilité ;
- 2) reconnaître que l'individu et la société possèdent certaines habiletés pour afin de faire face au suicide, ainsi que le potentiel d'en acquérir d'autres ; et
- 3) compter sur les assistants sociaux et les services déjà existants.

Bien que plusieurs de ces objectifs soient pertinents pour les communautés autochtones, la majorité nécessitent d'être modifiés et reconsidérés afin de mieux s'adapter aux réalités sociales et culturelles. Nous énumérons ci-dessous chaque objectif de la stratégie québécoise ainsi que des commentaires sur leur pertinence pour les populations et communautés autochtones.

Fournir et consolider des services essentiels et mettre fin à l'isolement des assistants sociaux.

Il est difficile pour plusieurs communautés autochtones d'avoir accès aux services élémentaires de soins en santé mentale. Les services essentiels incluent l'accès à de l'aide téléphonique 24 heures sur 24, à l'intervention d'experts (évaluation complète, traitement et suivi) pour des cas de suicide ou de problèmes de santé mentale reliés, et la post-intervention. Afin d'être utile, cette aide devrait être disponible dans la langue avec laquelle familière au client et tenir compte des aspects culturels et sociaux de ses antécédents et de son milieu.

Les intervenants en santé mentale dans les régions éloignées peuvent se sentir plus isolés que ceux des villes. Les intervenants dans les régions éloignées ont souvent un lien de parenté avec plusieurs de leurs clients, et fonctionnent sans le support d'autres professionnels et de ressources nécessaires pour faire face aux crises (e. g. entourage supervisé, consultation psychiatrique, programmes en hôpital de jour, intervention familiale). Il existe parfois une division entre les secteurs scolaires, celui des services sociaux et celui de la santé, même dans les petites communautés. Ceci doit être contré afin d'offrir du support aux travailleurs, et une continuité au niveau des soins.

Augmenter les habiletés professionnelles.

Les cliniciens et assistants doivent être formés afin d'être capable de détecter les individus possiblement suicidaires et de répondre à leurs besoins. Ceci s'applique plus particulièrement aux « gardiens » comme le personnel scolaire et les intervenants en soins de première ligne. La capacité d'identifier les problèmes dépend, en partie, sur la confiance du clinicien dans le traitement. Les habiletés à traiter sont particulièrement importantes pour les infirmières cliniciennes et médecins de famille qui travaillent dans les régions éloignées où les services spécialisés de soins en santé mentale sont presque inexistantes. Une formation supplémentaire quant aux approches de traitement serait peut être nécessaire dans les cas de dépression, de troubles d'anxiété, d'abus de substances, de violence familiale et d'abus sexuel.

Compte tenu du manque de travailleurs formés en santé mentale dans plusieurs communautés autochtones, et de l'importance cruciale de connaissances culturelles et linguistiques dans le traitement, il est essentiel d'étendre les programmes de formation aux travailleurs des communautés locales, aux soigneurs, aux chefs religieux et aux autres personnes qui soignent « naturellement ». La formation professionnelle peut être adaptée aux besoins et aux attentes de ces groupes afin qu'ils puissent à la fois offrir plusieurs genres d'intervention de support et travailler avec des professionnels, au besoin.

Intervenir auprès de groupes à risque.

Plusieurs communautés autochtones représentent des groupes à risque compte tenu de leur histoire et de circonstances sociales. Les jeunes hommes, en particulier, forment un groupe à risque identifiable. L'abus de substances, particulièrement l'abus d'alcool et l'usage de solvants dans le passé, sont des signes importants de risque beaucoup plus élevé. On voit souvent l'abus de solvants chez les préadolescents et il est relié à des problèmes d'ordre personnel et familial importants. Toutefois, des études épidémiologiques démontrent que la prévalence d'idées suicidaires est tellement élevée chez les jeunes de certaines communautés, que le concept de « groupe à risque élevé » est trompeur, et qu'une approche communautaire à spectre plus large est nécessaire.

Favoriser des programmes de promotion et de prévention chez les jeunes.

Compte tenu que plusieurs jeunes suicidaires ne contactent ni des professionnels ni des adultes quand ils sont en état de crise, la formation de pairs est cruciale pour identifier et répondre aux problèmes. Les programmes s'adressant aux jeunes doivent encourager l'estime de soi et les habiletés sociales, développer des expertises spécifiques de prévention du suicide, et fournir une intervention de suivi jeunes gens ayant perdu un ami ou un membre de la famille par suicide. Ces programmes peuvent être instaurés dans les écoles mais doivent être adaptés afin de rejoindre les jeunes les plus vulnérables qui ne fréquentent peut-être pas un établissement scolaire.

Les programmes de support des pairs—où les étudiants bénévoles spécialement formés sont en charge et le font fonctionner—offrent une alternative attrayante aux sermons habituels au sujet du suicide car ils rendent les ressources plus accessibles aux autres étudiants. Les programmes de sensibilisation peuvent être moins utiles dans de nombreuses communautés autochtones où la population est trop consciente du suicide, bien que le besoin de corriger les opinions fausses demeure présent. En particulier, pour certains jeunes, le suicide peut être perçu comme un moyen positif de protestation ou comme un geste héroïque relié à des erreurs et injustices sociales. L'enseignement sur le suicide peut remettre en question cette perception romancée du suicide, et aider à trouver des réponses alternatives aux crises interpersonnelles et au désespoir. En général, il sera beaucoup plus efficace d'amener les jeunes à s'impliquer de façon active pour aider les autres, de même que dans des organisations communautaires, que de leur offrir tout simplement de la « formation ». Quand le désespoir (même sous sa forme la plus minime, comme l'ennui) affecte toute une génération de jeunes gens, il peut s'avérer nécessaire d'impliquer directement un grand nombre de jeunes à enseigner, à aider et à prendre part aux activités communautaires pour obtenir un impact significatif.

Minimiser les risques reliés aux moyens de suicide, et en diminuer l'accès.

Les principaux moyens de suicide qui devraient être contrôlés incluent la pendaison, les armes à feu, les médicaments et le monoxyde de carbone. Il est difficile de contrôler ces méthodes dans la plupart des communautés autochtones. La pendaison ne nécessite aucun équipement spécial. Les armes à feu sont facilement accessibles et sont importantes pour les activités traditionnelles de chasse. Le fait de renseigner les familles de mettre en lieu sûr les armes à feu, les médicaments et autres substances dangereuses, peut introduire un délai important entre l'idée suicidaire et le passage à l'acte, ce qui permettrait à la personne bouleversée de « se calmer ».

Il y a un taux élevé de décès accidentels dans un grand nombre de communautés autochtones, et certains de ces décès peuvent être liés à la prise de risque et à des comportements autodestructeurs (e. g. accidents de motoneige ou de véhicule tout-terrain à cause d'insouciance ou de consommation de drogues ou d'alcool). Certains auteurs ont suggéré que de tels accidents peuvent être considérés comme une forme de comportement suicidaire (Young, 1994). Les programmes d'éducation et de sécurité peuvent réduire le nombre de ces accidents ; toutefois, une prévention efficace du suicide devrait également diminuer la fréquence de morts accidentelles.

Contre l'insignifiance et le sensationnalisme du suicide en développant un sens de la communauté et de la responsabilité.

Certaines couches de la société entretiennent des attitudes dominantes qui tentent à romancer le suicide comme une expression d'aliénation, de protestation

ou d'immense chagrin. Parfois, le grand public et les médias parlent du suicide de façon sensationnaliste. Pour les personnes autochtones en particulier, le suicide représente les effets de la répression et de la marginalisation culturelle qui peuvent lui donner, par mégarde, une signification héroïque aux yeux de certains jeunes. La prévention du suicide nécessite que l'on renforce les attitudes des individus et de la communauté qui abhorrent le suicide. Une résolution de problèmes, l'implication communautaire et le militantisme politique représentent tous des alternatives au désespoir autodestructeur et doivent être enseignées et valorisées.

Intensifier et diversifier la recherche.

Tel que noté précédemment dans ce document, il n'y a pas assez de recherche sur le suicide chez les communautés autochtones. Bien qu'il existe certaines informations sur les facteurs de risque et de protection pour un individu, nous connaissons peu de choses au sujet des facteurs qui affectent la communauté dans son entier. Ceci nécessite des études de comparaison entre plusieurs communautés. De telles recherches peuvent identifier les facteurs qui contribuent au mieux-être de la communauté et des individus.

Il existe un besoin urgent de recherche pour évaluer les programmes de prévention du suicide et de promotion de la santé mentale en terme d'efficacité, de faisabilité et d'impact social en général. Les conséquences à être évaluées peuvent inclure les tentatives de suicide et les idées suicidaires, mais également d'autres formes de comportements autodestructeurs, de détresse psychologique, de rendement scolaire et d'utilisation de services.

La recherche a souvent été perçue par les communautés autochtones comme une autre forme d'exploitation ou de contrôle externe (O'Neil, 1998). Les projets doivent être conçus et réalisés avec l'entière collaboration des communautés autochtones. Chaque projet offre une possibilité de transfert de connaissances des méthodes et des habiletés de recherche aux membres de la communauté afin qu'ils puissent initier, réaliser et contrôler localement leur propre recherche évaluative.

La recherche dans les communautés autochtones pose des problèmes d'éthique particuliers. Les communautés étant réduites, il est difficile d'assurer la confidentialité et l'anonymat. Un projet de recherche peut avoir un impact significatif sur toute la communauté. Les images de la communauté véhiculées par la recherche peuvent affecter le mieux-être futur de façon néfaste. Toutes ces questions nécessitent une attention spéciale. Pour pallier les inquiétudes élémentaires, des directives ont été élaborées pour mener une recherche éthique sur les communautés autochtones. La Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA, 1993) présente une série détaillée de directives comme partie d'un Plan Intégré de Recherche. Un document détaillé et précis, hautement recommandé, préparé pour un atelier de « recherche responsable » dans les Territoires du Nord-Ouest, explore les inquiétudes reliées aux recherches communautaires chez les autochtones (Dene Tracking, 1993). Deux autres

documents ont été spécifiquement préparés pour les communautés Inuits mais soulèvent des problèmes pertinents pour d'autres groupes autochtones (Inuit Tapirisat, 1993; Inuit Circumpolar Conference, pas de date). À l'annexe C3, à la fin de ce document, nous énumérons une série de documents utiles qui adressent des problèmes d'ordre éthique.

6. Recommandations

Nous dressons la liste des tâches spécifiques d'un programme communautaire complet de prévention du suicide. Plusieurs suggestions sont associées à une description détaillée dans les programmes suggérés à l'annexe A. Si des modèles existants sont utilisés, les programmes nécessiteront une adaptation soignée aux conditions spécifiques de chaque communauté.

6.1 Orientation globale

La prévention du suicide devrait faire partie d'une stratégie de promotion de la santé mentale plus globale et d'aspects multiples, qui relève de la responsabilité de la communauté toute entière, de la tribu ou de la région.

6.2 Planification et Coordination

Un programme détaillé de prévention du suicide nécessite un groupe de coordination centralisé afin d'assurer qu'il n'y ait aucune lacune dans le système et afin d'éviter une multiplication inutile des efforts. Ce groupe devrait impliquer des représentants de secteurs importants de la communauté : des jeunes, des aînés, des responsables des soins, des professionnels (de la santé, des services sociaux et de l'éducation), du gouvernement local et autres. La collaboration inter agences devrait être encouragée afin d'utiliser au maximum les forces de tous les individus concernés pour qu'il en découle une stratégie détaillée, sensible aux besoins changeants des individus et de la communauté. Ensemble, ils peuvent créer ou adapter des programmes qui reflètent la vraie nature de la communauté. L'effet immédiat d'une telle collaboration sera une réponse coordonnée à la prévention du suicide. Les effets à long terme seront de renforcer la communauté, l'identité culturelle et l'émergence de contrôle local qui, à leur tour, amélioreront à la fois la santé des individus et celle des communautés.

Ce groupe de coordination devrait également superviser et être lié à une équipe de recherche qui peut aider à développer et entreprendre des évaluations de programmes et d'activités de prévention.

6.3 Prévention

Les stratégies de première ligne de prévention du suicide chez les communautés autochtones devraient inclure les activités suivantes:

- 1) du counselling de pairs où des jeunes sont formés afin d'acquérir des habiletés élémentaires d'écoute et sont identifiés comme personnes ressources pour aider d'autres jeunes en crise (voir l'annexe A1, A6) ;
- 2) un curriculum scolaire incluant des connaissances en santé mentale positive, l'identification des signes avant-coureurs du suicide, l'abus de

substances, et d'autres symptômes comme étant un problème sérieux de santé mentale, de même que l'héritage culturel comme source de moyens adéquats pour faire face aux situations (A3, A4) ;

- 3) des programmes récréatifs et sportifs pour les enfants et les jeunes afin de combattre l'ennui et l'aliénation ; puis encourager le support entre paires et un sens d'appartenance (A2) ;
- 4) des ateliers d'habiletés liées à la vie de tous les jours, de solution de problèmes et de communication pour les enfants et les jeunes ; la plupart de ces ateliers peuvent être donnés par des jeunes conseillers qui serviront de bons modèles (A1, A5, A6, A9) ;
- 5) des ateliers d'éducation à la vie familiale et d'habiletés parentales pour les nouveaux parents et les adultes (A7, A8) ;
- 6) des groupes de support pour individus et familles à risque (e. g. jeunes mères, consommateurs abusifs de drogues en voie de guérison, ex-délinquants de retour dans la communauté après avoir été incarcérés ; A2) ;
- 7) des programmes culturels et des activités destinés à toute la communauté (e. g. enregistrement et transmission des traditions des aînés, camping, fêtes rituelles, cours de langue autochtone ; A2) ;
- 8) la collaboration entre des intervenants communautaires en santé, en travail social et en éducation afin de promouvoir l'intégration des services (A2) ;
- 9) la formation en promotion de la santé et en sensibilisation aux facteurs de risque liés au suicide pour les travailleurs profanes et professionnels (A2) ;
- 10) établir des liens de communication pour permettre aux membres de la communauté d'exprimer leurs soucis et leurs intérêts (par des rencontres ou des réunions du conseil municipal et de la communauté).

Bien que plusieurs de ces activités et programmes puissent être réalisés par les écoles et les cliniques, leur existence serait grandement facilitée par la création d'un centre communautaire où beaucoup de ces activités auraient lieu.

6.4 Intervention

Les programmes et services suivants abordent les besoins d'intervention auprès d'individus suicidaires à risque élevé et devraient faire partie d'une stratégie complète de prévention:

- 1) la formation d'intervenants en soins de première ligne (infirmières, médecins généralistes, travailleurs sociaux, etc.) en détection du suicide

et en intervention de crise de même qu'en traitement de la dépression, des troubles d'anxiété, d'abus de substances et d'autres troubles psychiatriques.

- 2) le développement d'une ligne d'écoute régionale de crise. Cette ligne devrait provenir de l'extérieur de la communauté afin de garantir la confidentialité ; toutefois, les intervenants devraient connaître la communauté afin de répondre adéquatement et connaître des personnes ressources au sein de la communauté qui seraient disponibles pour intervenir rapidement au besoin.
- 3) la création d'un centre de crise qui devrait être situé dans la communauté ou dans une communauté avoisinante, afin d'offrir un lieu sûr, un moment de répit ainsi qu'une possibilité d'intervention intensive. Le personnel du centre pourrait être composé de personnes de soutien non-professionnelles ou de « grands frères/grandes sœurs », assistés d'intervenants professionnels disponibles.
- 4) l'accessibilité immédiate à de l'intervention de crise pour ceux et celles en phase aiguë.
- 5) le développement de services d'évaluation et d'intervention pour les parents de jeunes à risque (e. g. intervention individuelle, de couple ou de groupe dans le cas d'abus de substances, de violence familiale, d'expériences liées aux écoles résidentielles et à la relocalisation, etc.).

6.5 Services de suivi

Le suivi routinier de la famille et des amis ayant vécu une perte suite à un suicide est nécessaire, de même que l'identification et l'aide de ces tiers qui sont eux-mêmes à risque d'un suicide.

Compte tenu du fait que les communautés autochtones sont étroitement liées et que de nombreux jeunes se retrouvent dans des conditions similaires, les suicides surviennent souvent en série. Nous devons par conséquent développer des équipes d'intervention de crise qui puissent répondre à ces nombreux suicides qui surviennent souvent en série. Le *U.S. Centers for Disease Control* a élaboré des directives pour aider les communautés à répondre à ces suicides en cascade (O'Carroll, Mercy & Steward, 1988). En bref, ces directives suggèrent que:

- 1) la communauté devrait étudier ces recommandations et élaborer son propre plan avant que ne survienne une série de suicides ;
- 2) la réponse à la crise devrait impliquer tous les secteurs intéressés de la communauté:
 - A) un comité de coordination composé de personnes concernées provenant des secteurs scolaires, religieux, de santé, du

gouvernement, des agents de la paix et des personnes de soutien, etc.

