



Association canadienne pour la prévention du suicide
Canadian Association for Suicide Prevention

**Avant-projet de l'ACPS
pour une stratégie nationale canadienne
pour la prévention du suicide.**
Première diffusion publique, Octobre 2004

Association canadienne pour la prévention du suicide
Canadian Association for Suicide Prevention
301 11456 avenue Jasper
Edmonton AB T5K 0M1
Téléphone : 1 780 482-0198
Télécopie : 1 780 488-1495
casp@suicideprevention.ca
www.suicideprevention.ca

Association canadienne pour la prévention du suicide
Canadian Association for Suicide Prevention

**Avant-projet de l'ACPS pour une
stratégie nationale canadienne
pour la prévention du suicide.**

Première diffusion publique, Octobre 2004

Association canadienne pour la prévention du suicide
301-11456 avenue Jasper, Edmonton, AB T5K 0M1
Téléphone : 1 780 482-0198 Télécopie : 1 780 488-1495

casp@suicideprevention.ca
www.suicideprevention.ca

Association canadienne pour la prévention du suicide
Canadian Association for Suicide Prevention

Table des Matières

I.	Remerciements	03
II.	Dédicace	04
III.	Introduction	07
IV.	Principes directeurs	09
V.	Buts et objectifs	09
A.	Sensibilisation et compréhension	
	1. But #1 – Sensibiliser la population	10
	2. But #2 – Développer une approche globale	10
	3. But #3 – Développer et mettre en oeuvre une stratégie pour réduire les stigmas	10
	4. But #4 – Augmenter les connaissances des médias	11
B.	Prévention et Intervention	
	1. But #1 – Élaborer, mettre en oeuvre et soutenir des programmes de prévention	11
	2. But #2 – Réduire l’accessibilité aux moyens et leur létalité	12
	3. But #3 – Étendre la formation	12
	4. But #4 – Développer et promouvoir des pratiques prometteuses	13
	5. But #5 – Améliorer l’accès et l’intégration	13
	6. But #6 – Établir des priorités en fonction des risques	14
	7. But #7 – Accroître le soutien en situation de crise	14
	8. But #8 – Élargir le soutien et les services aux endeuillés par suicide	14
	9. But #9 – Accroître les activités en prévention primaire	15
C.	Perfectionnement et transfert des connaissances	
	1. But #1 – Améliorer et élargir les systèmes de surveillance	15
	2. But #2 – Promouvoir et soutenir le développement d’outils d’évaluation.	15
	3. But #3 – Promouvoir et développer la recherche sur le suicide	15
	4. But #4 – Accroître la diffusion de la recherche	15
D.	Financement et soutien	
	1. But #1 – Augmenter le financement pour les activités liées à la stratégie canadienne	16
	2. But #2 – Assurer l’accès aux services appropriés pour tous	16
	Appendice #1 – Rationnel de la stratégie	17
	Appendice #2 – Initiatives courantes au Canada	23
	Appendice #3 – Les stratégies nationales dans le monde	28
	Appendice #4 - Références	30
	Appendice #5 – Instituts canadiens de recherché en santé (CIHR)	31
	Appendice #6 – Ressources et informations sur l’ACPS	34

I. Remerciements

Cette stratégie a été préparée par les membres du conseil d'administration de l'Association canadienne pour la prévention du suicide, avec le soutien d'autres individus et organisations..

Une stratégie planifiés

Les thèmes, les attentes, les bus et objectifs et un processus stratégique pour la rédaction, l'édition, les corrections, la publication et les communications ont été développées en 2003 par des rencontres de planification et de suivis auxquelles ont participé les personnes suivantes ::

Membres du conseil d'administration :

Caroline Anawak
Bonny Ball
Mary Jo Bolton
France Daigle
Adrian Hill
Chris LaForge
Sheila Levy
Paul Links
Dave Masecar
Dick Ramsay
Sylvaine Raymond
Ian Ross
Gayle Vincent
Joan Wright

Autres:

Peggy Austen
Nada Barraclough
Kathey Foley
Allison Malcolm
Kari Nesbit
Tim Wall

Animation et direction: Dave Masecar

Idée originale du projet: Adrian Hill

Auteurs:

Paul Links
Dave Masecar
Dick Ramsey
Adrian Hill

Consultants:

Bonny Ball
Heather Fiske
Ian Ross

Éditeur:

Dr. Adrian Hill, LLB, LSM, Ph.D., Juris.D, ICADC

Soutien administratif et direction du projet:

Dave Masecar
Adrian Hill
Joan Wright

Mise en page:

Kim Suddes
Jolene Demyen

Droits:

Association canadienne pour la prévention du suicide, droits réservés.

Commentaires recueillis auprès de participants

Répondants de l'Alberta:

Ministères ou départements du gouvernement de l'Alberta

Fern L. Miller, Directeur de projets
Population Health Strategies
Alberta Health and Wellness (AH&W)

Cynthia Dunnigan, Directeur,
Cross Ministry & Intergovernmental Issues
Alberta Aboriginal Affairs & Northern Development

Paulette Rodziewicz, Directrice
Partnerships & Community Justice
Young Offender Branch
Alberta Justice/Solicitor General

Tom Wispinski, Directeur, Services provinciaux
Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission
(AADAC)

Mental Health Board (provincial health authority)

Otilia Berze, Manager
Research Program Development & Administration
Alberta Mental Health Board (AMHB)

Leann Meronek, Manager
Mental Health Promotion
Alberta Mental Health Board (AMHB)

Wendy Heffern, Quality Management Leader
Alberta Mental Health Board (AMHB)

Chris LaForge, Director
Suicide Prevention & Mental Health Promotion
Alberta Mental Health Board (AMHB)

Regional Health Authorities

Dee Hampel, Director, Mental Health
Peace Country Health

Di Vosburgh, Executive Director, Mental Health Services
David Thompson Health Region

Brenda Nelson, Regional Manager, Mental Health
East Central Health Region

Mary Wilson, Site Director,
Medicine Hat Regional Hospital
Palliser Health Region

George Fernhout, Manager, Mental Health
Aspen Regional Health Authority

Others:

Bonny Ball, Membre du conseil de ACPS

Dave Ball, Survivors Community

Dr. Heather Fiske,
Ontario Suicide Prevention Network,
Former CASP Board Member

Cheryl Hunt, B.Ed, MSc, Consultate
Centre for Addiction and Mental Health
Hamilton, Ontario

Diane Morin, Clinical Nurse Specialist, Psychiatry
Chaleur Regional Hospital
Bathurst, New Brunswick

Judy Leith
Canadian Mental Health Association
Calgary, Alberta

Dr. Barbara Yaffe, MD
Acting Medical Officer of Health
Toronto Public Health
Toronto, Ontario

Kyle Scanlon
Trans Programmes Coordinator
519 Church Street Community Centre
Toronto, Ontario

Jacquelyn Moffatt
Manager, Reproductive & Child Health
Injury Prevention
Sudbury and District Health Unit

Karol Karolak, P.Eng
Mississauga, Ontario

Nada Barraclough
CASP and OSPN Editor

Linda White
Armée du salut

Dave Masecar

Prof. Thorana Nelson
Université de l'Utah

Dr. David Satcher
Surgeon General(Retired), U.S.A.