- B) une agence locale devrait coordonner les rencontres, la planification ainsi que l'intervention proprement dite au moment de la crise.
- 3) des ressources communautaires appropriées devraient être identifiées, incluant : hôpital, services médicaux d'urgence, école, clergé, groupes de parents, ligne téléphonique de crise, étudiants, police, média ainsi que des représentants d'agences qui ne siègent pas sur le comité de coordination ;
 - 4) la réponse devrait survenir au moment où se produisent des suicides en cascade ou lorsqu'un ou plusieurs décès suite à un trauma sont identifiés et peuvent avoir un impact sur les adolescents ;
 - 5) la première étape de la réponse suite à une crise est de contacter et de préparer tous les groupes concernés ;
 - 6) éviter de glorifier les victimes d'un suicide et minimiser le *sensationnalisme* ;
 - 7) les personnes à haut risque devraient être identifiées et avoir au moins une évaluation par un thérapeute formé à cet effet ; puis référées pour une thérapie de suivi au besoin ;
 - 8) des d'informations précises et appropriées devraient être transmises aux médias en temps opportun ;
 - 9) les éléments de l'environnement qui pourraient augmenter la probabilité que d'autres tentatives de suicide surviennent, doivent être identifiés et modifiés ;
 - 10) les problèmes à long terme suggérés par la nature des suicides en cascade devraient être abordés.

Ces directives s'appliquent à la prévention du suicide en général.

6.6 Évaluation

Une stratégie d'évaluation devrait être élaborée dès le début, en parallèle avec le développement du programme. Si nécessaire, ceci peut être en partenariat avec des chercheurs académiques ayant les compétences requises. Deux manuels d'évaluation pour les Premières Nations et les communautés Inuits sont recommandées pour des informations détaillées (Health and Welfare Canada, 1991; Humanité Services Planning, 1993).

La stratégie globale de prévention et ses composantes principales devraient être systématiquement évalués en terme

- d'efficacité ;
- de faisabilité et rentabilité ;
- de processus ; et
- d'impact culturel et social.

Les résultats des évaluations en cours peuvent être utilisés pour identifier les aspects utiles ou négatifs de la stratégie, les lacunes ou les possibilités nouvelles de prévention et l'amélioration des programmes.

L'efficacité peut être évaluée en terme

- de taux de tentatives de suicide et d'idéations suicidaires à l'aide d'enquêtes communautaires ;
- l'accès aux services tel qu'inscrit aux dossiers ; et
- d'autres mesures épidémiologiques de la santé mentale et du mieux-être.

Des statistiques élémentaires des résultats incluent : des taux de mortalité par suicide, compte tenu du genre et de l'âge ; de l'information sur les méthodes utilisées ; des taux de tentative de suicide tels qu'estimés par les enquêtes ; et le taux d'hospitalisation suite à une tentative de suicide, compte tenu du genre et de l'âge.

L'évaluation de la faisabilité et de la rentabilité des programmes est importante afin d'identifier les éléments qui sont immédiatement transmissibles aux autres communautés, de même que la recherche de subventions à long terme afin de poursuivre les efforts de prévention. L'évaluation du processus qui étudie l'organisation d'un programme, les obstacles rencontrés et les solutions trouvées offrira des informations essentielles quant à l'élaboration de futurs programmes, de même que de l'aide potentielle pour d'autres communautés qui visent à mettre sur pieds des programmes similaires.

Finalement, tous les programmes de prévention dont le champ d'activités est décrit dans ces recommandations auront des effets sur la vie communautaire, l'identité individuelle et collective, de même que d'autres conséquences sociales et culturelles (e. g. économie). Des analyses qualificatives et, si possible, quantitatives de cet impact social à un plus haut niveau, rajoutera une dimension critique aux efforts de prévention.

Annexe A. Programmes recommandés

Cette annexe décrit 9 programmes d'activités de prévention du suicide et de promotion de la santé mentale que nous recommandons suite à l'examen des 29 programmes énumérés à l'annexe B. Vous trouverez également le nom des personnes ressources et les adresses pour obtenir de plus amples informations ou pour commander de la documentation sur le programme.

A1. Jicarilla Mental Health and Social Services Program

Ce programme de prévention et d'intervention à facettes multiples est décrit à la section 4, page 16. Débuté en janvier 1990, il offre de nouveaux services en santé mentale et en services sociaux au sein de la communauté, des outils de mesure pour les jeunes de 15 à 19 ans, ainsi que l'implantation des critères du CDC pour réduire les suicides en cascade. La communauté autochtone américaine impliquée provient d'une région éloignée ; elle est composée de jeunes, et la majorité des résidents sont pauvres et sans emploi. À la fin des années 1980, le taux de suicide était 22 fois plus élevé que le taux national américain.

Ce programme offre une approche communautaire axée sur la famille par rapport à la prévention du suicide et encourage les valeurs culturelles et les traditions. Il est centré sur des facteurs de risque suicidaire (abus de substances et d'alcool, abus physique, sexuel et émotionnel, négligence infantile), et sur les problèmes communautaires en offrant de l'information sur la violence domestique, l'abus des enfants, l'économie, l'abus de substances et le parentage.

Le programme encourage les composantes suivantes :

- 1) des 'aides naturels' en milieu scolaire, impliquant chaque année 10-25 jeunes formés pour répondre aux jeunes en crise et aviser un professionnel de la santé mentale d'un besoin d'aide. Ces 'aides naturels' offrent également de la formation en milieux scolaire et communautaire sur la prévention d'abus d'alcool et de drogue, le développement de l'estime de soi et d'esprit d'équipe et sur la prévention du suicide.
- 2) *Outreach* des familles à la suite d'un suicide, d'un décès ou d'une blessure traumatique.
- 3) Intervention immédiate et suivie auprès des jeunes identifiés à risque.
- 4) Formation communautaire en prévention du suicide.
- 5) Formation des professeurs, du personnel scolaire, des pairs conseillers, du personnel de transport d'urgence et de la police, pour leur apprendre à reconnaître et à évaluer les risques de suicide dans les programmes de services sociaux et de santé mentale.

En 1993 et en 1994, les activités de prévention du suicide ont été élargies afin d'inclure les membres de la communauté âgés entre 20 et 24 ans.

Un système de surveillance a été implanté par le personnel professionnel de la région afin d'amasser de l'information sur les tentatives de suicide et sur les suicides réussis dans la communauté. Le taux d'actes suicidaires (tentatives et suicides) chez les jeunes âgés de 15-19 ans a diminué de façon substantielle presque immédiatement après à l'implantation de ce programme, de 58.8/1000 de population en 1988-89 à 8.9/1000 en 1990-91. Cette amélioration a été maintenue au cours des 5 années suivantes, avec des taux de 9.2/1000 (pour 1992-93), 17.6/1000 (pour 1994-95), et 10.9/1000 (pour 1996-97).

Le CDC suggère que les aspects du programme qui ont possiblement contribué à diminuer les taux, incluent multiples stratégies de prévention et d'intervention dans une population centralisée et un personnel travaillant à plein temps en programme de prévention du suicide. La diminution a été observée en dépit d'une surveillance accrue et davantage de formation communautaire au sujet du suicide et de sa prévention. De plus, l'évaluation de ce programme sera importante et devrait inclure une comparaison des taux d'actes suicidaires avec d'autres communautés tribales du Nouveau Mexique, qui n'ont pas ce genre de programme.

Le *Jicarilla Mental Health & Social Services Program* fait partie du *American Indian/Alaska Native Community Suicide Prevention Center & Network (AI/AN CSPCN)*. Le but du réseau est de développer des programmes de prévention et d'intervention, des équipes d'intervention de crise, et le partage d'informations entre les communautés autochtones. Un nombre de jeunes intervenants communautaires et d'intervenants adultes à travers les États-Unis, sont disponibles pour aider d'autres communautés à développer de l'intervention de crise, des activités de prévention, des systèmes de surveillance, un esprit d'équipe et d'évaluation de programme. Le réseau travaille également à développer un bulletin, un manuel destiné aux programmes de prévention et d'intervention, d'information auprès d'autres tribus qui ont des stratégies de prévention ainsi qu'une bibliothèque de références. En novembre 1998, une première conférence nationale a été présentée par le *AI/AN CSPCN* à San Diego.

Pour de plus amples informations :

Pat Serna, Director
Jicarilla Mental Health & Social Services
P.O. Box 546
Dulce, New Mexico 87528
(505) 759-3162 (téléphone)
(505) 759-3588 (télécopieur)
cspcn@cvn.com (courriel)

Debra Hurt, Coordinator
American Indian/Alaska Native Community Suicide Prevention Centre &
Network (AI/AN CSPCN)
P.O. Box 546
Dulce, New Mexico 87528
(505) 759-3162 (téléphone)
(505) 759-3588 (télécopieur)
cspcn@cvn.com (courriel)
www.jade2.tec.nm.us/cspcn/cspcnfrm.htm (internet)

A2. Community-Based Suicide Prevention Program

Le *Community-Based Suicide Prevention Program (CBSPP)* a été développé et implanté par des communautés autochtones d'Alaska. Ce programme est décrit à la section 4, page 15. Le CBSPP est financé par l'état et offre des subventions pour promouvoir les activités de prévention du suicide en milieu communautaire. Ces activités visent différents aspects de la prévention, de la promotion de la santé mentale et l'intervention dans les cas de suicides ainsi que pour le suivi. La demande de subvention est unique : un groupe de planificateurs des environs doit être formé dans chaque communauté qui demandent des fonds, pour déterminer les besoins de la communauté, aider à compléter la demande et surveiller le programme des activités. Des personnes ressources venant de l'extérieur de la communauté—connues sous le nom *Community Development Specialists*—sont disponibles pour la planification et le développement de l'application du programme.

Un des *Community Development Specialists* qui a travaillé au sud-ouest de l'Alaska a décrit la philosophie du CBSPP comme suit:

« Ces comportements [autodestructeurs] nécessitent une réponse différente du système de santé ... Quand le gouvernement et les communautés travaillent ensemble afin d'améliorer le système de santé, le résultat peut engendrer un climat qui encourage la prise en charge locale et la responsabilité. Utiliser l'approche communautaire en matière de prévention semble produire ce résultat » (Berger & Tobeluk, 1990; p. 293).

Le *Community-Based Suicide Prevention Program* a été développé suite au taux très élevé de suicides chez les autochtones d'Alaska dans les années 1980. En 1987, une résolution de la législature d'Alaska a établi un comité spécial du sénat sur la prévention du suicide et des séances publiques à la grandeur de l'état ont reçu, entre autres, les témoignages suivants:

« ...le temps est venu pour les villages de prendre en charge leur propre guérison et...les villages doivent être formés pour faire le travail. Le rôle de l'état devrait être de faciliter, d'aider financièrement les programmes locaux émanant des villages et conseils de bande, et d'offrir au besoin, de l'aide technique et de la formation aux villages » (*Coordinators' Handbook*, p. 9).

Un manuel du coordonnateur a été développé en 1996 par ceux du CBSPP responsables des activités communautaires. Le manuel est divisé en 4 parties : (1) *The CBSPP: What it is and what it is doing* inclut une description du programme, ses débuts et ses activités à la grandeur de l'Alaska ; (2) *Responding to suicidal behavior* présente les signes suicidaires, l'intervention de crise, et que faire, face à un décès et un suicide ; (3) *Taking care of yourself* traite du *burnout* au travail, de l'emploi de son temps et de l'éthique des coordonnateurs de projet ; et (4) *Taking care of your project and your grant (administration)* couvre le processus de demande de subvention, les rapports, les ateliers, l'établissement de liens dans la

communauté et des suggestions pour la survie d'un programme. Ce manuel est bien rédigé, utilise des termes simples, est centré sur l'expérience plutôt que sur la théorie, et il est facile à utiliser. Le CBSPP est une stratégie de base qui implique toute la communauté, incorpore les valeurs culturelles, encourage les activités traditionnelles, et qui utilise une approche holistique par rapport au mieux-être.

Les résultats de ce programme sont impressionnants. Il a officiellement débuté en 1988, et 48 communautés ont reçu une subvention cette même année. Ce nombre a augmenté à 66 en 1995 ; 20 de ces projets existent toujours. Présentement, 59 communautés participent activement. Les coordonnateurs des différentes communautés ont développé un réseau important d'entraide. Ils échangent de l'information au moyen d'un journal bi-mensuel et organisent des séances de formation annuelles. La plupart des communautés ont inclus dans leur programme au moins un type d'activités choisies parmi les suivantes : (1) communication jeune/aînés (e. g. formation à la culture, groupes d'entraide pour les jeunes ou les aînés, ou les deux) ; (2) projets culturels (e. g. artisanat, fabrication d'un kayak) ; (3) systèmes d'entraide bénévole ; (4) loisirs (e. g. camping, soirée pour les enfants, soirée familiale) ; (5) counselling ; (6) réponse de crise ; et (7) éducation/prévention.

Plusieurs projets appuyés par le CBSPP sont centrés sur des activités traditionnelles qui encouragent les valeurs culturelles telles que des échanges jeunes/aînés, où les aînés partagent leurs connaissances et leur sagesse avec les plus jeunes. Ce genre d'activité peut prendre différentes formes, comme un voyage de pêche ou un cercle de couture. Ces échanges augmentent l'estime de soi des aînés et enseignent le respect aux jeunes, tout en créant un climat favorable à la transmission de savoir culturel important. De plus, un disque compact interactif de formation intitulé "*Close To Home: Suicide Intervention in Rural Alaska*" a été produit en collaboration avec les eskimos Yupit de Yukon-Kuskokwin River Delta. Le disque compact a été envoyé à chaque projet CBSPP en 1998 et présente l'intervention en 5 étapes, à l'aide d'acteurs autochtones, d'images, de voix et de dessins.

Le programme CBSPP a été évalué de façon indépendante de 1989 jusqu'au printemps de 1993. Le rapport d'évaluation précise que :

« (1) En tant que projet de groupe, les communautés ont débuté avec des taux de suicide plus élevés que ceux de l'ensemble des communautés d'Alaska. À la fin des 3 années, les taux des communautés participant au projet ont diminué plus rapidement que ceux des autochtones de tout l'état d'Alaska ;

(2) des communautés ont utilisé ces projets pour se renseigner sur les problèmes associés aux comportements autodestructeurs, et pour développer des groupes de support et des programmes continus d'activités sans alcool ;

(3) dans les 5 projets communautaires étudiés en détail, on a noté une augmentation du nombre de gens qui connaissaient les signes avant-

coureurs d'un suicide et savaient comment référer une personne à risque» (*Coordinators' Handbook*, p. 10).

Un *Participatory Prevention Program Evaluation Project* existe présentement et a pour but de comprendre le fonctionnement du CBSPP et les résultats qui en découlent. Un évaluateur externe travaille étroitement avec un comité de direction formé de coordonnateurs et de personnel, pour définir les buts, les objectifs, les activités et les groupes cibles qu'il faut suivre et les informations sur l'impact qu'il faut amasser (à l'égard des résultats externes et déterminés par la communauté).

Comme le programme CBSPP est essentiellement une charpente, il laisse de la place aux communautés et à d'autres organismes de déterminer les activités d'une stratégie de promotion de la santé mentale. Ceci est très important car les communautés qui participent au programme peuvent l'adapter à leurs besoins ; à leur tour, les membres de la communauté ont un sentiment accru de prise en charge tout en contrôlant leur santé mentale. Étant donné la disponibilité des subventions contrôlées par les régions, une stratégie similaire à celle du CBSPP en Alaska pourrait être développée dans des régions autochtones canadiennes ; ainsi, les fonds pour une stratégie régionale de prévention pourraient être utilisés pour établir différentes approches destinées aux membres de la communauté dans chaque colonie. Si une telle charpente était développée dans des régions telles que le Nunavik, divers programmes d'activités pourraient voir le jour au fur et à mesure que les membres de la communauté et les intervenants en feraient la suggestion. D'autres activités suggérées dans cet annexe pourraient aussi être adaptées pour faire partie d'un programme communautaire de prévention du suicide.

Pour de plus amples informations :

Susan Soule, Community-Based Suicide Prevention Program

Rural Services, Division of Alcoholism & Drug Abuse

Alaska Department of Health & Social Services

Box 110607

Juneau, Alaska 99811-0607

(907) 465-3370 (téléphone)

(907) 465-2185 (télécopieur)

www.hss.state.ak.us/htmlstuf/alcohol/SUICIDE/SUICIDE.HTM (internet)

Pour commander "Close to Home" CD-ROM :

Susan Johnson

The Alaska Council on Prevention of Alcohol and Drug Abuse

3333 Denali Street, Suite 201

Anchorage, Alaska 99503

(907) 258-6021 (téléphone)

Coûts (pour ordinateurs Macintosh ou IBM) :
pour 1-3 copies, \$50 (U.S.) chacun
pour 4-10, \$40 (U.S.) chacun
pour 11 ou plus, \$30 (U.S.) chacun

A3. Miyupimaatisiiuwin Wellness Curriculum

Le *Miyupimaatisiiuwin Wellness Curriculum* a une approche scolaire détaillée par rapport à la promotion de la santé et, par conséquent, à la prévention du suicide, à long terme. Il est présentement en voie de développement pour le *Cree Public Health Module* à Montréal (Québec) par les productions SWEN, représentées par Barbara Reney, Joan Brackenbury et Janette Barrington, sous la direction de Robert Imrie, *Health Promotion Officer* pour le *Public Health Module (Cree Region of James Bay)*. Bien qu'il n'en soit pas à sa version finale au moment de la publication de ce document, ce curriculum offre un exemple important d'un programme scolaire qui met en valeur la culture autochtone.

Les composantes générales d'une stratégie de prévention du suicide, telles que présentées dans la section Directives de ce document, sont présentes dans le curriculum. En résumé, elles incluent :

- 1) une prise en charge de la prévention du suicide par la communauté toute entière ;
- 2) un accent sur les enfants et les jeunes ;
- 3) une approche globale reflétant la nature complexe du problème ;
- 4) une approche détaillée, incluant des approches et interventions à long terme ;
- 5) une vision de l'évaluation comme essentielle ; et
- 6) une appartenance culturelle.

La planification du curriculum impliquait initialement d'importantes consultations avec la communauté Cri et aussi l'apport du *Cree Board of Education*. Malgré que le *Miyupimaatisiiuwin Wellness Curriculum* soit un concept original, il s'inspire d'un *School Health Program* développé et organisé dans les Territoires du Nord-Ouest. Une description du *School Health Program* des Territoires du Nord-Ouest est incluse à l'annexe B.

Le *Miyupimaatisiiuwin Wellness Curriculum* est détaillé et traite d'une variété de problèmes de mieux-être dans un format pratique et facile à comprendre, incluant des leçons toutes prêtes et du matériel préparatoire. C'est un programme de prévention qui met l'emphase sur le mieux-être par la promotion de la santé pour les enfants de la maternelle à la 8e année. Ainsi, le programme offre de l'aide à long terme aux enfants et aux parents qui reçoivent aussi de l'information par une composante qui consiste à intégrer le consentement des parents dans chacune des leçons. Des problèmes plus pertinents viennent s'ajouter et sont développés selon le niveau scolaire et ce, sous la forme d'une spirale, par opposition à des présentations isolées, car les différentes problématiques sont rediscutées de façon plus complexe à chaque niveau.

L'accent est mis sur le 'mieux-être', un concept considéré par l'équipe responsable du développement comme une perspective alternative basée sur des questions d'estime de soi, de développement positif du concept de soi, de prise de conscience des pressions sociales, des valeurs et de la prévention de l'abus. L'équipe responsable du développement considère que ces facteurs contribuent à

la prévention des comportements suicidaires, bien qu'il n'y ait aucun thème spécifique sur le suicide dans le curriculum.

Le *Miyupimaatisiiuwin Wellness Curriculum* se compose de quatre sections : *Strong Self*, *Strong Relations*, *Strong Body*, et *Strong Future*. Au niveau du premier cycle de l'élémentaire le programme inclut le *Miyupimaatisiiuwin 4 Kids Activity Book*, lequel est accompagné de Notes à l'attention des enseignants (*Teacher Notes*) qui vient compléter ce manuel dénué de texte et qui repose exclusivement sur l'imagerie animale. Les suggestions touchant la présentation des leçons fait une large place à l'initiative de l'enseignant de façon à pouvoir refléter fidèlement les caractéristiques individuelles et les caractéristiques propres à la communauté. Les enseignants sont encouragés à impliquer la communauté dans le processus d'adaptation des leçons selon les besoins et les aptitudes personnels de leurs élèves.

L'équipe rattachée au programme d'études cherchait avant tout à inclure l'ensemble des élèves dans le processus d'apprentissage, indépendamment du style d'apprentissage ou des capacités propres à chacun. En incorporant une multitude de théories sur l'intelligence, ils ont développé « un large éventail de ressources concrètes et d'opportunités permettant aux élèves de s'exprimer selon des modalités diverses tout en respectant le rythme propre des participants » (B. Reney, *communication personnelle*, août 1998).

Les évaluations font partie intégrante des leçons dispensées en classe. Une évaluation formelle devra être considérée comme une composante essentielle du *Miyupimaatisiiuwin Wellness Curriculum*. Cela pourrait tout aussi bien revêtir la forme d'une brève supervision (*monitoring*) d'un programme pilote menée de concert avec la *Cree Board of Education* ou d'un suivi à long terme pour les élèves de la maternelle à la 8e année prenant part au programme.

Pour de plus amples informations :

Barbara Reney
SWEN Productions
3622 rue De Bullion #2
Montreal, QC H2X 3A3
(514) 849-8478 (téléphone)
(514) 849-2580 (télécopieur)
reneyb@colba.net (courriel)

A4. Let's Live!

Let's Live! est un exemple de programme de sensibilisation et d'intervention issu du milieu scolaire satisfaisant certaines des recommandations générales du CRPA (1995), touchant les approches de prévention du suicide. Ce programme qui est dispensé aux élèves de la 8^e à la 12^e année, s'appuie sur 5 grands thèmes principaux. Le *British Columbia Council for Families*, qui a développé ce programme en 1992, en offre ce bref aperçu dans son guide de formation continue :

« L'objectif de ce guide de formation continue est de fournir les conseils et le support nécessaires afin de vous permettre d'implanter et de maintenir un programme de conscientisation et d'intervention du suicide dans votre école. Il renferme de l'information sur la mise sur pied de stages d'initiation visant à sensibiliser les éducateurs quant aux différents facteurs contribuant et affectant le suicide chez les adolescents, et familiarise le personnel scolaire avec le programme *Let's Live!* Il renferme aussi des instructions portant spécifiquement sur comment composer avec des situations de crise » (p. iii).

Le guide du programme traite des stages de perfectionnement et fournit le contenu et les procédures de deux séances. Des ressources diverses ainsi que du matériel pédagogique, incluant des exercices et un manuel d'enseignant, sont suivis de leçons, regroupées par thèmes, destinées aux élèves, abordant les sujets suivants : *What is Suicide?* ; *How Can I Tell if Someone is Suicidal?* ; *Why Do Teenagers Attempt Suicide?* ; *How Can I Help Someone Who is Suicidal?* ; et *How Can I Get the Most Out of My Life?*

Le programme est conçu afin d'éduquer les élèves à l'égard du suicide en favorisant la prise de conscience de soi, l'estime de soi, et un sens de son potentiel personnel. Le problème du suicide des adolescents y est reconnu en tant que tel, et des efforts sont déployés afin de pouvoir mieux comprendre et intervenir concrètement sur ce phénomène. Le manuel d'enseignant fournit des conseils visant à créer « au sein de la classe un environnement propice à promouvoir la compassion, l'écoute empathique, et l'amitié » (p. iii).

L'évaluation de ce programme inclut des tests pilotes effectués au cours du printemps 1992. *Let's Live!* fit l'objet d'un test pilote dans le district scolaire #43 (Coquitlam, C.B.) dans quatre établissements scolaires de niveau secondaire. Un stage de formation fut dispensé aux représentants de chaque école, et tant la réaction des enseignants que des élèves se révéla positive. On estima le matériel didactique et les leçons appropriés à l'environnement de la classe. Durant ce test pilote, « deux élèves se présentèrent au bureau du conseiller pédagogique (*counsellor*) en affirmant être suicidaires » (p. iv).

Le programme *Let's Live!* fut évalué plus profondément en 1994 au moyen d'une enquête postale effectuée auprès des écoles qui avaient commandé les

documents du programme. Le taux de réponse fut extrêmement faible 22.5% (72/320). Les répondants, de partout à travers la Colombie britannique, incluaient des conseillers scolaires, des enseignants, des travailleurs sociaux, des infirmières spécialisées en santé publique, des coordonnateurs scolaires, des élèves, un consultant auprès des autochtones, un membre d'une des bandes des Premières Nations, un consultant régional sur le suicide, un animateur clinique. Quarante des répondants (56%) avaient reçu la formation *Let's Live!* Plusieurs (54%) se dirent intéressés par le programme à titre de programme de développement scolaire ou professionnel. Quinze répondants (21%) nourrissaient le projet d'implanter le programme au cours de l'année 1994. Vingt et un (29%) avaient utilisé leurs connaissances et le matériel pédagogique se rapportant à *Let's Live!* dans le cadre de l'implantation de divers autres programmes, 18 (25%) avaient fait appel à leurs capacités à déceler et à référer, et 11 (15%) avaient dispensé des leçons aux élèves. Le succès de l'implantation du programme fut attribué aux circonstances (par ex. l'excellence du programme d'instructions, le "counseling" efficace des pairs, l'obligation de se pencher sur cette question suite à des incidents actuels de suicide), aux habiletés (par ex. des intervenants particulièrement bien formés), des initiatives déjà enclenchées (par ex. la formation d'équipe de crise, la réorganisation de *Let's Live!*, des rencontres avec des comités issus de la communauté, la participation à des ateliers commandités par la GRC) ou à d'autres facteurs (par ex. des demandes émanant des élèves, des réseaux communautaires, le haut degré d'implication de ceux oeuvrant dans la prévention, la décision de se confier à quelqu'un, et le développement de stages d'initiation). Le *British Columbia Council for Families* n'a pas obtenu les fonds nécessaires pour évaluer davantage *Let's Live!* (C. Haw, *communication personnelle*, février 1999).

Récemment, un atelier d'un jour portant sur l'intervention du suicide s'adressant au personnel scolaire (*gatekeepers*, surveillants) a été mis au point afin de remplacer le stage d'initiation rattaché au programme *Let's Live!* On donna aussi un nouveau nom à cet atelier—ASK•ASSESS•ACT—afin de le distinguer de la composante *Let's Live!* destinée aux élèves et pour mieux refléter les objectifs d'apprentissage. Il vise à accroître la compétence générale du personnel scolaire en ce qui touche l'identification et la gestion des crises de jeunes potentiellement suicidaires. ASK•ASSESS•ACT est basé sur le programme *Let's Live!*, les suggestions apportées par un groupe de discussion d'enseignants de Colombie britannique, une recherche effectuée parmi la littérature, des recommandations déposées par un comité aviseur provincial, et l'enquête de 1997 du CUPPL (*Co-operative University-Provincial Psychiatric Liaison*) sur l'évaluation des besoins des surveillants scolaires ("*School Gatekeepers Needs Assessment Survey*"), Université de Colombie britannique. Il consiste en 5 heures de formation, incluant un exposé, des exercices basés sur le vécu, le visionnement d'un vidéo, des discussions à l'intérieur de groupes restreints ou plus vastes, et des simulations.

Une évaluation formelle de l'atelier ASK•ASSESS•ACT fut réalisée en 1998 dans 6 districts scolaires de la Colombie britannique. La méthodologie comportait des tests (administrés avant et après) en rapport aux attitudes et aux connaissances, une liste énumérative destinée à mesurer les aptitudes des

participants, un questionnaire visant à évaluer la satisfaction des participants, lequel fut complété par 57 des 74 participants (77%). Dans l'ensemble, le programme semblait atteindre ses objectifs ; les participants étaient bien disposés à l'égard de l'intervention, le degré de connaissance des signes avant-coureurs et le protocole d'intervention scolaire s'accrurent, les habiletés nécessaires, acquises (par ex. l'appréciation du risque), et 100% des répondants étaient enclins à recommander l'atelier à leurs collègues. Un résultat inattendu de cet atelier est que celui-ci eu pour effet d'amener un réexamen plus étroit ou une révision du protocole d'intervention du suicide (ou même le développement de nouveaux protocoles) par presque toutes les écoles concernées. *ASK•ASSESS•ACT* est aussi en train d'être évalué dans l'année fiscale en cours (C. Haw, *communication personnelle*, février 1999).

Le matériel d'accompagnement du programme *Let's Live!* a été légèrement révisé en 1994, suite à son évaluation, et on peut se le procurer au coût de 57,08\$ (incluant les frais de manutention & livraison et la TPS). Le *British Columbia Council for Families* peut fournir un estimé du coût rattaché à la mise sur pied d'un atelier de formation *ASK•ASSESS•ACT*. Le *Council* vend aussi des dépliants qui visent à la sensibilisation au problème du suicide auprès des élèves, des parents, et du personnel scolaire dont le contenu s'inspire du matériel pédagogique de *Let's Live!* Les résultats de la recherche effectuée parmi la littérature sont résumés dans une bibliographie annotée de 90 pages intitulée "*Suicide Prevention and Intervention Training for School Personnel: Program design and Implementation Issues*", disponible au coût de 17,65\$ (incluant les frais de manutention & livraison et la TPS).

Pour de plus amples informations :
Cheryl Haw, Director
B.C. Council for Families
204-2590 Granville Street
Vancouver, BC V6H 3H1
(604) 660-0675 (téléphone)
(604) 732-4813 (télécopieur)
bccf@istar.ca (courriel)
www.bccf.bc.ca (internet)

Pour commander le manuel :
Publications Department
B.C. Council for Families
204-2590 Granville Street
Vancouver, BC V6H 3H1
(604) 660-0675 (téléphone)
(604) 732-4813 (télécopieur)
bccf@istar.ca

A5. Life Skills Training

L'organisation mondiale de la santé (OMS) a développé un programme d'apprentissage des habiletés personnelles de base ("life skills education program") s'adressant aux enfants et aux adolescents. Le but d'un tel programme est d'enseigner les habiletés personnelles de base, c'est-à-dire celles dont il faut disposer pour pouvoir relever efficacement les défis et satisfaire aux exigences inhérents à la vie de tous les jours, telles que la communication, la prise de décision, la conscience de soi, et les habiletés reliées au processus de résolution de problèmes. L'OMS a publié un document en 3 parties qui fournit un cadre de référence pour le développement, l'implantation et l'évaluation de programmes d'apprentissage des habiletés personnelles de base (un manuel sur le « Comment faire »). De tels programmes n'enseignent pas ces habiletés de façon isolée, mais cherche à les intégrer à des activités éducatives incluant en outre, de l'information sur la santé, des discussions portant sur les principaux enjeux de l'existence, des exercices sur la motivation et la modification des attitudes, et des activités pratiques qui visent à promouvoir un climat scolaire positif.

Une multitude d'exemples de programmes éducatifs de promotion de la santé et de prévention qui impliquent l'apprentissage d'habiletés personnelles de base (incluant ceux consacrés à la prévention du suicide) sont décrits dans la Partie 1 (*The Development and Dissemination of Life Skills: An Overview*). La Partie 1 touche aussi aux recommandations pour de futures initiatives éducatives reliées aux apprentissages des habiletés personnelles de base (s'appuyant sur les leçons apprises), aux stratégies pour le développement de programmes (incluant l'utilisation et l'étude de programmes d'apprentissage des habiletés personnelles de base, comme tremplin au développement de nouvelles activités appropriées du point de vue culturel), et fournit une liste annotée comprenant une sélection des habiletés personnelles de base. La Partie 2 (*Guidelines: The Development and Implementation of Life Skills Programs*) indique comment bâtir une infrastructure de soutien des habiletés personnelles de base, formuler des objectifs, concevoir le matériel pédagogique relié au programme, former des éducateurs d'habiletés personnelles de base, réaliser des tests pilotes et des évaluations, et implanter et maintenir un programme d'apprentissage des habiletés personnelles de bases. Des échantillons de leçons dispensées dans divers pays sont aussi inclus. La Partie 3 (*Training Workshops for the Development and Implementation of Life Skills Education*) est principalement destinée à appuyer la formation de ceux qui devront implanter des programmes d'apprentissage des habiletés personnelles de base au niveau régional ou national.

Un programme d'apprentissage des habiletés personnelles de base, adapté à partir du cadre de référence de l'OMS, pourrait être employé comme stratégie de prévention auprès des enfants autochtones. L'exemple le plus détaillé d'implantation de ce type de programme que nous ayons recensé est *Skills for the Primary School Child* développé par TACADE, une organisation du Royaume-Uni (voir l'annexe B25). Il est aussi possible d'adapter les programmes d'apprentissage des habiletés personnelles de base pour les enfants qui ne fréquentent pas l'école, pour l'éducation aux adultes ou à l'intérieur du cadre d'un projet de développement communautaire. Aucun résultat d'évaluation des

programmes fournis comme exemples n'est inclus dans les documents de l'OMS. Il faudrait chercher à contacter les différents groupes impliqués afin de déterminer si des évaluations ont été effectuées.