Rabbi Ben Golmberg
New York City, U.S.A.

Cindy Rose, RN, BScN
Mental Health Nurse
Toronto Public Health
Toronto, Ontario

Sandra A. Nicholas
Executive Director, Help Line
213 Bedford Highway
Halifax, NS B3M 2J9

Linda Thorpe
Supervisor, Crisis Intervention Unit
RCMP North Vancouver
147 East 14th Street
North Vancouver, BC V7L 2N4

John Starzynski
Volunteer Executive Director
The Ontario Bar Assistance Program

II. Dédicace

Nous sommes l'Association canadienne pour la prévention du suicide, son conseil exécutif et son conseil d'administration, ses membres, ses amis et ses partenaires. Nous sommes des Canadiens et des Canadiennes qui voulons réduire le suicide et ses conséquences. Nous voulons rompre le silence. Nous voulons diminuer la souffrance pour aider nos communautés et nos voisinages, comme nous avons été aidés nous-mêmes. Nous avons vécu des pertes. Parmi nous, nous avons perdu des enfants, des parents, des membres de notre famille, des voisins, des amis, des patients. Nous voulons arrêter le silence et prévenir que d'autres expérimentent une telle perte.

*Pourquoi un petit groupe de personnes motivées croient
qu'en travaillant ensemble, nous pouvons changer le monde?
Parce qu'à travers l'histoire, c'est la seule façon de faire*

Cet avant-projet de l'ACPS pour une stratégie canadienne pour la prévention du suicide est issue de la recherche, des études, de notre connaissance et de notre expertise. Plus important, elle reflète notre expérience, notre force et notre espoir. Ce document est dédié à la mémoire de ceux que nous aimons et qui sont décédés par suicide : pour ma mère, pour votre enfant, pour vos parents, pour votre ami, pour votre voisin, pour votre famille. Cette dédicace est le reflet de notre croyance que nous pouvons guérir et aider notre pays et nos communautés à diminuer la souffrance et prévenir le suicide.

III. Introduction

Stratégie nationale pour le Canada

Regrouper, auprès de l'ACPS et des autres intervenants intéressés, l'ensemble des collectivités, des paliers gouvernementaux, des organisations et des ressources du Canada de manière que tout le monde puisse travailler efficacement à la prévention des décès par suicide et aussi aider, sensibiliser et réconforter ceux qui ont été touchés par des comportements suicidaires.

Le suicide est le triomphe de la douleur, de la peur et de l'échec au détriment de l'espoir

Le suicide est plus souvent le résultat de la douleur, du désespoir et de la détresse.

Il est presque toujours possible d'empêcher un suicide en présence des soins, de la compassion et de l'engagement coulés dans la collectivité.

Suicide au Canada

Au cours des trois dernières décennies, plus de 100 000 Canadiens et Canadiennes sont décédés par suicide. Ces décès sont ceux de nos enfants et de nos parents, d'autres membres de notre famille, de nos amis, de nos voisins et de personnes de tous les groupes socioéconomiques ou ethniques, de tous les âges, de toutes les cultures et des deux sexes. Dans notre société, nul ne peut s'y soustraire. Le suicide nous touche tous. Il demeure un des problèmes de santé publique les plus graves au Canada.

Depuis trop longtemps, les discussions sur le suicide se font dans le secret alors que toutes sortes de stigmas et de tabous y sont associés. En raison de notre silence et alimentée par nos peurs, l'ignorance a été à l'origine de bien des souffrances. Il est temps de briser ce silence. Nous devons tous être prêts à apprendre. Nous devons tous être prêts à nous faire montrer des choses et à prendre des mesures pour empêcher les suicides ainsi que pour réconforter les gens qui souffrent.

Le suicide est un problème complexe qui met en cause des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et spirituels. Il est impossible de dégager la vérité absolue à partir d'un seul de ces facteurs, mais ensemble, ils permettent d'approfondir nos connaissances. Nous savons que les personnes à risque éprouvent une douleur émotionnelle intense. Elles ne veulent pas nécessairement mourir, mais elles souhaitent obtenir de l'aide afin de réduire cette douleur de manière à pouvoir mener une vie remplie et productive.

Malheureusement, lorsque quelqu'un meurt par suicide, la douleur, loin de disparaître, ne fait que se propager aux membres de la famille, aux amis et à l'ensemble de la collectivité. Compassion, compréhension et soutien sont nécessaires afin de réduire au minimum les répercussions du suicide sur les endeuillés. Nombreux sont les pays qui ont élaboré ou qui travaillent à l'élaboration de stratégies nationales visant à réduire le nombre de suicides et leurs conséquences. C'est maintenant au tour du Canada.

Les rédacteurs de cet avant-projet espèrent de la collaboration, de l'enthousiasme et du financement de la part de tous les paliers gouvernementaux, en fait, de tous les segments de la société canadienne. Ils souhaitent que le gouvernement fédéral prenne la tête d'un mouvement national en vue de la mise en application de la *stratégie en matière de modes de vie sains de Santé Canada* et qu'il se chargera de la mise en œuvre fructueuse du présent *avant-projet de l'ACPS pour une stratégie nationale canadienne de prévention du suicide*.

Cet avant-projet permet tout d'abord de présenter les principes directeurs servant à l'élaboration d'une stratégie nationale. Les buts et objectifs d'une telle stratégie sont présentés, puis justifiés. L'avant-projet a été mis au point par l'Association canadienne pour la prévention du suicide. Son objet est d'orienter l'élaboration et l'adoption d'une stratégie nationale de prévention du suicide pour le Canada. Nous vous demandons de prendre le temps de lire ce document, de le montrer à d'autres, puis de nous aider à en tirer une véritable stratégie pour l'ensemble des Canadiens et Canadiennes.