Pour de plus amples informations :
Dr. J. Orley, Senior Medical Officer
Division of Mental Health
World Health Organization
1211 Geneva 27
Switzerland
(011-41) 22-791-4160 (télécopieur)

A6. Programme d'entraide par les pairs

Pour les jeunes fréquentant l'école, nous recommandons un programme d'entraide par les pairs qui s'inspire d'un modèle développé en 1991 par la fondation JEVI de Sherbrooke, Québec. C'est un programme de prévention et d'intervention conçu pour les jeunes du niveau secondaire. Le programme fait la promotion de la croissance personnelle, de l'apprentissage d'habiletés de communications, et l'entraide d'amis éprouvant des difficultés. Il aide les pairs à être davantage à l'écoute, encourage les jeunes à chercher de l'aide auprès de professionnels, et contribue à nous sensibiliser sur les signes reliés à la pensée suicidaire. La philosophie sous-jacente à ce programme est l'implantation (et le maintien) d'un réseau d'entraide comme approche concrète de la communauté afin de réduire la détresse (Guide de gestion, Cahier 1, p. 2). Les jeunes volontaires faisant partie du réseau (idéalement, entre 10-15) apprennent à assumer des responsabilités et deviennent des modèles à émuler pour les groupes plus jeunes de l'école. Ces volontaires sont plus accessibles aux autres élèves que les professionnels adultes.

Le guide du coordonnateur est facile d'utilisation. Il traite des 4 étapes liées à l'implantation du programme : sensibilisation au problème du suicide et promotion du programme d'entraide des pairs auprès des élèves, du personnel scolaire et des parents ; recrutement et sélection des candidats ; formation de l'équipe d'entraide formée de jeunes ; et évaluation du programme. Les guides décrivent le processus d'implantation étape par étape, et des activités sont incluses pour la formation des volontaires.

On suggère l'adoption d'un processus spécifique de sélection des volontaires en fournissant la liste des qualités recherchées chez un bon aidant. Pour les jeunes gens intéressés par le programme qui ne satisfont pas les critères de sélection, d'autres façons de les y intégrer sont suggérées (par ex. faire partie d'un comité du mieux-vivre qui organise « La semaine du mieux-vivre dans l'école »).

La formation des jeunes aidants est dispensée en deux séances de 15 heures d'instructions, la première porte sur la connaissance de soi et les habiletés de communication ; la seconde vise à aborder la relation d'aide et le suicide chez les adolescents (incluant comment venir en aide à un ami en détresse, comment intervenir en situation de crise, et comment référer à un professionnel).

Ce programme d'entraide des pairs résulte de projets pilotes menés dans 4 écoles secondaires entre 1985 et 1990. En 1991, les effets à court et long termes de « La semaine du mieux-vivre », organisée par un comité composé de 12 jeunes et de 8 adultes dans l'une de ces écoles, furent étudiés à l'aide d'une évaluation contrôlée. Une variété d'activités de formation, de groupe, et de communication se déroulèrent pendant cette semaine (par ex. conférences, confidences personnelles, spectacles, déjeuner communautaire, et événements sociaux).

En utilisant un questionnaire de validation de la forme avant-après, on n'observa aucun effet à court terme sur l'estime de soi, l'intérêt pour la vie en

général, l'isolement social, ou le niveau de dépression, lorsque 159 jeunes de 3e secondaire furent exposés comparativement à 157 non exposés d'une école secondaire différente. À long terme, 326 élèves (actuels et anciens) qui prirent part à la semaine du mieux-vivre montrèrent une amélioration significative dans leurs relations avec leurs pairs, un développement de l'entraide mutuel et de meilleures habiletés d'écoute, et une conscience accrue de la valeur de la vie. Ces résultats sont basés sur les opinions d'anciens élèves et un questionnaire créé pour les fins de l'étude. Les effets bénéfiques étaient plus prononcés parmi les plus âgés des anciens élèves, mais ces répondants ne représentaient que 16% des anciens élèves exposés, et il n'avait aucun groupe témoin pour cette partie de l'étude.

Le programme d'entraide par les pairs n'est pas coûteux puisqu'il est administré par des jeunes volontaires et ne nécessite qu'un coordonnateur afin de veiller à son implantation et sa supervision, une fonction qui peut très bien être comblée par un employé de l'école. Les guides du programme peuvent être achetés au coût de 20\$ (Cahier 1) et 15\$ (Cahier 2), frais de manutention & livraison en sus. Quoique les guides ne soient qu'en français (une traduction anglaise est présentement en cours), un instructeur de la fondation JEVI peut dispenser la formation du programme aussi bien en français qu'en anglais (J. Chagnon, *communication personnelle*, février 1999).

Pour de plus amples informations :

Joyce Chagnon
Fondation JEVI
86 13e avenue Nord
Sherbrooke, QC J1E 2X7
(819) 564-1354 (téléphone)
(819) 564-4486 (télécopieur)

A7. Native Parenting Program

Pour les parents autochtones, nous recommandons le *Native Parenting Program* développé à Saskatoon, Saskatchewan. C'est un cours de 12 semaines, dispensé deux fois par an à un groupe qui compte entre 15-20 participants, débutant par le programme parental *Y'a personne de parfait* (en conjugaison avec les *Kisewatotatowin Parenting Classes*) et qui est suivi par le *Native Cultural Program*. La plupart des participants sont d'origine autochtone. L'objectif du programme parental autochtone est d'inciter les gens à verbaliser leurs propres expériences, aider les participants à obtenir une compréhension plus profonde de leurs émotions et de leurs colères, examiner les coutumes ancestrales et les habiletés parentales, accroître la fierté culturelle et l'estime de soi, pouvoir mieux déceler les facteurs de risque, et accroître la connaissance des ressources disponibles et les façons d'y accéder.

Y'a personne de parfait est un programme éducatif conçu à l'intention des parents de jeunes enfants (0-5 ans) qui a été implanté dans 10 provinces et les Territoires du Nord-Ouest (ces localisations incluent notamment un certain nombre de communautés autochtones). Le programme a recours à du matériel pédagogique facile à lire, et repose en grande partie sur l'entraide et sur des techniques pédagogiques pour adultes afin d'aider les parents à identifier et développer leurs propres forces. Un style informel et non doctoral est adopté et le programme convient parfaitement aux parents disposants de peu de ressources. Cependant, il n'est pas destiné aux familles en situation de crise ou qui éprouvent des problèmes sérieux. Le contenu comprend la santé et sécurité, la santé émotive et le comportement des enfants, la résolution de problèmes, et s'articule autour de 5 livres (à lire à la maison) qui traite du corps (santé et maladie), de la sécurité, de l'esprit (le développement de l'enfant), des comportements, et des besoins des parents. Tout le matériel pédagogique revêt un caractère pratique, est facile d'utilisation et peut être acheté auprès du Canada Communication Group. Ce programme est aussi disponible en anglais sous l'appellation "*Nobody's Perfect*".

Les *Kisewatotatowin Parenting Classes* sont conçus afin d'améliorer les connaissances culturelles des participants, réexaminer et reconnaître les enseignements et les pratiques ancestrales autochtones, et créer un modèle de parent solidement ancré dans sa culture. Le manuel a été développé en 1993 à partir d'une perspective résolument autochtone et on peut se le procurer auprès du *Saskatoon Aboriginal Parenting Project*. Ce programme convient aussi à des individus dont le degré de scolarité est faible.

Les séances du programme parental autochtones débutent toujours par des cérémonies telles que brûler de la *sweet-grass* et de la sauge et la formation de cercles rituels (*talking circles*). Parmi les activités rattachées au *Native Cultural Program*, on compte des classes d'artisanat et de cuisine, où l'on montre notamment au participant comment préparer des repas nutritifs à un coût abordable. Les participants peuvent aussi chercher à s'inscrire à un cours de leadership. Divers incitatifs sont offerts afin d'encourager et de favoriser la participation des gens ; une garderie et une assistance au transport sont aussi

fournies. Le *Native Parenting Program* est relativement bon marché puisqu'il ne requiert que de l'espace (par ex. la demeure d'un participant ou un centre communautaire), un animateur de groupe qui consent à prendre connaissance du matériel pédagogique rattaché au cours (un volontaire, une infirmière, un travailleur communautaire), des volontaires pour s'occuper des jeunes enfants ou à fournir du transport. Nous n'avons trouvé aucune information concernant l'évaluation de ce programme, bien qu'un test pilote du programme *Y'a personne de parfait* fut réalisé parmi des communautés autochtones de 2 provinces.

Pour de plus amples informations :

Louise McKinney, Native Health Worker and Parent Educator
Westside Community Clinic
631 20th Street West
Saskatoon, SK S7M 0X8
(306) 664-4310 (téléphone)
(306) 934-2506 (télécopieur)

Pour de plus amples informations concernant le programme "Kisewatotatowin Parenting Classes" :

SkyBlue Mary Morin
c/o Saskatoon Aboriginal Parenting Project
P.O.Box 8552
Saskatoon, SK S7K 6K6

Pour de plus amples informations au sujet de Y'a personne de parfait :

Fearon Blair
B.C.Council for families
(250) 372-1873 (téléphone)

Pour commander le Guide des ressources Y'a personne de parfait à l'intention des animateurs :

Emily Franco
B.C. Council for Families
204-2590 Granville Street
Vancouver, BC V6H 3H1
(604) 660-0675 (téléphone)
(604) 732-4813 (télécopieur)
bccf@istar.ca (courriel)
coût : 25\$

Pour commander le Guide des ressources matérielles du programme Y'a personne de parfait :

Canada Communication Group-Publishing
Ottawa, ON K1S 0S9
1-800-561-4334 (téléphone)

Ces documents incluent un manuel administratif, un tableau de conférence, un guide à l'intention de l'animateur, un kit de ressources parentales, des dépliants promotionnels (100), des posters promotionnels (10), des manuels de formation, et une vidéocassette (format VHS).

A8. Family Workshop: Parents and Problems Parenting Program

Un second programme parental que nous recommandons s'adresse aux parents et à leurs adolescents. Le *Family Workshop: Parents and Problems Parenting Program* touchant la résolution de problèmes, a été développé aux États-Unis et implanté dans la communauté autochtone de Big Cove, Nouveau-Brunswick. Chacune des 7 séances est soigneusement conçue afin de favoriser les échanges et l'interaction entre les parents et leurs adolescents. Les objectifs poursuivis sont de permettre aux parents de mieux comprendre leurs comportements réciproques et ceux de leur(s) adolescent(s), d'examiner comment les adolescents perçoivent le comportement de leurs parents, et ce qui motive les adolescents à se comporter comme ils le font. De cette façon, le programme vise à prévenir les problèmes de santé mentale, l'abus d'alcool et de drogue, et la criminalité chez les adolescents. À la fois les parents et les adolescents devraient participer à ces ateliers.

Le nombre de participant varie de 9-14 (à savoir, un maximum de 3 à 4 familles). L'animateur de l'atelier ne doit pas forcément être thérapeute ou expert en dynamique familiale, mais simplement un membre engagé de sa communauté désireux de suivre la formation visant à faciliter le déroulement des séances. Cette formation est dispensée à Big Cove, avec un suivi effectué par téléphone et télécopieur. Il est préférable de recourir à deux animateurs lors des séances. Le groupe se rencontre sur une base hebdomadaire afin d'aborder les thèmes suivants : *Through the Eyes of Youth* ; *Do Adults Understand Me?* ; *Do My Parents Love Me?*; *But They're My Friends*; *Adolescent Sexuality* ; et *Why Can't I Do It My Way?* La dernière séance, *I Don't Have Two Parents*, aborde les questions qui intéressent spécifiquement les familles monoparentales et le comportement des adolescents en rapport à ce contexte.

Les séances (d'une durée approximative de 3 heures) débutent généralement par un bref rappel de la discussion de la semaine précédente, un survol du contenu de la nouvelle séance. On procède ensuite à la discussion de groupe proprement dite et aux exercices. Les documents (de niveau pré-secondaire) sont distribués en prévision de la séance suivante. Les documents du programme incluent un guide de l'animateur, 7 dépliants *Parents and Problems* pour chaque famille, et des exercices pour chaque participant. Nous avons été incapables de trouver une évaluation de ce programme.

Pour de plus amples informations :
Harry Sock, Director
Child and Family Services
Big Cove Indian Band, Site 11, Box 1
Big Cove, NB E0A 2L0

A9. Le cédérom multimédia Mauve

En guise d'appui additionnel, nous recommandons le cédérom Mauve, réalisé par Médiaspaul et Pentafolio Inc., avec le concours de Santé Canada, s'adressant à des jeunes âgés entre 12-18 ans. Cet outil interactif, disponible en français et en anglais, favorise la réflexion autonome et encourage le dialogue. Mis sur le marché en 1998, des adolescents de langues française et anglaise ont participé activement à la recherche, au développement et à la réalisation ; des extraits de leurs déclarations sont utilisés afin de présenter des problèmes et suggérer des avenues de solutions. Les objectifs poursuivis sont d'amener les adolescents à partager leur vécu, réduire le sentiment d'isolement en présentant des points de vue d'adolescents qui éprouvent des difficultés similaires, et aider le jeune à identifier des attitudes ou des comportements autodestructeurs, envisager les problèmes de façon plus objective, et dégager un sens plus aigu de l'existence. De cette façon, cet outil vise la promotion d'attitudes positives en regard des sujets qu'ils abordent (par ex. l'amour, la sexualité, le travail, l'école, la famille, la vie et l'image qu'on a de soi), suscite une prise de conscience de l'importance de la santé en général, favorise la santé mentale et prévient la dépression, l'abus de drogues et le suicide. Le cédérom peut aussi être utilisé afin d'aider les adultes et les parents à mieux comprendre les jeunes.

Le contenu comprend des confessions personnelles, des vidéo-clips, de l'animation, des effets sonores, de la musique, des textes, des photographies, et des illustrations. L'utilisation du cédérom est particulièrement interactive (la navigation à travers les différents thèmes est contrôlée par l'utilisateur) et peut revêtir un caractère tout à fait privé. Les énoncés portant sur la dépression et le suicide ne sont atteints qu'après que l'utilisateur ait été exposé à différents niveaux d'énoncés négatifs, qui servent à sélectionner des utilisateurs qui se trouvent dans un état d'esprit similaire ; le contenu est alors adapté pour briser le sentiment d'isolement et encourager l'expression de ses sentiments et la recherche d'aide. Avant de pouvoir quitter la section du cédérom qui porte sur le suicide, l'utilisateur doit être successivement exposé à une série d'énoncés positifs dont le but est de réaffirmer la valeur de la vie.

Le cédérom Mauve peut être utilisé avant le counseling ou en guise de complément aux séances d'orientation. Un guide destiné aux professionnels de la santé vient compléter l'outil. Le cédérom a été abondamment testé par les adolescents qui lui ont donné une approbation enthousiaste, et il a été approuvé par de nombreux professionnels de la santé. Médiaspaul et Pentafolio sont à élaborer des recommandations pour son adaptation dans d'autres pays et cultures différentes. Il y a peu ou pas de contenu spécifiquement autochtone, mais il pourrait néanmoins s'avérer utile, quoique pas idéal, pour la jeunesse autochtone. Une évaluation formelle indépendante n'a pas encore été complétée, mais elle est prévue dans un avenir prochain.

Pour utiliser le cédérom Mauve, on doit soit disposer d'un PC (Windows 95, Pentium 133 [min.90 MHz], 16 Mo de RAM [min.8], un lecteur CD 8x [min.4x], une carte de son 16 bits, un moniteur couleur à haute résolution, Quicktime 2.1 [incluse] ou bien d'un Power Mac (16 Mo de RAM, un lecteur CD 8x[min.4x]). Le

cédérom Mauve, qui est vendu au prix de 140\$ (plus 3,50\$ pour les frais de livraison et de manutention), se présente sous la forme d'une trousse qui comprend un guide de soutien destiné aux adolescents, une carte de navigation, et l'accès internet à un groupe de discussion.

Pour de plus amples informations :

**Médiaspaul Inc.
3965 boul. Henri-Bourassa est
Montréal-Nord, QC H1H 1L1
(514) 322-7341 (téléphone)
(514) 322-4281 (télécopieur)
mediaspaul@mediaspaul.qc.ca (courriel)**

**Pentafolio Multimedia
1277 Pilon Road
Clarence Creek, ON K0A 1N0
(613) 488-3921 (téléphone)
(613) 488-3922 (télécopieur)
mauve@pentafolio.com**

Annexe B. Description des programmes passés en revue

Les descriptions des programmes contenues dans cet annexe sont tirées des sources originelles. Nous avons aussi, au besoin, contacter les responsables afin d'obtenir plus de détails. Les prix indiqués sont ceux qui étaient en vigueur au moment de la publication des documents, et peuvent différer des prix actuels. Plusieurs manuels de prévention du suicide, dépliants et autres documents listés à la fin de l'annexe ont également été passés en revue.