Principes directeurs

Le Canada possède l'expérience, les connaissances et les compétences nécessaires pour prévenir le suicide dans des conditions réalistes permettant de sauver de nombreuses vies. Grâce à un engagement à l'échelle du pays ainsi qu'à une volonté exprimée par la voie d'une stratégie visant à réduire le nombre de suicides et leurs conséquences, les Canadiens et les Canadiennes peuvent progresser ensemble dans cette direction.

Des communautés en crise

Chaque année au Canada, environ 4 000 personnes s'enlèvent la vie. Le suicide demeure une des principales causes de décès chez les hommes, les femmes et les jeunes gens. Dans chaque famille, dans chaque collectivité, les répercussions d'un décès par suicide sont à la fois douloureuses, tragiques, profondes et étendues.

Est-il possible d'empêcher un suicide?

L'expérience nous enseigne que nombre de suicides peuvent être évités. Le suicide est la résultante de la douleur, de la peur, du désespoir et de la détresse au détriment de l'espoir. Il est presque toujours possible de prévenir un suicide à partir des connaissances, des soins, de la compassion et de l'engagement voulus dans la communauté. La plupart des pays développés ont adopté des stratégies de prévention du suicide, souvent en ayant recours à des compétences canadiennes afin d'en orienter l'élaboration et la mise en œuvre. C'est maintenant le temps pour les Canadiens et Canadiennes, en collaboration avec les divers paliers gouvernementaux, de créer une stratégie nationale de prévention du suicide.

C'est à nous, en notre qualité de peuple et de nation regroupant des collectivités diverses, qu'il incombe de faire ce qu'il faut en matière de prévention du suicide, d'intervention et de soutien aux endeuillés. Les principes suivants ont servi de balises à cet avant-projet.

1. La prévention du suicide est la responsabilité de tous.
2. Les Canadiens et les Canadiennes respectent la société multiculturelle où ils évoluent et ils acceptent les responsabilités qui leur incombent pour assurer la dignité de la vie humaine.
3. Le suicide est le résultat d'une interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et spirituels, parfois sous l'influence de conditions ou d'attitudes sociétales.
4. Au-delà de l'aspect humain et des dimensions de la bienveillance, de l'efficacité et des soins à apporter, les stratégies adoptées devraient être :
 - a. fondées sur des faits;
 - b. actives et compétentes;
 - c. respectueuses du milieu communautaire et culturel;
 - d. légitimées par des recherches, du dépistage, des évaluations et des rapports;
 - e. présentées comme le reflet de l'évolution des connaissances et des pratiques en cours.
5. Il est possible d'empêcher nombre de suicides à partir des connaissances, des soins, de la compassion et de l'engagement voulus dans la collectivité.

V. BUTS ET OBJECTIFS

(A) Sensibilisation et compréhension

1^{er} but – Sensibiliser davantage les Canadiens et les Canadiennes de partout au pays au fait que le suicide est notre problème à tous et qu’il est possible d’empêcher cet acte.

Objectifs

- 1.1 Coordonner une campagne de sensibilisation publique dans chaque province, territoire, région et collectivité, en visant le plus grand nombre de personnes possible et des populations cibles.
- 1.2 Améliorer et élargir chaque année un congrès sur la prévention du suicide conçu de manière à favoriser la collaboration avec les parties intéressées au sujet des stratégies à adopter, pour les diverses disciplines touchées et le grand public.
- 1.3 Organiser des forums nationaux sur des populations cibles particulières et des questions précises selon les besoins (p. ex., formation des médecins au sujet de l’évaluation des risques).
- 1.4 Augmenter le nombre d’établissements publics et privés ainsi que d’organisations bénévoles qui œuvrent dans le domaine de la prévention du suicide.
- 1.5 Créer une semaine nationale de prévention du suicide qui coïncide avec la Journée internationale de sensibilisation au suicide.
- 1.6 Accroître la sensibilisation et le soutien pour les personnes qui souffrent ou qui ont vécues un traumatisme

2^e but – Développer une approche globale un pour les activités d’intervention et de prévention du suicide.

Objectifs

- 2.1 S’assurer de la participation des instances gouvernementales ainsi que des secteurs privés et publics pour l’adoption, et sa mise en œuvre.
- 2.2 Augmenter le nombre de groupes de spécialistes, de bénévoles et autres à l’échelle nationale qui intègrent des activités de prévention du suicide dans le contexte des programmes qu’ils proposent ainsi que des efforts qu’ils déploient.
- 2.3 Identifier et accroître le nombre d’activités de promotion de la prévention du suicide à l’échelle communautaire, provinciale, territoriale et nationale.

3^e but – Élaborer et mettre en œuvre une stratégie visant à réduire les stigmas associés à la prévention du suicide, à l’intervention et au soutien aux endeuillés.

Objectifs

- 3.1 Augmenter la proportion du grand public qui accorde de l’importance à la santé mentale, physique, sociale, spirituelle et holistique.
- 3.2 Améliorer la compréhension du grand public au sujet du caractère fondamental des services de santé mentale, de toxicomanie et de prévention du suicide, éléments essentiels des soins de la santé.
- 3.3 Améliorer la compréhension du grand public au sujet de l’importance de rompre le silence entourant le suicide de manière à profiter d’un plus grand nombre de possibilités visant à sauver des vies et à réduire la souffrance.

4^e but – Élargir les connaissances des médias sur la question du suicide.

Objectifs

- 4.1 Élaborer des programmes de formation ainsi que des trousseaux à l'intention des médias afin qu'ils connaissent mieux la question du suicide et qu'ils y soient davantage sensibilisés.
- 4.2 Améliorer la façon de rendre compte des comportements suicidaires et de les décrire, quels que soient les médias.
- 4.3 Créer des prix communautaires, provinciaux, territoriaux et nationaux, pour souligner l'excellence de certains reportages dans les médias
- 4.4 Élaborer et distribuer, dans chaque région, un code de déontologie à l'intention de tous les médias sur la question du suicide.

(B) Prévention et intervention

1^{er} but – Élaborer, mettre en œuvre et assurer le soutien de programmes de prévention du suicide à l'échelle communautaire, en tenant compte de la diversité culturelle et autre aux niveaux local, provincial, territorial et national.

Objectifs

- 1.1 Adopter des stratégies distinctes pour les Inuit, les Premières Nations, les Métis et tous les peuples autochtones.
- 1.2 Adopter des stratégies distinctes pour :
 - les personnes dépressives ou présentant d'autres troubles de l'humeur, ayant une maladie mentale, affichant des antécédents de comportements suicidaires ou ayant commis de multiples actes suicidaires;
 - les gais, lesbiennes, bisexuels, transgendéristes, transsexuels, intersexués et personnes à double personnalité.
- 1.3 Adopter des stratégies distinctes pour des autres groupes avec risque élevé
- 1.4 Adopter des stratégies au niveau du gouvernement du Canada ainsi qu'au niveau de chaque province, territoire, région et collectivité au pays.
- 1.5 Adopter des stratégies en vue de l'adoption de certains paramètres pour :
 - quiconque fournit des services aux jeunes, aux familles et à la collectivité;
 - les conseils scolaires et les associations d'écoles privées, les collèges et les universités;
 - les employeurs;
 - les établissements correctionnels;
 - quiconque fournit des services aux personnes âgées, à domicile ou dans la communauté;
 - les personnes handicapées;
 - les militaires, les policiers et les membres d'équipes d'intervention en cas d'urgence;
 - les spécialistes de la santé mentale, le personnel médical et les autres soignants.
- 1.6 Mettre sur pied des centres de formation et de ressources techniques afin que les collectivités, les régions, les provinces et les territoires soient mieux en mesure de mettre en œuvre des programmes de prévention du suicide, puis de les évaluer.
- 1.7 Adopter un calendrier de travail, un échéancier et des dates limites afin que ces objectifs soient mis en œuvre dans chaque collectivité, région, province et territoire ainsi que par le gouvernement du Canada.

2^e but – Restreindre l’accessibilité aux moyens et leur degré de létalité.

Objectifs

- 2.1 Augmenter la proportion d’intervenants, en première ligne ou autres, ainsi que de représentants en santé ou sécurité qui évaluent régulièrement la présence de moyens pouvant entraîner la mort (y compris les armes à feu, les médicaments et les poisons) à la maison, puis qui sont en mesure de donner des conseils au sujet des mesures à prendre afin de réduire les risques associés.
- 2.2 Informer le grand public quant à la façon de réduire l’accès aux moyens pouvant entraîner la mort.
- 2.3 Favoriser l’élaboration et l’utilisation d’une technologie visant à réduire le degré de létalité des moyens pouvant entraîner la mort (p. ex., mécanismes de verrouillage des armes à feu, commandes d’interruption des émissions de gaz carbonique, barrières sur les ponts, etc.).
- 2.4 Informer le grand public quant aux risques précis de blessures et de décès par suicide dans tous les cas où une arme à feu est présente à la maison ou autrement disponible.
- 2.5 Plaider la cause du besoin de lois à l’appui de ces objectifs.

3^e but – Étendre la formation visant à reconnaître les facteurs de risque, les signes précurseurs ou les comportements et celle visant à permettre des interventions efficaces par des intervenants clés, bénévoles et spécialistes.

Objectifs

- 3.1 Augmenter le nombre de groupes de spécialistes en formation ou en gestion des risques de suicide, du repérage des facteurs de protection et de leur promotion.
- 3.2 Augmenter le nombre d’employeurs en formation ou en gestion des risques de suicide, du repérage des facteurs de protection et de leur promotion.
- 3.3 Élargir les activités en formation ou en gestion des risques de suicide, du repérage des facteurs de protection et de leur promotion dans les écoles, à l’intérieur des systèmes d’éducation et pour :
 - les employeurs et quiconque fournit des services aux jeunes, aux familles et à la collectivité;
 - les conseils scolaires et les associations d’écoles privées, les collèges et les universités;
 - les établissements correctionnels;
 - quiconque fournit des services aux personnes âgées, à domicile ou au niveau communautaire;
 - les personnes avec handicap;
 - les militaires, policiers et membres d’équipes d’intervention en cas d’urgence;
 - les spécialistes de la santé mentale, le personnel médical et les autres soignants.

4^e but – Élaborer et faire la promotion de pratiques professionnelles et clinique (stratégies prometteuses ou normes en matière de soins) servant au soutien des clients, des familles et des collectivités.

Objectifs

- 4.1 Accroître le nombre de personnes traitées pour comportements autodestructeurs dans les hôpitaux qui, par la suite, obtiennent des soins de santé mentale ou qui profitent d'un programme de soins permanents.
- 4.2 Adopter des lignes directrices en vue de l'évaluation des comportements suicidaires chez les personnes qui obtiennent des soins de santé de première ligne, aux urgences et dans les établissements de soins psychiatriques ou spécialisés en toxicomanie.
- 4.3 Adopter des lignes directrices en vue de l'évaluation des comportements suicidaires quel que soit l'âge de la personne (enfants, jeunes gens, adultes ou personnes âgées).
- 4.4 Adopter des lignes directrices en vue de la formation ainsi que pour le soutien des membres de la famille ou du conjoint de personnes qui obtiennent des soins de santé mentale ou en toxicomanie.
- 4.5 Accroître le nombre d'activités de diffusion externe à l'intention des personnes présentant des comportements suicidaires.
- 4.6 Faire la promotion de l'élaboration de stratégies régionales ou provinciales pour l'offre et l'accessibilité de services.

5^e but – Améliorer l'accès et l'intégration en favorisant des liens étroits entre les différents éléments à l'intérieur du continuum soins – services – familles.

Objectifs

- 5.1 Assurer le suivi à l'intérieur d'un délai de sept jours d'un congé accordé ou d'une autre étape de transition pour toute personne qui obtient des soins et qui présente un risque élevé ou encore qui souffre d'une grave maladie mentale ou qui a eu des comportements suicidaires au cours des trois mois qui ont précédé.
- 5.2 Élaborer des programmes de soins individualisés afin de préciser les mesures à prendre si une personne qui présente un risque élevé, qui souffre d'une grave maladie mentale ou qui a eu des comportements autodestructeurs au cours des trois mois qui ont précédé ne participe pas aux activités de suivi prévues ni ne profite des soins subséquents envisagés ou encore n'est pas en mesure de se plier au plan de soins qui avait été conçu à l'origine.
- 5.3 Adopter des lignes directrices et des protocoles en vue de la recherche active de la collaboration des familles ou des amis ainsi que du respect de leurs efforts en ce sens.
- 5.4 Étudier, puis réformer, les lois sur les soins en santé mentale afin de faciliter une participation appropriée de membres de la famille et de la collectivité pour les soins subséquents.