Le tableau B1 reproduit à la page suivante récapitule certains des éléments clés des programmes passés en revue. Les programmes sont classés selon leur focalisation ou focus (c.-à-d., le suicide en particulier, la santé mentale en général, ou les deux à la fois), le (ou les) groupe(s) cible(s), le contenu autochtone, et s'ils ont été ou non évalués.

Le choix du type d'évaluation retenu pour chacun des programmes a été déterminé sur la base des informations disponibles et fut laissé en blanc lorsqu'il nous a été impossible de trouver quelque indication qu'une évaluation ait été effectuée. Les types d'évaluation suivants furent employés :

- Les preuves anecdotiques renvoient à l'assemblage non systématique des impressions rattachées à un programme particulier (par ex. les commentaires de ceux impliqués dans un test pilote).
- Les évaluations qualitatives ou quantitatives systématiques comportent une étude formelle dans laquelle des données sur les issus possibles sont recueillies (par ex. sans limite de temps [*open-ended*], des entrevues qualitatives des participants, une étude quantitative des taux ou fréquences avant et après une intervention).
- Une évaluation est dite contrôlée quand une région ou une population exposée à un programme a été comparée à une région ou population témoin qui n'a pas pris part au programme. Ce type d'évaluation est le plus rigoureux dont on dispose.

Les descriptions des programmes scolaires québécois présentées dans cet annexe ont été rédigées en français ; toutes les autres descriptions sont rédigées en anglais afin de se conformer à la langue originale des documents des programmes.

Tableau B1. Tableau récapitulatif des programmes passés en revue

Programme #	FOCUS		GROUPES CIBLE							TYPE ÉVAL.	CONTENU AUTOCHTONE	
	Spécifiquement le suicide	Santé mentale en général	Communauté entière	Enfants	Adolescents	Adultes	Aînés	Femmes / Jeunes filles	Intervenants / Personnel scolaire	*Voir les codes ci-dessous	Créé par des autochtones	Adapté pour les autochtones
1										A		
2										A		
3										QL		
4										QN		
5												
6										QN		
7												
8										A		
9										C		
10										QN		
11												
12										A		
13												
14												
15												
16										A		
17												
18												
19										C		
20												
21										QL		
22										C, QN		
23												
24										A		
25												
26										QN		
27										A		
28												
29										A		

*Type d'évaluation (s'il y a lieu) : A=anecdotique ; QL=systématique qualitative ; QN=systématique quantitative ; C=contrôlé

B1. Adolescent Suicide Awareness Program (ASAP)

This is a school-based suicide awareness program, developed in New Jersey, that has served as a model for other regions including Canada. Educators and school personnel receive a 3-hour intensive seminar, students attend a 4- to 6-hour workshop, and the parents' program can vary from a 30-minute overview to a 2-hour seminar. Its goals are to disseminate information about the recognition and prevention of adolescent emotional difficulties and suicidal behaviour to all members of the school community, and promote help-seeking behaviours. Content includes warning signs, causes, and facts about adolescent suicide, how to help in a crisis, depression in adolescents, and availability of community professional services. Resources required are the training of local mental health professionals to deliver the program; these persons can later train school personnel to carry out the workshops themselves. A rating scale is suggested for an evaluation after each workshop. Anecdotal information about its impact on the school system is positive, showing an increase in mental health provider referrals, improved communication, more trust between students and school staff, and improved identification of students at risk. Longer term, in-depth evaluation of this program is needed.

Pour de plus amples informations :

Diane Ryerson

Peake/Ryerson Consulting Group Inc.

Englewood, NJ

compcare@carroll.com (courriel)

<http://www.compcare.org/> (internet)

B2. Cherish the Children

This program, used by the Minnesota Indian Women's Resource Center, was specifically designed in 1988 for young Native parents with infants and preschoolers, but is helpful for Aboriginal parents with children of any age. The program consists of 14 weekly lessons including learning objectives, lecture and work sheets, a description of parent-child activities, evaluation suggestions and a list of readings. Each session (of 45-60 minutes) involves small and large group activities, sharing and reading stories. The curriculum is written at a grade 3 reading level and is appropriate for single and 2-parent households. The content includes talking and listening skills, health and safety issues, traditional foods, self-esteem, learning through play, and language, social and emotional development. The goals are to help parents adapt to rapid social change, understand traditional beliefs and methods of parenting, and to help hold the family circle sacred. Resources required are a program package and a facilitator familiar with the course material. The package containing a trainer's manual and 5 participant manuals can be purchased for \$95 (U.S.; English only). We did not find information about an evaluation.

Pour de plus amples informations :
Renee Lampi
Minnesota Indian Women's Resource Center
2300 15th Avenue South
Minneapolis, Minnesota 55404
(612) 728-2032 (téléphone)
(612) 728-2039 (télécopieur)

B3. Child and Family Resource Centre

This program, operating in Cranberry, Manitoba, involves varied and intersectoral activities including: a community kitchen, a family literacy program, an Aboriginal culture component teaching children Cree story-telling and crafts, a lending library (for books, toys), a monthly newsletter written by parents and distributed to the community, and resources and parenting courses for high risk parents. The goals are to support/empower children (0-6 years old), provide services for pregnant women at risk, promote healthy living and parenting, and create supportive environments for mutual aid and learning. Resources required are a community worker or professional to give parenting courses and a supervisory board. An evaluation was carried out by interviewing staff and participants, attending board meetings and reviewing the strategic plans (no other information available). Parents provide ongoing feedback.

Pour de plus amples informations :
Wendy Trylinski, Program Coordinator
Child and Family Resource Centre
Box 212
Cranberry Portage, MB R0B 0H0
(204) 472-3671 (téléphone)
(204) 472-3714 (télécopieur)
childfam@mb.sympatico.ca (e-mail)

B4. Community-Based Suicide Prevention Program (voir l'annexe A2)

The Community-Based Suicide Prevention Program (CBSPP) has been developed and implemented by Alaska Native communities. The program is state-funded and provides grants to support community-based suicide prevention activities; 48 communities received grants in 1988 and this number increased to 66 by 1995. These activities target different areas of the prevention spectrum, ranging from mental health promotion to suicide intervention and postvention. The basis of the CBSPP is a "grass-roots" strategy which involves the whole community, incorporates cultural values, encourages traditional activities, and takes a holistic approach to wellness. A user-friendly coordinators' handbook was produced in 1996 by CBSPP coordinators responsible for overseeing community activities. The coordinators from different communities have also developed an important network to support one another. They share vital information through a

newsletter and hold conferences. Most communities have incorporated one or more of the following activity types in their program: (1) youth/elder communication (e.g. cultural instruction, support groups for youth or elders or both); (2) cultural projects (e.g. crafts, kayak building); (3) volunteer helping systems; (4) recreational activities (e.g. camping, kid's night, family night); (5) counselling; (6) crisis response; and (7) education/prevention. An interactive training CD-ROM entitled "Close To Home: Suicide Intervention in Rural Alaska" has been produced in collaboration with Yupiit Eskimo people (available for \$30-50 U.S. depending on quantity ordered). Resources required are regional funding, local planning committees, and community coordinators; the CD-ROM requires a Macintosh or IBM-compatible computer with a CD-ROM drive. The CBSPP program was independently evaluated from 1989 through the spring of 1993. At the end of three years, rates in project communities declined faster than state-wide Alaska Native rates; in the five project communities studied in depth, there was an increase in the number of people who knew warning signs of suicide, and who knew how to refer an at-risk person. A Participatory Prevention Program Evaluation Project is currently underway.

Pour de plus amples informations :

Susan Soule, Community-Based Suicide Prevention Program

Rural Services, Division of Alcoholism & Drug Abuse

Alaska Department of Health & Social Services

Box 110607

Juneau, Alaska 99811-0607

(907) 465-3370 (téléphone)

(907) 465-2185 (télécopieur)

www.hss.state.ak.us/htmlstuf/alcohol/SUICIDE/SUICIDE.HTM (internet)

Pour commander "Close to Home" CD-ROM :

Susan Johnson

The Alaska Council on Prevention of Alcohol and Drug Abuse

3333 Denali Street, Suite 201

Anchorage, Alaska 99503

(907) 258-6021 (téléphone)

B5. Family Workshops: Parents and Problems (voir l'annexe A8)

This program, developed in the U.S., has been implemented in the First Nations community of Big Cove, New Brunswick. Each of the 7 sessions of the program are carefully designed to foster discussion and interaction among the adults and their adolescent children. The goals are to enable parents to better understand their own behaviour towards each other and their adolescent(s), how adolescents perceive the behaviour of their parents, and what makes adolescents behave as they do. In this way, the program aims to prevent mental health problems, drug and alcohol abuse, and criminal activity among adolescents. Both the parent(s) and the adolescent(s) should participate in the workshops. The number of participants varies from 9-14 (i.e., a maximum of 3 or 4 families). The

workshop leaders should be concerned community members willing to be trained how to facilitate the sessions. This training takes place in Big Cove, with follow-up telephone and fax contact. It is preferable to involve two facilitators in the sessions. The last session, I Don't Have Two Parents, addresses the unique issues of single parenting and an adolescent's behavior in this context. The sessions (about 3 hours in length) generally start with a discussion of the previous week, a review of the new session material, and then group discussion and exercises. Reading materials (at the junior high school level) are distributed for the following session. Resources required are the program materials (leader's manual, 7 Parents and Problems pamphlets for each family, and exercise materials for each participant), one or two community members willing to be trained as facilitators, and the costs of training in Big Cove. We did not find information about an evaluation of this program.

Pour de plus amples informations :

Harry Sock, Director
Child and Family Services
Big Cove Indian Band, Site 11, Box 1
Big Cove, NB E0A 2L0

B6. Jicarilla Mental Health & Social Services Program (voir l'annexe A1)

This multifaceted prevention and intervention program, which began in a New Mexico Native community in January 1990, includes providing mental health and social services that were previously unavailable in the community and implementation of the CDC guidelines for containing suicides en cascade. The program uses a community-based, family-centred approach to suicide prevention, and emphasizes cultural values and traditions. The following components are supported: (1) school-based "natural helpers" involving 10-25 youth each year who are trained to respond to young people in crisis, notify mental health professionals when they need assistance, and provide school and community education on alcohol and drug prevention, self-esteem and team building, and suicide prevention; (2) outreach to families after a suicide or traumatic death/injury (3) immediate response and follow-up for youth reported to be at risk; (4) community education about suicide prevention, domestic violence, child abuse, economics, sexuality, substance abuse, and parenting; and (5) training of teachers, school personnel, peer counsellors, emergency transportation staff and police in suicide risk assessment, and suicide risk screening in mental health and social service programs. Resources required are youth volunteers, training of natural helpers and community workers, mobilization of health and social service resources, and a central coordinating team. Rates of suicidal acts among young persons 15-19 years old substantially decreased almost immediately after the implementation of the program, and this improvement was sustained over the following 5 years. Further evaluation of this program will be important, and should include a comparison of rates of suicidal acts within other tribal communities in New Mexico without such a program.

Pour de plus amples informations :
Pat Serna, Director
Jicarilla Mental Health & Social Services
P.O. Box 546
Dulce, New Mexico 87528
(505) 759-3162 (téléphone)
(505) 759-3588 (télécopieur)
cspcn@cvn.com (courriel)

Debra Hurt, Coordinator
American Indian/Alaska Native Community Suicide Prevention Centre &
Network (AI/AN CSPCN)
P.O. Box 546
Dulce, New Mexico 87528
(505) 759-3162 (téléphone)
(505) 759-3588 (télécopieur)
cspcn@cvn.com (courriel)
www.jade2.tec.nm.us/cspcn/cspcnfrm.htm (internet)

B7. KishawehoteseWIN: A Native Parenting Approach

This 7-session program developed by Jocelyne Bruyere in 1993 (Nee-Nah-Win Project) has been used in Alberta for First Nations parents and expecting parents, and conforms with the 7 Traditional Native teachings. The sessions can be presented weekly or as a 3-day workshop. Activities include sharing in a circle, readings, videos, role playing, discussion and assignments. The program assists and supports parents in identifying and realizing their goals, helps them listen to their children, encourages them to share their knowledge about Native traditions, provides general information on resources, allows parents to reappraise their parenting styles and situations, and provides culturally-relevant materials. Resources required are a trained facilitator. The manual can be purchased for \$6.50 (English only). The materials have been presented in Native languages with the use of a translator. We did not find information about an evaluation.

Pour commander manuel :
Human Resource Centre, CPHA
1565 Carling Avenue, Suite 400
Ottawa, ON K1Z 8R1
(613) 725-3769 (téléphone)
(613) 725-9826 (télécopieur)

B8. La prévention du suicide auprès des jeunes en milieu scolaire

Le Programme de prévention du suicide en milieu scolaire fut conçu et implanté par le Centre de prévention du suicide Haute-Yamaska dans 2 écoles secondaires pilotes en 1994-95. Le programme propose une approche globale, qui touche à

tous les volets de la prévention du suicide, c'est-à-dire la promotion de la santé, la prévention, l'intervention en situation de crise et la postvention lors d'un suicide ou d'une tentative. Le programme poursuit les objectifs suivants : sensibiliser l'ensemble du personnel scolaire, les parents et les jeunes à leur rôle d'agent préventif à l'endroit de la problématique du suicide ; former et outiller les ressources du milieu, afin qu'ils puissent développer des activités de prévention, de dépistage, d'intervention et de postvention ; renforcer les habiletés des parents à communiquer avec leurs jeunes, les aider à mieux comprendre et à devenir plus habiles dans la résolution des conflits avec leurs adolescents. Le programme propose des actions visant les trois groupes suivants : le personnel scolaire, les jeunes et leurs parents. Au niveau de la promotion du mieux-vivre, le programme propose l'élaboration d'un plan annuel d'activités pour le personnel scolaire et les jeunes, afin de mettre en place un climat qui facilite les relations entre ces deux groupes. Parmi ces activités, le programme suggère de l'animation-vidéo, des dépliants, un journal, des conférences, des ateliers, du théâtre, de l'improvisation, un kiosque, des jeux, une semaine du mieux-vivre et des journées thématiques. Il s'agit d'un programme-cadre intéressant pouvant guider une école secondaire qui désire implanter un programme de prévention du suicide dans son milieu. C'est un programme-cadre fondé sur des objectifs précis mais qui suggère des balises et des moyens qui peuvent toujours être adaptés selon les ressources, les besoins et la culture des milieux cibles. Une école qui désire implanter un tel programme devra demander la collaboration du CPS de sa région pour dispenser la formation aux intervenants, ainsi que pour assister à la préparation des activités de promotion du mieux-vivre et de sensibilisation. Le programme-cadre se vend 5, 00\$ (frais de poste inclus ; français seulement). Une évaluation a permis d'identifier les déterminants organisationnels qui ont influencé le degré de réalisation et les écarts observés entre le modèle initial et modèle implanté dans chacune des deux écoles.

Pour de plus amples informations :

Centre de prévention du suicide de la Haute-Yamaska Inc.
436 rue Horner
Granby, QC J2G 3T5
(450) 375-4252 (téléphone)
(450) 375-5319 (télécopieur)

B9. La prévention du suicide en milieu scolaire secondaire : une approche communautaire

Les objectifs poursuivis par le programme élaboré par Suicide-Action Montréal en 1985, sont les suivants : implanter et évaluer un programme de prévention du suicide en milieu scolaire ; informer et sensibiliser la population en milieu scolaire, c'est-à-dire l'administration, le personnel de soutien, le corps professoral et les étudiants ; informer et sensibiliser les parents ; assurer une ressource accessible et adéquate à l'intérieur de l'école ; favoriser l'implantation d'un groupe d'entraide au sein de l'école ; favoriser des mécanismes de collaboration entre le milieu scolaire et les ressources environnantes ; favoriser une concertation et une collaboration entre tous les groupes visés. Le programme

suggère l'utilisation de vidéocassettes, de brochures, de dépliants et de sessions de formation. Il s'agit d'un document de référence complet pour une école secondaire qui désire semunir d'un programme de prévention du suicide dans son milieu. Le programme-cadre se vend 7,50\$ (les taxes et les frais de manutention sont compris). En 1987-88, aux CEGEPs de Laval et de St-Jérôme, l'évaluation contrôlée d'un programme utilisant ce modèle avec 1110 étudiants inscrits, suggère que la connaissance d'un programme d'aide aux étudiants est plus bénéfique pour le groupe expérimental (n = 147), que les signes évidents et avant-coureurs du suicide. Quinze adolescents suicidaires ont demandé de l'aide. Les résultats ont remis en question la validité des programmes de sensibilisation qui ne sont utilisés qu'une fois et qui sont de courte durée. Un nouveau programme est en préparation et sera disponible à l'automne 1999.