6^e but – Établir les priorités pour les interventions et les services à offrir aux groupes présentant un risque élevé selon les conditions particulières qui prévalent à l'échelle locale, régionale, provinciale ou territoriale.

Objectifs

6.1 Accroître le nombre de personnes présentant des maladies ou des troubles mentaux dont le diagnostic est approprié et qui profitent des soins voulus.

6.2 Élaborer, pour ensuite en faire la promotion, des interventions et services coordonnés à l'intention des personnes souffrant de maladies ou de troubles mentaux, éprouvant des problèmes de toxicomanie ou présentant un diagnostic mixte.

6.3 Élaborer, pour ensuite en faire la promotion, des interventions et services coordonnés à l'intention des personnes en grande détresse comme cela pourrait par exemple être le cas de gais, lesbiennes, bisexuels, transgendéristes, intersexués et personnes à double personnalité.

7^e but – Accroître le soutien en situation de crise.

Objectifs

7.1 Accroître le nombre et élargir la formation des fournisseurs de services ou de programmes à l'intention des personnes présentant des comportements suicidaires.

7.2 Améliorer et étendre les réseaux de soutien ainsi que d'intervention en cas de crise, en prévoyant des normes d'agrément qui répondent aux besoins de chaque collectivité.

7.3 Mettre sur pied un programme d'accréditation pan-canadien pour les centres d'intervention en cas de crise.

7.4 Créer un réseau national de lignes d'écoute téléphonique reliant toutes les lignes existantes et procurant des services là où il n'en existe pas.

7.5 Relier toutes les lignes communautaires « accréditées » de partout au pays dans le contexte d'un système d'accès unique à trois chiffres (N11). Quiconque composerait ce numéro pourrait joindre, 24 heures sur 24 et sept jours sur sept, des bénévoles parfaitement formés et jouissant de l'appui de spécialistes des interventions pour obtenir le soutien émotif requis.

7.6 Façonner une base de données nationale sur les ressources d'intervention en cas de crise à laquelle tous les centres et toutes les lignes d'écoute téléphonique auraient accès.

7.7 Élaborer et mettre en œuvre des structures de soutien à l'intention des familles vivant avec des personnes suicidaires, tout en reconnaissant leur rôle comme soignants et membres à part entière de l'équipe de soins.

8^e but – Élargir le soutien et les services proposés aux endeuillés à la suite d'un suicide.

Objectifs

8.1 Accroître le nombre de services de soutien, à court et à plus long termes, qui sont proposés aux proches d'une personne qui s'est suicidée.

8.2 Adopter des normes de compétences et de soins pour quiconque travaille auprès des endeuillés (à la suite d'un suicide).

8.3 Concevoir des modules d'apprentissage à l'intention des intervenants en première ligne au sujet des avis de décès, des systèmes communautaires de soutien et des soins subséquents.

8.4 Adopter des lignes directrices et constituer des trousse d'information à l'intention des entrepreneurs de pompes funèbres, des églises, des écoles ainsi que des autres ressources communautaires afin d'améliorer le soutien et les services proposés aux endeuillés à la suite d'un suicide.

9^e but – Accroître le nombre d’activités en prévention primaire.

Objectifs

9.1 Augmenter le nombre de programmes faisant la promotion de la résilience psychologique et des facteurs de protection.

9.2 Étendre liens et réseaux entre les programmes d’intervention ou de prévention du suicide, les services et les associations qui, dans le contexte de tels programmes, font la promotion du bien être de la collectivité, de la santé publique et de la prévention des blessures.

(C) Perfectionnement et transfert des connaissances

1^{er} but – Améliorer et élargir les systèmes de surveillance.

Objectif

1.1 Produire des normes et protocoles uniformes en vue de la collecte de données sur les suicides, les tentatives de suicide et les idées suicidaires.

1.2 Mettre au point des normes à l’intention des coroners afin de les aider à établir avec précision et à faire état de la *cause du décès*.

2^e but – Faire la promotion de l’élaboration d’outils d’évaluation et appuyer les efforts déployés en ce sens.

Objectifs

2.1 Élaborer et utiliser davantage de protocoles normalisés pour l’évaluation de programmes.

2.2 Créer des liens de plus en plus solides entre endeuillés, ressources communautaires et chercheurs afin de faciliter l’obtention ainsi que le transfert de connaissances.

3^e but – Promouvoir et développer la recherche sur le suicide.

Objectifs

3.1 Produire davantage d’études ainsi que de rapports sur les risques et les facteurs de protection des personnes, des familles, des collectivités et de la société.

3.2 Adopter la recommandation tirée du programme national de recherche sur le suicide des Instituts de recherche en santé du Canada (février 2003), dans lequel ont été cernés six grands thèmes d’enquêtes permanentes.

4^e but – Accroître la diffusion de résultats de recherche et le transfert des connaissances.

Objectifs

4.1 Accroître le nombre d’occasions (revues scientifiques, congrès, ateliers ou séances de formation) en vue de la diffusion de données et du transfert de connaissances découlant d’activités de surveillance, d’évaluation et de recherche.

4.2 Créer une base de données à l’échelle nationale où seront versés les résultats des travaux de recherche sur le suicide.

(D) Financement et soutien

1^{er} but – Augmenter le financement et le soutien pour toutes les activités liées à la stratégie pan-canadienne.

Objectifs

1.1 Proposer les ressources financières appropriées au grand public et dans le secteur privé, à tous les paliers du gouvernement et aux niveaux d'organisations, d'entreprises et d'établissements variés, en vue de l'atteinte, dans les trois ans, des buts et objectifs visés à l'intérieur de la stratégie pan-canadienne.

1.2 Soutenir les différentes causes qui permettront l'atteinte des buts et objectifs énoncés plus haut.

1.3 Adopter un calendrier de travail, un échéancier et des dates limites afin que ces objectifs soient mis en œuvre, dans les secteurs public et privé, à tous les paliers du gouvernement et dans des organisations, entreprises et établissements variés.

1.4 Accorder la priorité aux projets et aux stratégies qui respectent au plus près les lignes directrices, buts et objectifs présentés dans cet avant-projet.

2^e but – Assurer l'accès aux services appropriés par tous les Canadiens et Canadiennes, dans l'esprit de la *Loi canadienne sur la santé*.

Annexe 1

Justification

Le premier rapport sur la violence et la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), publié en octobre 2002, indique que le suicide est, parmi tous les types de décès violent, celui qui est à l'origine du plus grand nombre de morts sur la planète, plus que les guerres et les homicides réunis. Il précise que le suicide, en tant que l'une des principales causes de décès à l'échelle mondiale, constitue un important problème de santé publique. Des 82 pays qui produisent des statistiques sur le suicide et les présentent à l'OMS, le Canada arrive au 26^e rang, soit dans le tiers supérieur, pour ce qui est du taux de mortalité à cet égard. Le gouvernement canadien sait depuis près de deux décennies que le suicide est un problème communautaire de taille, ayant publié le rapport d'un groupe de travail national sur cette question qui a fait date en 1987 et qui a été entièrement mis à jour en 1994. Un comportement suicidaire est un geste, non pas une maladie, qui a des conséquences mortelles. La cause d'un tel comportement peut avoir de multiples facettes. Les actes suicidaires (entraînant des conséquences mortelles ou non) doivent être examinés dans le contexte de questions de santé mentale et d'autres facteurs de risque, qu'il s'agisse par exemple d'isolement social, de vulnérabilité biologique, de traumatismes et de stress, de violence familiale, de maladie et de toxicomanie, qui interagissent tous à des niveaux bio-psychologiques complexes. Les collectivités autochtones, en particulier, comprennent que le problème ne se limite pas aux seules personnes touchées et qu'il faut tenir compte d'une multitude de facteurs, individuels, bien sûr, mais aussi d'application plus large à l'échelle communautaire.

La nature tragique et complexe d'un acte suicidaire est à l'origine d'une succession de conséquences traumatisantes, tant pour la victime que pour ses proches. Le décès d'une personne touche ses parents, ses enfants, ses frères et ses sœurs, ses grands-parents et le reste de sa famille, ses amis, ses professeurs, ses collègues et quiconque la connaît. Même s'il existe des comptes rendus descriptifs en termes généraux, les équipes de recherche, au pays comme à l'étranger, ne se sont pas penchées suffisamment sur l'étude des incidences du suicide dans le contexte du bien être des endeuillés.

En général, le suicide est perçu comme pouvant être évité et dont les causes regroupent divers facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux. Il faut mieux comprendre la nature du suicide et une stratégie nationale visant à produire une politique, à mobiliser des services et à modifier les attitudes du public, sur cette question en particulier et sur celle de la prévention, sera nécessaire de manière à pouvoir réduire les incidences de ce problème sur les Canadiens et les Canadiennes. Une stratégie nationale exige la participation d'un large éventail de personnes et d'organisations, des secteurs public et privé, dans un même esprit de prévention grâce à la coordination et à l'élaboration de services appropriés dans des collectivités d'un bout à l'autre du pays.

Pourquoi le Canada devrait-il pousser un avant-projet national sur la prévention du suicide?

Parce que nous devons faire mieux. En travaillant ensemble, nous ferons mieux. Nombre de Canadiens et Canadiennes ont beaucoup fait, dans de nombreux domaines et à bien des égards, mais il n'existe aucun véhicule nous permettant d'exprimer notre volonté collective à déployer des efforts, à les conjuguer et à améliorer la situation en tirant profit de l'expérience de tous.

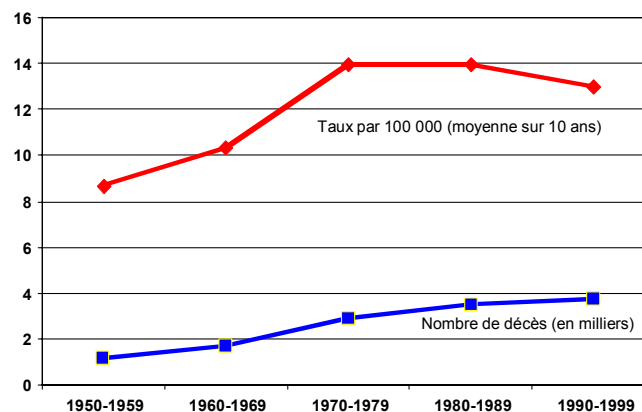
1. Le taux de suicide au Canada est plus élevé que dans nombre d'autres pays industrialisés.

Le taux canadien se situe au milieu du peloton pour l'ensemble des pays du monde et dans le tiers supérieur pour les pays qui présentent des statistiques à cet égard à l'OMS. Il est passé d'une moyenne de 7,4 suicides par 100 000 personnes dans les années 1950 à une moyenne de 12,9 suicides par 100 000 personnes dans les années 1990, soit une augmentation de 73 %. Le taux a beaucoup augmenté des années 1960 aux années 1970, mais il est demeuré relativement stable au cours des deux décennies qui ont suivies. Les rapports produits par l'OMS indiquent que le taux de suicide chez les jeunes Canadiens et Canadiennes est le troisième plus élevé parmi les pays industrialisés du monde. Davantage de jeunes Canadiens et Canadiennes meurent à la suite d'un suicide qu'en raison de maladie ou autres formes de blessures.

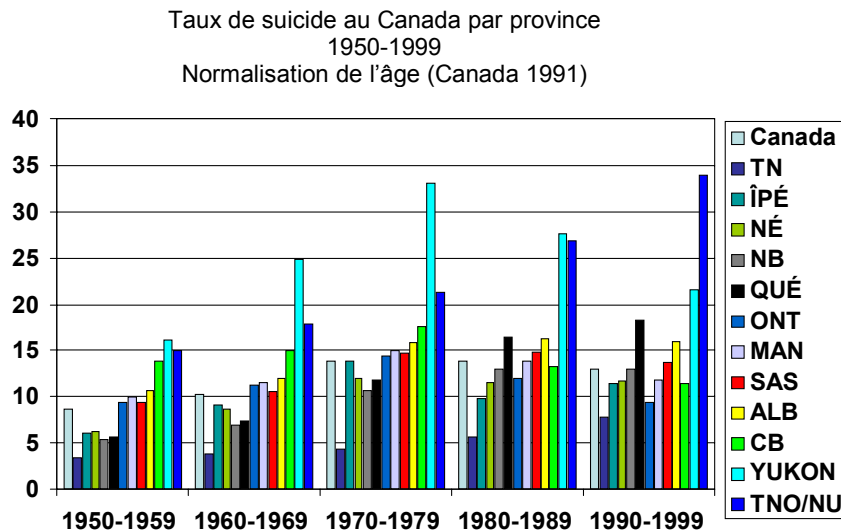
2. Plus de 4 000 Canadiens et Canadiennes s'enlèvent la vie chaque année.