Pour de plus amples informations :
Yannick Arsenault
Suicide-Action Montréal Inc.
C.P. 310, succ. St-Michel
Montréal, QC H2A 3M1
(514) 723-3594 (téléphone)
(514) 723-3605 (télécopieur)

B10. Let's Live (voir l'annexe A4)

Let's Live! is a school-based awareness and intervention program that was developed by the British Columbia Council for Families in 1992. Designed to educate students about suicide by promoting self-awareness, self-esteem, and a sense of personal power, the problem of teen suicide is acknowledged, and efforts to understand and do something concrete about it are encouraged. Program materials, including handouts and a teacher's manual, are followed by 5 theme-based lessons for students. The inservice workshop component was designed to educate school personnel. Resources required are the program manual (available for \$57.08). Pilot testing of Let's Live! was favourable and resulted in two suicidal students presenting themselves at the counsellor's office for help. A 1994 survey of schools who ordered the Let's Live! materials had a poor response rate and does not provide details on the impact of the program on students. A recently revised inservice workshop, with the new name of ASK•ASSESS•ACT, provides school personnel with 5 hours of suicide intervention training. B.C. Councils for Families can provide a quote for the cost of providing this workshop. ASK•ASSESS•ACT was successful in meeting its goals in a 1998 evaluation in 6 B.C. school districts.

Pour de plus amples informations :
Cheryl Haw, Director
B.C. Council for Families
(604) 660-0675 (téléphone)
(604) 732-4813 (télécopieur)
bccf@istar.ca (courriel)

Pour commander manuel :
Publications Department
B.C. Council for Families
(604) 660-0675 (téléphone)
(604) 732-4813 (télécopieur)
bccf@istar.ca

B11. Life Skills Education for Children and Adolescents in Schools (voir l'annexe A5)

This is a 3-part document published by the World Health Organization (WHO) that outlines a framework for the development, implementation, and evaluation of school-based Life Skills programs for children and adolescents. The WHO model could also be adapted for use with young people who are not in school or adults. The goal of such a program is to enable the participant to deal effectively with the demands and challenges of everyday life. The document gives examples of health promotion and prevention education programs that involve life skills training. Resources required are a teacher or community worker trained in Life Skills Education or willing to be trained. The references for the three parts of this document are: MNH/PSF/94.7, WHO/MNH/PSF/93.7A Rev 1, and WHO/MNH/PSF/93.7B Rev. 1 (English only; available from WHO). No results of evaluations of the example programs are provided in the WHO documents.

Pour de plus amples informations :
Dr. J. Orley, Senior Medical Officer
Division of Mental Health
World Health Organization
1211 Geneva 27
Switzerland
(011-41) 22-791-4160 (télécopieur)

B12. Mauve CD-ROM (voir l'annexe A9)

This is an interactive CD-ROM, available in English or French, that was released in Canada in 1998 for teens 12-18 years old. Adolescents were involved in all aspects of production. The goals are to promote communication, positive attitudes, general health awareness, and mental health. Resources required are either a PC (Windows 95, Pentium 133, 16 MB of RAM, CD player, 16-bit sound card) or Power Mac computer (16 MB of RAM, CD player). The CD-ROM is sold for \$140 (plus \$3.50 shipping and handling). Formal evaluation of the CD-ROM is currently being planned.

Pour de plus amples informations :
Médiaspaul Inc.
3965 boul. Henri-Bourassa est
Montréal-Nord, QC H1H 1L1
(514) 322-7341 (téléphone)
(514) 322-4281 (télécopieur)
mediaspaul@mediaspaul.qc.ca (courriel)

Pentafolio Multimedia
1277 Pilon Road
Clarence Creek, ON K0A 1N0
(613) 488-3921 (téléphone)
(613) 488-3922 (télécopieur)
mauve@pentafolio.com

B13. Mental Health Education

This is a program framework developed by WHO to promote mental health and prevent and treat mental health problems within the school system. The goals of

the program are to provide information about mental health and illness, destigmatize illness, and help clarify students' attitudes and behaviour regarding mental health. Resources required are a program coordinator and training of teachers. The reference for the document describing this framework is: Mental Health Programmes in Schools, WHO/MNH/PSF/93.3 Rev. 1 (English only). The document gives examples of mental health education programs in various areas in the world.

Pour de plus amples informations :

Division of Mental Health
World Health Organization
1211 Geneva 27
Switzerland

B14. Miyupimaatisiiuwin Wellness Curriculum (voir l'annexe A3)

The Miyupimaatisiiuwin Wellness Curriculum presents a comprehensive school-based approach to health promotion for kindergarten to grade 8. It is currently being developed for the Cree Public Health Module in Montreal by SWEN Productions. The curriculum planning initially involved extensive consultation with the Quebec Cree community and included input from the Cree Board of Education. Although the Miyupimaatisiiuwin Wellness Curriculum is original in concept and delivery, its inspiration came from the NWT School Health Program. The Miyupimaatisiiuwin Wellness Curriculum covers a wide range of "wellness" issues in a practical, teacher-friendly format, including ready-to-use lessons and preparatory material. The focus is on "wellness," based on issues of self-esteem, positive self-concept development, awareness of peer pressure, values, and abuse prevention. The information also reaches parents through a planned parental informed consent component built into each lesson. Resources required are teacher training with the curriculum. This curriculum is still under development, and formal evaluation of its short- and long-term effects needs to be planned.

Pour de plus amples informations :

Barbara Reney
SWEN Productions
3622 rue De Bullion #2
Montreal, QC H2X 3A3
(514) 849-8478 (telephone)
(514) 849-2580 (fax)
reneyb@colba.net (e-mail)

B15. Native Parenting Program (voir l'annexe A7)

This parenting and Native cultural program runs twice a year for 12 weeks with 15-20 participants at the Westside Community Clinic in Saskatoon, Saskatchewan. For the parenting component, a previously developed program

called Nobody's Perfect is combined with the Native Kisewatotatowin Parenting Classes for Aboriginal parents and future parents. The cultural programs include Native crafts and a food resource class, and sessions always open with Native ceremonies. The goals are to engage people in talking about their experiences, help participants gain a deeper understanding of their emotions, promote recognition of risk factors, and increase knowledge of resources available and how to access them, and examine Native customs and parenting skills. The participants learn about child health and safety and problem-solving as a way to understand and handle a child's behaviour, receive 5 information books, and participate in group discussions, mutual support and information sharing. Resources required are a group facilitator and child care facilities. Various materials are available for purchase with respect to the Nobody's Perfect program and the Kisewatotatowin Parenting Classes; see appendix A7 for contact information. We did not find information about an evaluation.

Pour de plus amples informations :

Louise McKinney, Native Health Worker and Parent Educator
Westside Community Clinic
631 20th Street West
Saskatoon, SK S7M 0X8
(306) 664-4310 (téléphone)
(306) 934-2506 (télécopieur)

B16. Ngwaaganan Gamig Recovery Centre (Rainbow Lodge) and Nadmadwin Mental Health Clinic

These programs, which began in the mid-1970s on the Wikwemikong Reserve, focus on youth but involve the whole community, incorporating prevention, public education, treatment, rehabilitation and staff training. Rainbow Lodge is a non-medical alcohol and drug treatment and prevention facility while the Clinic (formerly Wikwemikong Counselling Program) is a mental health support service. The programs attempt to creatively apply holistic healing ideas in order to improve the health of the community, strengthen community self-respect, personal self-esteem, and the Aboriginal family, and help people understand and better respond to suicidal behaviour. Resources required are trained staff, trained volunteers (very important), and a facility. Twenty years later, community members are more likely to refer family and friends with problems to Nadmadwin and seek help themselves.

Pour de plus amples informations :

Nadmadwin Clinic
P.O. Box 101
Wikwemikong, ON P0P 2J0

This program was described in CRPA, 1995 (p. 44); in 1994, the director was Alphonse Shawana and the manager was Daniel Manitowabi.

B17. Northwest Territories School Health Program

This 7-unit school education program has been developed in the NWT for kindergarten to grade 9 students. Its goal is to prevent or reduce health problems by encouraging individuals to be responsible for their health, facilitate the development of skills and positive attitudes, and create a supportive environment in the schools. The recommended time allocation is 60 hours per year and the content includes family life, alcohol and other drugs, nutrition, safety/first aid, dental health, growth/development, and mental and emotional well-being (as the central unit). The lessons involve objectives, teacher background information, student activities, and teacher notes, and incorporate small group discussion, brain-storming, role playing, and a “question box.” Resources required are teacher training with the curriculum. We did not find information about an evaluation.

Pour de plus amples informations :

Barbara Hall

Department of Education, Culture and Employment

Government of the Northwest Territories

Box 1350

Yellowknife, NWT X1A 2L9

(867) 873-7678 (téléphone)

(867) 873-0109 (télécopieur)

barbara_hall@ece.learnnet.nt.ca (courriel)

B18. Parenting Education Program

This is a program framework promoted by WHO to provide comprehensive parenting education and targeted interventions for the student and young adult population. Its goals are to educate pregnant students, young persons with a high likelihood of early pregnancy, and young parents about child development, discipline, tolerance of misbehaviour, and respect for a child’s individuality. Resources required are trained teachers and possibly an association with a daycare or nursery school where youth could volunteer to work with young children. The reference for a description of examples of such programs is: Learning to be Parents: An Annotated Bibliography of Programmes for Young People, WHO/MNH/PRO/88.1.

Pour de plus amples informations :

Division of Mental Health

World Health Organization

1211 Geneva 27

Switzerland

B19. Plein le dos : Programme de prévention du suicide en milieu scolaire primaire

Ce programme a été créé par Marie-Josée D'Amours du Centre Ressource-Intervention Suicide de Rivière-du-Loup en 1994. Destiné aux enfants de 4e, 5e et 6e année du primaire, le programme comporte deux rencontres en milieu scolaire d'une durée d'environ 45 minutes. Le programme poursuit les objectifs suivants : amener l'enfant à être informé et sensibilisé à la tristesse ; apprendre à l'enfant à écouter et à reconnaître ses propres facteurs de stress et ceux de ses pairs ; apprendre à l'enfant à développer ses propres habiletés à résoudre ses problèmes et ses conflits ; faire connaître à l'enfant les ressources du milieu qui peuvent l'écouter, le rassurer et l'aider. Un(e) comédien(ne) (souvent un(e) intervenant(e) d'un centre de prévention du suicide ou d'un CLSC) joue le rôle du personnage « Plein le Dos ». La rencontre débute avec le monologue de « Plein le Dos », un jeune de leur âge qui raconte les difficultés qu'il éprouve et qui évoque la possibilité de se suicider pour rejoindre son grand-père. L'étape suivante consiste à reconnaître les facteurs de stress chez l'enfant à partir de la projection d'un sac à dos qui contient des pierres sur lesquelles sont inscrites chacune des problématiques rencontrées par le personnage. On tente d'apporter de l'aide à l'enfant qui souffre à partir de la projection du sac à lunch qui contient des plumes sur lesquelles sont identifiées des solutions possibles. Quant à la deuxième rencontre, on y aborde les solutions : on y identifie des sources de plaisir pour l'enfant, on construit une trousse d'urgence en prévention du suicide, et on fait un exercice de visualisation dirigé et assisté d'une musique de détente. Au cours de l'année, les jeunes peuvent écrire à « Plein le Dos » et recevoir une réponse en retour. Cette activité poursuit les objectifs généraux suivants : permettre à l'enfant de partager et de s'exprimer sur son vécu ; permettre à l'enfant qui traverse une période difficile de sortir de son ombre et de son isolement ; permettre de dépister et de détecter l'enfant potentiellement suicidaire. Les parents et le personnel scolaire sont d'abord informés au préalable de la tenue d'un tel programme à l'école. Un mois avant, ils sont tous invités à assister à une soirée d'information sur le sujet. La pochette du programme comprend : trois guides d'animation, une trousse de premiers soins en prévention du suicide, deux affiches, et un dépliant pour les enfants (intitulé « Tu peux toujours compter sur un ami »). Lors du déroulement du programme, l'animateur doit se procurer, un sac à dos contenant des pierres, un sac à lunch contenant des plumes, une trousse d'urgence, des crayons, une cassette de musique de détente, ainsi qu'une radiocassette. Les résultats d'un devis de recherche incluant un groupe témoin sans intervention suggèrent ce qui suit : (1) si on vise à changer les connaissances et les habiletés d'une grande proportion des participants à ce programme, il n'y a pas d'indication que ce programme atteint cet objectif ; (2) une augmentation du nombre de sources d'aide identifiées comme référence potentielle pour un ami suicidaire dans les groupes expérimentaux ; (3) lorsqu'on compare les différentes versions du programme, le travail à domicile d'entrevues entre les parents et les enfants sur la résolution de problèmes et le suicide, semble avoir un effet important sur la réalisation des enfants que leurs parents sont des sources d'aide potentielles ; (4) même si ce programme n'a pas démontré d'effets significatifs pour l'ensemble des participants, il y a tout de même plusieurs effets positifs dans le sous-groupe

d'enfants ayant déjà pensé au suicide. Il peut s'avérer important d'adapter le monologue pour qu'il soit plus positif et pour bien faire comprendre aux enfants que le suicide n'est pas une solution.

Pour de plus amples informations :

Centre Ressources Interventions Suicide du KRTB
26 rue Joly, C.P. 353
Rivière-du-Loup, QC G5R 3Y9
(418) 862-9658 (téléphone)

B20. Prévention et promotion du mieux-être

Ce programme-cadre propose un modèle d'approche intégrée de prévention qui considère l'école comme une micro-société. Le programme propose des actions relevant des quatre niveaux de prévention, c'est-à-dire de la promotion de la santé, de la prévention, de l'intervention et de la postvention. Il prône également l'information et la sensibilisation de tout le personnel scolaire à l'intervention de crise et la prévention des diverses problématiques chez les jeunes. Le programme propose d'abord l'élaboration d'une structure-cadre des activités d'implantation qui permettra à l'école de s'approprier celui-ci, et de pouvoir le gérer dès la deuxième année. Une fois le personnel de l'école et les membres du comité de parents formés en intervention de crise, on procède à la mise en place d'un comité de prévention. Le mandat de ce comité est le suivant : éduquer, sensibiliser et supporter l'ensemble du milieu scolaire ; créer et mettre en œuvre des activités de promotion du mieux-être, former et supporter l'équipe d'aidants naturels ; faire connaître les ressources d'aide disponibles dans l'école et la communauté ; véhiculer et transmettre les valeurs reliées aux attitudes préventives dans leur vécu au quotidien. Le programme propose de mettre sur pied une procédure d'évaluation du programme, permettant de formuler des recommandations visant l'amélioration de celui-ci. Nous n'avons trouvé aucune information quant à des résultats d'évaluations faites antérieurement. Il s'agit d'un programme-cadre de type « maison » qui présente brièvement son contenu. En ce qui concerne la formation des intervenants et de l'équipe d'aidants naturels, il est nécessaire de travailler en collaboration avec un organisme compétent en la matière tel un CPS.

Pour de plus amples informations :

Julie Campbell
Le Centre d'Intervention le Faubourg
C.P. 1
St-Jerome, QC J7Z 5T7
(450) 569-0101 (téléphone)
(450) 565-2770 (télécopieur)

B21. Program to Enhance Self-concept in Young Children

This program was implemented in three schools in Australia as part of a study to evaluate the feasibility and acceptance of self-concept enhancement in children (5-10 years old) as a means to prevent teenage suicide. The major component of the program is the use of guided imagery, positive self-talk, and creative visualization to enhance self-concept and self-esteem. Resources required are training for teachers or community workers. An evaluation found that the program was both feasible to implement and acceptable to young children, their parents, and teachers. However, it was suggested that acceptability may vary due to cultural differences.

Pour de plus amples informations :

Judith Lissing

7 Bridges Street

Maroubra, NSW

Australia 2035

(011-61) 02 9349 8061 (téléphone/télécopieur)

B22. Programme d'entraide par les pairs (voir l'annexe A6)

Il s'agit d'un guide de gestion d'un programme d'entraide par les pairs qui comporte trois parties : la mise sur pied d'un réseau d'entraide, le programme de formation à l'entraide et le guide des activités de formation à l'entraide (réalisation : Fondation JEVÍ, 1991). Il traite également des 4 étapes d'implantation du programme et la formation des entraidents ; 10 à 15 jeunes volontaires représentent le regroupement de base idéal. On y enseigne le processus de croissance personnelle, les facteurs d'une communication efficace, la relation d'aide, et la problématique du suicide chez les jeunes en deux sessions interdépendantes de 15 heures (intitulées « Se connaître d'abord » et « Devenir un bon confident »). Les blocs incluent les étapes suivantes : accueillir l'autre et percevoir le problème ; améliorer sa capacité d'écoute ; apprendre à donner du feed-back ; supporter un ami dans son processus décisionnel et de planification ; devenir plus habile à dépister un ami en mal de vivre ; devenir plus habile à intervenir en situation de crise et à référer. Pour les jeunes intéressés à joindre le programme, mais qui ne rencontrent pas les critères de sélection, on suggère d'autres moyens d'intégration. Le guide de gestion utile pour une école secondaire est vendu au cout de 20,00\$ (cahier 1) et 15,00\$ (cahier 2) (les frais de manutention et de poste sont en sus ; français seulement). En 1991, on a évalué les effets à long et à court terme de toutes les activités présentées dans le cadre d'une « Semaine de Bien-Être ». Bien que nous n'ayons relevé aucun effet à court terme sur l'estime de soi, l'intérêt dans la vie, l'isolement social ou un niveau de dépression, (comparant les étudiants exposés à cette semaine à ceux qui ne l'étaient pas), les étudiants actuels et les anciens qui avaient pris part à cette semaine, ont obtenu des résultats à long terme, voire : de meilleures relations avec les pairs, une augmentation d'entraide mutuelle et d'aptitudes d'écoute, ainsi qu'une plus grande prise de conscience des valeurs de la vie. Les effets furent plus favorables aux anciens étudiants et aux plus âgés, mais leur taux de

réponses fut de 16%. Il n'existait pas de groupe de contrôle pour cette section de l'étude.