La population canadienne a augmenté à un rythme régulier, de moins de 14 millions d'habitants en 1950 à un peu plus de 30 millions en 1999, un accroissement total de 122 %. Par contre, le nombre de suicide a plus que triplé pendant cette même période, passant d'un peu plus de 1 000 à au-delà de 4 000. Quant aux taux de suicide standardisés en fonction de la population, ils ont augmenté de presque de 50 %, passant de 8,9 suicides par 100 000 personnes en 1950 à 13,13 suicides par 100 000 personnes en 1999. La hausse moyenne la plus importante pour une période de dix ans a été enregistrée des années 1960 aux années 1970, puis les choses se sont stabilisées pendant les années 1980 pour ensuite entreprendre une légère descente au cours de la décennie suivante. Il faut que cette tendance se poursuive et se maintienne.

Taux de suicide et décès par suicide au Canada
Toutes catégories d'âges confondues – 1950-1999
Normalisation de l'âge (Canada 1991)



Plus de 10 Canadiens et Canadiennes s'enlèvent la vie chaque jour en tenant compte de rapports sur la mortalité, qui varient d'une province à une autre, le nombre total de décès par suicide au Canada est bien supérieur à 4 000, soit 2 % de toutes les morts enregistrées au pays. Chaque jour, le Canada perd 11 de ses habitants en raison d'un suicide et il s'agit ici d'un chiffre qui a été quasiment prévisible tout au long des années 1990 ainsi qu'au début de la décennie suivante.



Les données sur le suicide de Statistique Canada remontent à 1924, mais elles sont demeurées incomplètes jusqu'à 1956 alors que les données pour les territoires y ont été greffées. Chez les femmes, les taux de suicide entre 1924 et 1950 ont fluctué entre 4,8 et 7,0 par 100 000 personnes, ce qui est très semblable aux taux actuels. Pendant ce temps, les taux chez les hommes étaient à leur plus haut pendant les années 1920, alors qu'ils ont atteint 24,0 par 100 000 personnes, tandis que la Seconde Guerre mondiale les a vus décroître jusqu'à 15,0 par 100 000 personnes. À la fin des années 1990, les taux se rapprochaient à nouveau de 20,0 suicides par 100 000 personnes.

Le suicide est une préoccupation importante chez les Inuit et les Premières nations. En 1997, les taux standardisés en fonction de l'âge au Manitoba, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique étaient près de trois fois supérieurs à ceux pour l'ensemble de la population canadienne. Les taux de suicide dans les différentes régions où vivent des Inuit sont de deux à six fois supérieurs à la moyenne nationale. Ces taux ont atteint 82 décès par 100 000 personnes au Nunavik, 77 au Nunavut et 30 au Labrador alors que le taux de comparaison pour le Canada dans son ensemble s'établit à 13 suicides par 100 000 personnes.

3. Plus de 400 000 Canadiens et Canadiennes font une tentative de suicide chaque année.

Des travaux de recherche indiquent que les taux de tentatives de suicide, qui comprennent les tentatives de suicide graves, peuvent être de 100 fois supérieurs aux taux de décès par suicide. De tels comportements peuvent, dans un grand nombre de cas, être attribués à des niveaux accrus de stress et résulter de problèmes de santé mentale qui sont évidents dans la société où nous vivons (Bland, Newman et Dyck, 1994; Kerkhof et coll., 1994). Même s'il est difficile d'en arriver à des données précises pour le nombre de tentatives de suicide au pays, un examen des autorisations de congé accordées par les hôpitaux donne une idée de l'amplitude du problème. En 1998-1999, les hôpitaux ont accordé 22 887 congés à la suite d'une tentative de suicide ou de blessures auto-infligées intentionnellement, soit près de 6 fois le nombre de décès par suicide. Dans environ 9 % des cas, les personnes à qui on avait ainsi accordé leur congé de l'hôpital avaient déjà fait une tentative auparavant au cours de la même année et de ce nombre, 23 % avaient obtenu un congé à la suite d'au moins trois tentatives de suicide. Des données récentes

(2002) à l'échelle nationale, obtenues à la suite d'une enquête sur la santé, montrent que dans une proportion de 3,7 %, les Canadiens et les Canadiennes de plus de 15 ans avaient eu des pensées suicidaires dans les 12 mois précédents.

4. Plus de 2 800 000 Canadiens et Canadiennes sont touchés par des comportements suicidaires chaque année.

En se fondant sur des estimations prudentes à l'effet que 7 personnes sont touchées de près pour chaque décès par suicide enregistré et chaque fois que quelqu'un s'inflige des dommages corporels intentionnellement, le total des personnes ainsi touchées année après année s'élève à plus de 2,8 millions de Canadiens et Canadiennes.

Le suicide et les dommages corporels auto-infligés touchent tout le monde, qu'il s'agisse des membres de la famille, des amis, des confrères de classe, des collègues de travail ou du système de soins de santé, en plus d'accroître les niveaux de stress dans la société.

5. Le suicide est une des principales causes de décès chez les Canadiens et les Canadiennes de 10 à 49 ans.

En 1995, le suicide était la principale cause de décès chez les garçons et les hommes de 10 à 49 ans au Canada. Venaient ensuite le cancer, les accidents de la route et le SIDA. À la fin des années 1990, il s'agissait de la principale cause de décès chez les hommes de 25 à 29 ans et de 40 à 44 ans ainsi que chez les femmes de 30 à 34 ans. Dans le cas des jeunes gens de 10 à 24 ans, quel que soit leur sexe, le suicide arrivait au deuxième rang, derrière les accidents de la route. Pour ce qui est des jeunes gens des Premières nations entre 10 et 19 ans, le suicide était le principal fléau les affligeant, représentant 38 % de tous les décès dans cette catégorie d'âges. Les accidents de la route comptaient pour 30% des décès de ce même groupe.

À l'aube d'un nouveau siècle, le suicide ne le cède qu'au cancer et aux maladies du cœur pour ce qui est du nombre d'années de vie pouvant être perdues par les hommes à la suite d'un décès. Du côté des femmes, les accidents de la route le précèdent aussi à ce chapitre. Par groupe de 100 000 hommes, en tenant compte du nombre d'années de vie pouvant être perdues, le suicide vient au deuxième rang (725), après les blessures non intentionnelles (1 036). Chez les femmes, il vient au quatrième rang (179), après les blessures non intentionnelles (375), le cancer du poumon (344) et le cancer du sein (339).