Pour de plus amples informations :

Joyce Chagnon
Fondation JEVI
86 13e avenue Nord
Sherbrooke, QC J1E 2X7
(819) 564-1354 (téléphone)
(819) 564-4486 (télécopieur)

B23. Rescousse : Groupe d'entraide

Il s'agit d'un programme cadre d'entraide par les pairs (clientèle : jeunes de 12 à 16 ans). La structure mise en place dans ce milieu propose des actions dans les trois volets de la prévention : promotion ; prévention ; intervention. Toutefois, il est surtout axé sur la prévention primaire plutôt que sur l'intervention de crise. Plusieurs approches sont adoptées : sensibilisation (élèves, personnel scolaire et les parents) ; consultation (accessibilité et rapidité) ; dépistage (psychométrie et réseau d'entraide par les pairs) ; compétence personnelle (outiller les jeunes pour affronter les difficultés et pour qu'ils développent leur qualité de vie, leurs habiletés sociales et la gestion du stress) ; modification de l'environnement scolaire (améliorer la qualité de vie). Il s'agit d'un document de référence qui décrit brièvement la structure d'un réseau de soutien par les pairs. Il traite aussi d'autres activités auxquelles ils ont participé. Ainsi, il fait un survol rapide du fonctionnement et des différentes étapes pour la réalisation d'un projet de prévention du suicide dans une école secondaire.

Pour de plus amples informations :

Gervaise Gagné
Ecole Paul-Hebert
250 boul. Arthur-Buies Ouest
Rimouski, QC G5L 7A7
(418) 724-3439 (téléphone)
(418) 724-3471 (télécopieur)

B24. Seniors Group

This program, operating at the Portage Friendship Centre, Portage la Prairie, Manitoba, has Elders working with children (0-5 years old) on a weekly basis to pass on language skills, teachings, and legends. The goals are to restore the self-esteem and self-confidence of Elders, teach the children about their culture and identity, and build cultural pride. Outcomes of the project have been a book profiling the Elders and a colouring book of the stories and legends. Resources required are a program coordinator and Elder volunteers. Observations from the centre show that the program has been very successful for the children and the Elders.

Pour de plus amples informations :
Garda Sinclair Moran, Executive Director
Portage Friendship Centre
20 3rd Street NW
Portage la Prairie, MB R1N 1N4
(204) 239-6333 (téléphone)
(204) 239-6634 (télécopieur)
portagfc@portage.net (courriel)

B25. Skills for the Primary School Child (SPSC)

This 1990 program, aimed at primary school children 5-11 years old, has been developed in the United Kingdom. Its goals are to provide opportunities for children to explore relationships, express and share fears and feelings, and build their own and others' self esteem. The content starts by addressing issues and skills relevant to each child and then moves on to look at children as part of the family, school and wider community. The skills taught include communication, assertiveness, decision-making, critical thinking, problem solving, interpersonal relationships, discernment, working with others, dealing constructively with emotions, and ways of resisting peer pressure. The program package contains an educator's manual, materials for 10 workshops for teachers, health workers, other school staff and community members, materials for 6 parent workshops, and 33 complete lessons for children, offering classroom activities and strategies for learning and developing skills. Resources required are the SPSC program package (available for £49.95) and training for teachers or community workers in life skills facilitation (or the hiring of a Life Skills educator who could then transfer skills within a community). We did not find information about an evaluation.

Pour de plus amples informations :
Jeff Lee or Vivienne Evans, TACADE
1 Hulme Place
The Crescent
Salford, Greater Manchester
United Kingdom M5 4QA

B26. Sparrow Lake Alliance

Founded in 1989, the Sparrow Lake Alliance is a voluntary coalition of Ontario professionals who work with children (social workers, psychiatrists, psychologists, teachers, etc.), government representatives, and a number of multidisciplinary groups committed to improving the lives of children and their families. The Alliance promotes an increased emphasis on prevention and early intervention in order to improve the physical health, safety, emotional well-being and optimal development of all children in Ontario. The activities of the Alliance include prevention (Ryerson Outreach Program, Helping Children

Adjust program), advocacy, and increasing the effectiveness of existing treatment and child welfare services (e.g. psychiatric emergency services, consultation and legal services, collaborative work between mental health professionals and educators). The Ryerson program operates in a disadvantaged inner city area in Toronto, and involves mental health professionals working with school staff. Surveys on teachers' opinions in 1993 and 1995 show that conduct problems and absenteeism decreased, respect shown to others increased, and identification of students with special needs occurred earlier over the two years. Resources required are a professional or para-professional to coordinate the program. The Helping Children Adjust program, which targets behavioural problems, involves 11 school boards and 60,000 public school children (kindergarten to grade 3) in randomly chosen schools. The activities include a social skills/management program in class, a parent management training program, and an academic support initiative. Preliminary results show that it is useful to allow teachers to modify program components, there was low use of the parent program, most teachers found the other two activities helpful but time-consuming, and support at the school administrative level is crucial. Several publications describing these programs and their rationale are available from the Alliance, for \$5-10 each.

Pour de plus amples informations :

Ryna Langer

Sparrow Lake Alliance

c/o Department of Psychiatry

Hospital for Sick Children

555 University Avenue

Toronto, ON M5G 1X8

contact@sparrowlake.org (courriel)

<http://www.sparrowlake.org> (internet)

B27. Suicide Prevention Curriculum

This NWT program involves local community workers completing a 2-week regional training course on suicide prevention and then returning to their community to act as a resource for others. The curriculum was designed by the government of the Northwest Territories in partnership with the Canadian Mental Health Association and the Muttart Foundation of Edmonton. The goals are to obtain training for community caregivers, disseminate information and carry out educational programs for community members. Resources required are community workers willing to take the course and the expenses of the course. An evaluation during the testing period of this program showed that it was well-received in the NWT communities. Trainees agreed they had gained useful knowledge.

Pour de plus amples informations :

Sandy Little

Community Programs and Services Division

Northwest Territories Department of Health and Social Services

P.O. Box 1320

Yellowknife, NWT X1A 2L9

(867) 873-7926 (téléphone)

(867) 873-7706 (télécopieur)

sandy_little@gov.nt.ca (courriel)

B28. Suicide Prevention Training Programs' Workshop

This is a five-day interactive workshop that has been presented throughout Canada, often as part of a suicide prevention strategy of the RCMP (Aboriginal Policing Branch). The workshop can be adapted to the needs of the particular community and can include inviting Elders to speak about local traditions and conduct ceremonies. The core components include suicide intervention, critical incident stress debriefing, cultural awareness and traditions with Elders (if appropriate), a talking circle, and development of a suicide prevention strategy. Costs of the program vary depending on the location of the community, travel costs for trainers, and local organization costs for room and equipment rental; it generally costs between \$3000 and \$5000. A detailed community development program for Aboriginal communities, entitled "Saving Lives: Community Development and Suicide Prevention," is a 3-day workshop that aims to help create community initiatives related to suicide prevention. Participants will learn about choosing workable projects, developing teams, initiating action, and evaluating their efforts. We did not find information about evaluations of these two workshops.

Pour de plus amples informations :

Suicide Prevention Training Programs (SPTP)

201-1615-10th Avenue SW

Calgary, AB T3C 0J7

(403) 245-3900 (téléphone)

(403) 245-0299 (télécopieur)

siec@siec.ca (courriel)

<http://www.siec.ca> (internet)

B29. Teen Esteem

This program, based in Sarnia, Ontario, is modelled after a successful Hamilton program and involves a series of 40-minute workshops delivered in school during lunch hour. Since 1995, this program has been offered twice a year for 6 weeks in an urban setting. The workshops, limited to 20 girls per session (11-14 years old), are interactive and address a wide variety of topics. Themes include women supporting women, conflict resolution, building friendships, spotting abuse relationships, and introduction to careers. The goals are to provide

positive role models for young women, address self-confidence problems, promote career aspirations and higher education, and discourage self-destructive behaviour. A number of female role models are asked to participate in the sessions, including high school volunteers at the beginning of the program. Although staying in school is encouraged, going to university is not necessarily promoted. Girls are recruited to participate on a volunteer basis, with parental permission. Resources required are training for a female volunteer to lead the workshops. The program materials are not available for dissemination. An evaluation based on comments from students and teachers was very positive. Oral feedback sessions a week after the end of the program have recently been implemented.

Pour de plus amples informations :

**Carol Chamberlain, Administrator or
Marilyn Egan, Teen Esteem Coordinator
Big Sisters
Sarnia/Lambton, ON
(519) 336-0940 (téléphone)
(519) 336-4932 (télécopieur)**

Description des manuels, dépliants, et autres documents

Manuels

Northern Lifelines: Suicide Information & Resource Manual

This is a manual, produced in 1992, that covers prevention, intervention and postvention for caregivers and community workers. It can be purchased for \$60 (plus \$10 shipping and handling).

Pour de plus amples informations :
Algoma Child & Youth Service, Sault Ste. Marie
(705) 945-5050 (téléphone)
(705) 942-9273 (télécopieur)

Walking in Balance: A First Nations Suicide Resource Manual

This is a manual, produced in 1993, that is designed to assist those in a helping role. It can be purchased for \$25 (including shipping).

Pour de plus amples informations :
Union of Ontario Indians, Toronto
(416) 693-1620 (téléphone/télécopieur)

Dépliants

How to Listen, Understand and Answer a Cry for Help

This is an information pamphlet on suicide warning signs and what to do for a suicidal person. Written in both Cree and English, it was produced by the Northwest Regional Interagency Suicide Prevention Program, Grande Prairie, Alberta in 1991.

Pour de plus amples informations :
Suicide Prevention Program
(403) 539-6680 (téléphone)

You've Got a Friend: Suicide Prevention & Intervention

This is a pamphlet, produced in 1992, that contains poetry, art and personal stories from members of a support group. It can be purchased for \$7 (including shipping).

Pour de plus amples informations :
Kwagiulth Urban Society
#4-3023 Carroll Street
Victoria, BC V9A 1R1

Autres Documents

Youth Suicide Awareness Presentation Package

This is an 80-page instructional guide with a set of 32 overhead transparencies, designed for use by trainers and caregivers. Its goal is to examine the suicide issue in a 2-hour to half-day workshop with adult groups, but it can also be adapted for an adolescent audience. The package can be purchased for \$150 (plus \$8 shipping and handling).

Pour de plus amples informations :
Suicide Prevention Training Programs (SPTP)
201-1615-10th Avenue SW
Calgary, AB T3C 0J7
(403) 245-3900 (téléphone)
(403) 245-0299 (télécopieur)
siec@siec.ca (courriel)
<http://www.siec.ca> (internet)

Annexe C1. Les ressources utilisées dans l'évaluation des programmes

- Alaska Division of Alcoholism and Drug Abuse, no date. Individual, Community and Agency Responsibility for the Prevention of Suicide. Handbook prepared by the Department of Health and Social Services, State of Alaska. Juneau (Alaska).
- Alaska Division of Alcoholism and Drug Abuse, 1998. Community-Based Suicide Prevention (Volume 5 Issue 4). Newsletter by the Department of Health and Social Services, State of Alaska. Juneau (Alaska).
- AusEinetter, 1997. Newsletter of the Early Intervention Network for Mental Health in Young People (Issue 1). South Australia.
- B.C. Council for Families, 1992. Let's Live! A School-Based Suicide Awareness and Intervention Program. Teacher's manual and inservice guide.
- B.C. Council for Families, 1994. Let's Live! A School-Based Suicide Awareness and Intervention Program. Feedback Probe (results of evaluation).
- B.C. Council for Families, 1998. Family Connections (Spring, 1998). Newsletter.
- Berger, C.J. & Tobeluk, H.A., 1990. Community-based suicide prevention programs in rural Alaska: Self-determination as a new approach. In B.D. Postl et al. (Eds.), Circumpolar Health 90. Winnipeg, Manitoba: University of Manitoba Press. pp. 291-293.
- Breton, J. J., Boyer, R., Bilodeau, H., Raymond, S., Joubert, N. & Nantel, M. A., 1998. Review of Evaluative Research on Suicide Intervention and Prevention Programs for Young People in Canada: Theoretical Context and Results. Montréal (Québec): Université de Montréal.
- Canadian Mental Health Association, 1998. Mental Health Promotion in Practice: A Documentation of Mental Health Promotion Practices from the Canadian Mental Health Association Divisions and Branches/Regions across Canada. Ottawa (Ontario).
- Canadian Public Health Association, 1998. Mental Health Promotion Resource Directory. Ottawa (Ontario).
- CDC, 1998. Suicide prevention evaluation in a Western Athabaskan American Indian tribe—New Mexico, 1988-1997. Morbidity and Mortality Weekly Reports 47(13): 257-261.
- Centre de prévention du suicide de la haute-yamaska inc., 1994. La prévention du suicide auprès des jeunes en milieu scolaire. Program framework document. Granby (Québec).
- Coordinators' Handbook, 1996. Community-Based Suicide Prevention Program.

- CRISE, no date. Des Outils Pour la Vie: Répertoire du Matériels de Prévention de Suicide chez les Jeunes.
- Fondation JEVI, 1991. Guide de gestion d'un programme d'entraide par les pairs. Handbook. Sherbrooke (Québec).
- Haw, C. & Andres, L., 1998. ASK•ASSESS•ACT Suicide Intervention Training: Highlights of the Program Evaluation. Report prepared for B.C. Council for Families.
- Health Canada, 1993. The 1993-94 Resource Listing of Parenting Programs used by the First Nations and the Inuit. Ottawa (Ontario): Mental Health Advisory Services, Medical Services Branch.
- Médiaspaul & Pentafolio Multimedia, 1997. Mauve: Teenagers Look at Life Interactive CD-ROM. Promotional material.
- Mishara, B.L., 1998. Résultats préliminaires d'une évaluation des effets du programme de prévention primaire auprès des jeunes, « Plein le dos ».
- Ryerson, D., 1990. Suicide awareness education in schools: The development of a core program and subsequent modifications for special populations or institutions. Death Studies 14: 371-390.
- SIEC alert publications, 1994-1998 (Suicide Information and Education Centre)
- Sparrow Lake Alliance, Education Task Force, 1994. Interagency Collaboration Guidelines for Schools.
- Steinhauer, P.D., 1992. The Sparrow Lake Alliance. Canadian Child Psychiatric Bulletin 1(2): 24-27.
- Steinhauer, P.D., 1996. The Primary Needs of Children: A Blueprint for Effective Health Promotion at the Community Level. Working paper for the Promotion/Prevention Task Force, Sparrow Lake Alliance. Ottawa (Ontario): Caledon Institute of Social Policy.
- Steinhauer, P.D., 1996. Methods for Developing Resiliency in Children from Disadvantaged Populations. Toronto (Ontario): University of Toronto. Prepared for the National Forum on Health.
- U.S. Department of Health and Human Services, 1997. PIC Highlights (Volume 7 Nos. 2-3). Newsletter.
- Voices, no date. Newsletter of the Voices for Children organization. Issue 2.
- World Health Organization, 1993. Mental Health Programmes in Schools. Geneva and New York: Division of Mental Health, Health Promotion Unit. WHO/MNH/PSF/93.3 Rev. 1

World Health Organization, 1993. Guidelines: The Development and Implementation of Life Skills Programs. Geneva and New York: Division of Mental Health, Health Promotion Unit. WHO/MNH/PSF/93.7A Rev. 1

World Health Organization, 1993. Training Workshops for the Development and Implementation of Life Skills Programmes. Geneva and New York: Division of Mental Health, Health Promotion Unit. WHO/MNH/PSF/ 93.7B Rev. 1

World Health Organization, 1994. The Development and Dissemination of Life Skills Education: An Overview. Geneva and New York: Division of Mental Health, Health Promotion Unit. MNH/PSF/94.7

Annexe C2. Guides d'évaluation recommandés

Health and Welfare Canada, 1991. A Handbook for Indian Communities on Evaluating Health Programs. Ottawa (Ontario): Supply and Services Canada.

Humanité Services Planning, 1993. How about...Evaluation: A Handbook about Project Self-Evaluation for First Nations and Inuit Communities. Prepared by Jacqueline D. Holt. Sponsored by Mental Health Advisory Services, Medical Services Branch, Ottawa (Ontario).

Annexe C3. Recommandations touchant la recherche éthique

CRPA (Commission royale sur les peuples autochtones), 1993. Appendix B: Ethical guidelines for research. In: Integrated Research Plan. Ottawa (Ontario).

Dene Tracking, 1993. A Participatory Research Process for Dene/Metis Communities: Exploring Community-Based Research Concerns for Aboriginal Northerners. Prepared by B. Masuzumi, and S. Quirk.

Inuit Circumpolar Conference, no date. Principles and Elements on Northern Scientific Research.

Inuit Tapirisat of Canada (Research Department), 1993. Negotiating Research Relationships in the North. Background paper for the Workshop on Guidelines for Responsible Research, Yellowknife (NWT), 22-23 September, 1993.

Références

- Alaska Division of Alcoholism and Drug Abuse, no date. Individual, Community and Agency Responsibility for the Prevention of Suicide. Handbook prepared by the Department of Health and Social Services, State of Alaska. Juneau (Alaska).
- Alaska Division of Alcoholism and Drug Abuse, 1998. Community-Based Suicide Prevention (Volume 5 Issue 4). Newsletter by the Department of Health and Social Services, State of Alaska. Juneau (Alaska).
- AusEinetter, 1997. Newsletter of the Early Intervention Network for Mental Health in Young People (Issue 1). South Australia.
- Barrington, J., Brackenbury, J. & Reney, B., working draft. Miyupimaatisiiuwin Curriculum. Montréal (Québec): Public Health Module (Cree Region).
- B.C. Council for Families, 1992. Let's Live! A School-Based Suicide Awareness and Intervention Program. Teacher's manual and inservice guide.
- B.C. Council for Families, 1994. Let's Live! A School-Based Suicide Awareness and Intervention Program. Feedback Probe (results of evaluation).
- B.C. Council for Families, 1998. Family Connections (Spring, 1998). Newsletter.
- Berger, C.J. & Tobeluk, H.A., 1990. Community-based suicide prevention programs in rural Alaska: Self-determination as a new approach. In B.D. Postl et al. (Eds.), Circumpolar Health 90. Winnipeg, Manitoba: University of Manitoba Press. pp. 291-293.
- Borré, K., 1991. Seal blood, Inuit blood, and diet: A biocultural model of physiology and cultural identity. Medical Anthropology 5(1): 48-62.
- Breton, J. J., Boyer, R., Bilodeau, H., Raymond, S., Joubert, N. & Nantel, M. A., 1998. Review of Evaluative Research on Suicide Intervention and Prevention Programs for Young People in Canada: Theoretical Context and Results. Montréal (Québec): Université de Montréal.
- British Columbia Council for the Family, 1992. Let's Live! A School-Based Suicide Awareness and Intervention Program. Inservice Guide and Teacher's Resource Manual.
- Callahan, J., 1996. Negative effects of a school suicide postvention program—A case example. Crisis 17(3): 108-115.
- Canadian Mental Health Association, 1998. Mental Health Promotion in Practice: A Documentation of Mental Health Promotion Practices from the Canadian Mental Health Association Divisions and Branches/Regions across Canada. Ottawa (Ontario).

- Canadian Public Health Association, 1998. Mental Health Promotion Resource Directory. Ottawa (Ontario).
- CDC, 1998. Suicide prevention evaluation in a Western Athabaskan American Indian tribe—New Mexico, 1988-1997. Morbidity and Mortality Weekly Reports 47(13): 257-261.
- Centre de prévention du suicide de la haute-yamaska inc., 1994. La prévention du suicide auprès des jeunes en milieu scolaire. Program framework document. Granby (Québec).
- Chandler, M.J. & Lalonde, C., 1998. Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. Transcultural Psychiatry 35(2): 191-219.
- Cimboric, P. & Jobes, D., 1990. Youth Suicide. Springfield (Illinois): Charles C. Thomas.
- Coordinators' Handbook, 1996. Community-Based Suicide Prevention Program.
- Cree Board of Health and Social Services of James Bay, 1997. Public Health Programs and Services. Report by the Public Health Module, Cree Region of James Bay, April 1, 1995-March 31, 1997.
- CRISE, no date. Des Outils Pour la Vie: Répertoire du Matériels de Prévention de Suicide Chez les Jeunes.
- CRPA (Commission royale sur les peuples autochtones), 1993. Appendix B: Ethical guidelines for research. In: Integrated Research Plan. Ottawa (Ontario).
- CRPA (Commission royale sur les peuples autochtones), 1995. Choosing Life: Special Report on Suicide among Aboriginal People. Ottawa (Ontario): Canada Communication Group.
- Dene Tracking, 1993. A Participatory Research Process for Dene/Metis Communities: Exploring Community-Based Research Concerns for Aboriginal Northerners. Prepared by B. Masuzumi and S. Quirk.
- Drummond, S. G., 1997. Incorporating the Familiar: An Investigation into Legal Sensibilities in Nunavik. Montréal (Québec): McGill-Queen's Press.
- Dyck, R.J. & White, J., 1998. Suicide prevention in Canada: work in progress. In Leenaars, A.A. et al., eds., Suicide in Canada. Toronto (Ontario): University of Toronto Press. pp. 256-271.
- Fleming, C.M., 1994. The Blue Bay Healing Center: community development and healing as prevention. American Indian and Alaska Native Mental Health Research 4: 134-165.

- Fondation JEVI, 1991. Guide de gestion d'un programme d'entraide par les pairs. Handbook.
- Garland, A., Shaffer, D. & Whittle, B., 1989. A national survey of school-based, adolescent suicide prevention programs. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 28(6): 931-934.
- Haw, C. & Andres, L., 1998. ASK • ASSESS • ACT Suicide Intervention Training: Highlights of the Program Evaluation. Report prepared for B.C. Council for Families.
- Health and Welfare Canada, 1991. A Handbook for Indian Communities on Evaluating Health Programs. Ottawa (Ontario): Supply and Services Canada.
- Health Canada, 1993. The 1993-94 Resource Listing of Parenting Programs used by the First Nations and the Inuit. Ottawa (Ontario): Mental Health Advisory Services, Medical Services Branch.
- Hendren, R., Birrell Weisen, R. & Orley, J., 1994. Mental Health Programmes in Schools. Geneva: World Health Organization, Division of Mental Health.
- Hodgins, S., 1996. Health and Well-Being Challenges in Nunavik: Health Conditions, Determinants, and Lines of Action. Kuujuaq (Québec): Department of Public Health, Nunavik Regional Board of Health and Social Services.
- Humanité Services Planning, 1993. How about...Evaluation: A Handbook about Project Self-Evaluation for First Nations and Inuit Communities. Prepared by Jacqueline D. Holt. Sponsored by Mental Health Advisory Services, Medical Services Branch, Ottawa (Ontario).
- Inuit Circumpolar Conference, no date. Principles and Elements on Northern Scientific Research.
- Inuit Tapirisat of Canada (Research Department), 1993. Negotiating Research Relationships in the North. Background paper for the Workshop on Guidelines for Responsible Research, Yellowknife (NWT), 22-23 September, 1993.
- Kalafat, J. & Elias, M., 1994. An evaluation of a school-based suicide awareness intervention. Suicide and Life-Threatening Behavior 24(3): 224-233.
- Kalafat, J. & Elias, M., 1995. Suicide prevention in an educational context: Broad and narrow foci. Suicide and Life-Threatening Behavior 25(1): 224-233.
- Kirk, W.G., 1998. Adolescent Suicide: A School-Based Approach to Assessment and Intervention. Illinois: Research Press.

- Kirmayer, L.J. et al., 1993. Suicide in Canadian Aboriginal Populations: Emerging Trends in Research and Intervention (Working Paper No. 1). Montréal (Québec): Culture & Mental Health Research Unit, Sir Mortimer B. Davis—Jewish General Hospital.
- Kirmayer, L.J., 1994. Suicide among Canadian Aboriginal peoples. Transcultural Psychiatric Research Review 31: 3-58.
- Kirmayer, L.J., Malus, M. & Boothroyd, L.J., 1996. Suicide attempts among Inuit youth: a community survey of prevalence and risk factors. Acta Psychiatrica Scandinavica 94: 8-17.
- Kirmayer, L.J., Fletcher, C. & Boothroyd, L.J., 1998. Suicide among the Inuit of Canada. In Leenaars, A.A. et al., (Eds.), Suicide in Canada. Toronto (Ontario): University of Toronto Press. pp. 189-211.
- Kirmayer, L.J., Boothroyd, L.J. & Hodgins, S., 1998. Attempted suicide among Inuit youth: psychosocial correlates and implications for prevention. Canadian Journal of Psychiatry 43(8): 816-822.
- Klingman, A. & Hochdorf, Z., 1993. Coping with distress & self-harm: The impact of a primary prevention program among adolescents. Journal of Adolescence 16(2): 121-140.
- LaFramboise, T.D., 1988. American Indian mental health policy. American Psychologist 43(5): 388-397.
- LaFramboise, T.D. & Howard-Pitney, B., 1994. The Zuni Life Skills Development Curriculum: a collaborative approach to curriculum development. American Indian and Alaska Native Mental Health Research 4: 98-121.
- Leenaars, A.A. & Wenckstern, S., 1990. Suicide prevention in schools: An introduction. Death Studies 14: 297-302.
- Lester, D., 1997. Suicide in American Indians. New York: Nova Science Publishers. pp. 153-187.
- Levy, S. & Fletcher, E., 1998. Kamatsiaqtut, Baffin Crisis Line: community ownership of support in a small town. In Leenaars, A.A. et al., (Eds.), Suicide in Canada. Toronto (Ontario): University of Toronto Press. pp. 353-366.
- Masecar, D., 1998. Suicide prevention in rural communities. In Leenaars, A.A. et al. (Eds.), Suicide in Canada. Toronto (Ontario): University of Toronto Press. pp. 242-255.
- Médiaspaul & Pentafolio Multimedia, 1997. Mauve: Teenagers Look at Life Interactive CD-ROM. Promotional material.

- Mental Health Branch, Commonwealth Department of Health and Family Services, 1997. Youth Suicide in Australia: A Background Monograph, 2nd edition. Australian Government Publishing Service.
- Minor, K., 1992. Issumatuq: Learning from the Traditional Healing Wisdom of the Canadian Inuit. Halifax (Nova Scotia): Fernwood Publishing.
- Mishara, B.L., 1998. Résultats préliminaires d'une évaluation des effets du programme de prévention primaire auprès des jeunes, « Plein le dos ».
- Mrazek, P.J. & Haggerty, R.J. (Eds.), 1994. Reducing Risks for Mental Disorders. Washington (D.C.): Academy Press.
- MSSS (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec), 1998. Help for Life: Quebec's Strategy for Preventing Suicide. Québec (Québec): Gouvernement du Québec.
- O'Carroll, P. W., Mercy, J. A. & Steward, J. A., 1988. CDC recommendations for a community plan for the prevention and containment of suicide clusters. Morbidity and Mortality Weekly Reports 37(8-6): 1-12.
- Petawabano, B., Gourdeau, E., Jourdain, F., Palliser-Tulugak, A. & Cossette, J., 1994. Mental health and Aboriginal people of Quebec. Montréal (Québec): Gaëtan Morin Editeur.
- Phillips, D.P. & Cartensen, L.L., 1986. Clustering of teenage suicides after television news stories about suicide. New England Journal of Medicine 315(11): 685-689.
- Phillips, D.P., Lesyna, K. & Paight, D.J., 1992. Suicide and the media. In Maris, R.W. et al., eds., Assessment and Prediction of Suicide. New York: Guilford Press. pp. 499-517.
- Pinar, Reynolds, Slattery & Taubman, 1995. Understanding Curriculum. New York: Peter Lang Publishing.
- Ploeg, J., Ciliska, D., Dobbins, M., Hayward, S., Thomas, H. & Underwood, J., 1996. A systematic overview of adolescent suicide prevention programs. Canadian Journal of Public Health 87(5): 319-324.
- Rose, G., 1992. The Strategy of Preventive Medicine. Oxford: Oxford University Press.
- Rowse, J., 1996. Traditions for Health: Studies in Aboriginal Reconstruction. Canberra: Northern Australia Research Unit, Australian National University.
- Ryerson, D., 1990. Suicide awareness education in schools: The development of a core program and subsequent modifications for special populations or institutions. Death Studies 14: 371-390.

- Santé Québec, 1994. A Health Profile of the Inuit: Report of the Santé Québec Health Survey Among the Inuit of Nunavik, 1992. Montréal (Québec): Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Sattem, L., 1990. Suicide prevention in elementary schools. Death Studies 14: 329-346.
- Shaffer et al., 1988. Preventing teenage suicide: a critical review. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 27(6): 675-687.
- SIEC alert publications, 1994-1998 (Suicide Information and Education Centre)
- Sigurdson, E., Staley, D., Matas, M., Hildahl, K. & Squair, K., 1994. A five year review of youth suicide in Manitoba. Canadian Journal of Psychiatry 39: 397-403.
- Sparrow Lake Alliance, Education Task Force, 1994. Interagency Collaboration Guidelines for Schools.
- Stairs, A. (1992). Self-image, world-image: Speculations on identity from experiences with Inuit. Ethos 20(1): 116-126.
- Steinhauer, P.D., 1992. The Sparrow Lake Alliance. Canadian Child Psychiatric Bulletin 1(2): 24-27.
- Steinhauer, P.D., 1996. The Primary Needs of Children: A Blueprint for Effective Health Promotion at the Community Level. Working paper for the Promotion/Prevention Task Force, Sparrow Lake Alliance. Ottawa (Ontario): Caledon Institute of Social Policy.
- Steinhauer, P.D., 1996. Methods for Developing Resiliency in Children from Disadvantaged Populations. Toronto (Ontario): University of Toronto. Prepared for the National Forum on Health.
- Tierney, R., Ramsey, R., Tanney, B. & Lang, W., 1990. Comprehensive school suicide prevention programs. Death Studies 14: 347-370.
- Tierney, R.J., 1998. Youth suicide prevention in schools and community: a progress report. In Leenaars et al. (Eds.), Suicide in Canada. Toronto (Ontario): University of Toronto Press. pp. 291-308.
- Tudor, K., 1996. Mental Health Promotion: Paradigms and Practice. New York: Routledge. pp. 53-86.
- United Nations, 1996. Prevention of Suicide: Guidelines for the Formulation and Implementation of National Strategies. New York: United Nations.

- U.S. Department of Health and Human Services, 1997. PIC Highlights (Volume 7 Nos. 2-3). Newsletter.
- Vince, C.J. & Hamrick, K.R., 1990. Preventing youth suicide: What works? Program and policy choices for schools. In P. Cimboric & D.A. Jobes (Eds.), Youth Suicide: Issues, Assessment, and Intervention. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas. pp. 87-101.
- Voices, no date. Newsletter of the Voices for Children organization. Issue 2.
- Wenckstern, S. & Leenaars, A., 1998. Suicide postvention: cultural issues. In Leenaars, A.A. et al. (Eds.), Suicide in Canada. Toronto (Ontario): University of Toronto Press. pp. 309-321.
- White, J. & Jodoin, N., 1998. Before the Fact Interventions: A Manual of Best Practices in Youth Suicide Prevention. Vancouver: Suicide Prevention Information & Resource Centre of British Columbia, Co-operative University-Provincial Psychiatric Liasion (CUPPL).
- World Health Organization, 1993. Mental Health Programmes in Schools. Geneva and New York: Division of Mental Health, Health Promotion Unit. WHO/MNH/PSF/93.3 Rev. 1
- World Health Organization, 1993. Life Skills Education in Schools. Geneva and New York: Division of Mental Health, Health Promotion Unit. WHO/MNH/PSF/93.7A Rev. 1
- World Health Organization, 1993. Training Workshops for the Development and Implementation of Life Skills Programmes. Geneva and New York: Division of Mental Health, Health Promotion Unit. WHO/MNH/PSF/ 93.7B Rev. 1
- World Health Organization, 1994. The Development and Dissemination of Life Skills Education: An Overview. Geneva and New York: Division of Mental Health, Health Promotion Unit. MNH/PSF/94.7
- World Health Organization Press Office Fact Sheet 92, 1998.
- Young, T.K., 1994. The Health of Native Americans: Toward a Biocultural Epidemiology. New York: Oxford University Press.