En 1999, parmi les Premières Nations, les années de vie pouvant ainsi être perdues ont été supérieures à celles pour tous les cancers réunis et de 50 % plus élevées à celles pour l'ensemble des maladies du système circulatoire. Comparativement, elles ont été égales au triple de celles pour la communauté canadienne en général. Toujours parmi les Premières Nations (sur les réserves), le suicide est alors arrivé au deuxième rang (1 495) pour le nombre d'années de vie pouvant être perdues par 100 000 personnes, derrière les blessures non intentionnelles (3 218). Pendant cette même année, au Nunavut, où les Inuit constituent 85 % de la population, à l'égard de cette même statistique, le suicide (3 619) a devancé les blessures non intentionnelles (2 827).

Au Canada, les parents se retrouvent principalement dans le groupe des 25 à 50 ans. Ce groupe présente un des taux de comportements suicidaires les plus élevés. Les dérangements familiaux découlant d'un suicide peuvent être à l'origine d'un large éventail de problèmes sociaux et financiers, lesquels peuvent se transformer à leur tour en d'autres décès et en d'autres comportements antisociaux.

6. Le suicide est la deuxième cause de décès chez les jeunes de 10 à 24 ans au Canada.

Les blessures mortelles attribuables à des tentatives de suicide suivent de près celles conséquentes à des accidents de la route, qui est la cause de décès la plus probable chez les jeunes Canadiens et Canadiennes. Alors que le nombre de décès à la suite d'accidents de la route est en baisse depuis plusieurs années, les taux de suicide chez les jeunes de 10 à 19 ans ont augmenté, mais il faut aussi dire que ceux pour la catégorie des 20 à 24 ans ont diminué de 10 % entre 1990 et 1999.

7. Les hommes sont plus nombreux à décéder par suicide mais les femmes font plus de tentatives.

Depuis les années 1950, les taux de suicide chez les hommes au Canada ont été au moins de 3 fois supérieurs à ceux chez les femmes, même de 4 fois au cours des années 1990 avant de revenir à 3,5 fois en 2001, en raison d'un nombre de décès moindre (2 869) chez les hommes et d'une légère augmentation des suicides (819) chez les femmes. Les taux de suicide par 100 000 hommes ont augmenté constamment du milieu des années 1950 jusqu'aux années 1960, passant de 12,8 à 18,0 pendant cet intervalle, puis il y a eu nouvelle augmentation pendant les années 1970 jusqu'à 22,0. Un sommet de 23,0 a été atteint en 1983 avant régression du taux jusqu'à 19,7 en 1990 et nouvelle augmentation jusqu'à 21,0 en 1999. La pendaison et l'utilisation d'armes à feu étant les deux modes privilégiés par les hommes qui se suicident, la possibilité d'empêcher le décès est plus mince en raison de l'irréversibilité de ces méthodes.

Les femmes présentent elles aussi un risque élevé au niveau des actes suicidaires, mais les méthodes utilisées au moment des tentatives sont souvent moins létales et les probabilités de survie sont plus grandes. Médicaments, poisons et gaz étant favorisés, les possibilités d'une intervention médicale fructueuse sont meilleures. En 1950, le taux de suicide par 100 000 femmes était de 4,0; il a atteint un sommet de 7,8 dans les années 1970 puis a diminué constamment jusqu'à 5,3 en 1999. Même si les femmes emploient des méthodes plus létales et irréversibles depuis quelques années, elles ont aussi tendance à avoir davantage recours aux services communautaires de prévention du suicide et à demander de l'aide, même après l'amorce d'une tentative de suicide. Il est moins probable que les hommes demandent de l'aide, de quelque source que ce soit.

8. Le suicide est la troisième cause de décès chez le groupe d'adultes ayant davantage de responsabilités parentales entre 25 et 49 ans.

Après le cancer et les maladies du système circulatoire, le suicide arrive au troisième rang des principales causes de décès parmi le groupe d'âge précité, deuxième quand on ne tient compte que de la population mâle. Un des principaux facteurs permettant aux personnes de mieux gérer le stress dans leur vie quotidienne est une relation stable à la maison. Le suicide d'un membre de la famille est un des plus importants facteurs de tension auxquels une famille peut devoir faire face. Les adultes de 25 à 49 ans sont ceux ayant davantage de responsabilités parentales et les taux de suicide chez les hommes de cette catégorie se trouvent parmi les plus élevés, quel que soit l'âge. Le suicide est la troisième cause de décès chez les femmes à l'intérieur de cette même tranche de la population.

9. Les décès par suicide et les tentatives de suicide coûtent plus de 14,7 milliards de dollars à l'économie canadienne chaque année

Plusieurs études canadiennes et américaines ont permis de produire des calculs estimatifs quant aux coûts des décès attribuables au SIDA, à des armes à feu et au suicide. Ces coûts, pour un suicide, varient entre 433 000 \$ et 4 131 000 \$, selon le nombre d'années de vie pouvant avoir été perdues par la victime, ses revenus et les incidences sur les endeuillés. Une étude menée au Nouveau-Brunswick a évalué à 850 000 \$ les coûts directs et indirects moyens par suicide.

Dans le cas d'une tentative de suicide, les coûts varient entre 33 000 \$ et 308 000 \$, selon les services hospitaliers et de réadaptation requis, les dérangements familiaux engendrés et le soutien nécessaire après la tentative. La détresse psychologique et des problèmes de santé mentale qui ne se règlent pas peuvent nécessiter des traitements ou des soins à long terme pour la personne suicidaire ainsi que pour les membres de sa famille. Les comportements suicidaires d'un membre de la famille peuvent éventuellement produire des réactions semblables chez d'autres membres en détresse.

10. La prévention du suicide est possible, mais doit s'inscrire dans le cadre d'une stratégie globale guidée par une politique fédérale et mise en œuvre avec la participation sans réserve du gouvernement du pays.

Les conditions présentes dans la population canadienne à l'origine de comportements suicidaires se manifestent aussi au niveau d'autres problèmes sociaux, comme la violence à l'endroit d'autrui, la toxicomanie, la délinquance, les perturbations au chapitre de l'emploi, la pauvreté et l'éclatement des familles. Une stratégie nationale qui contribue à la réduction du suicide contribuera également à la réduction de nombre d'autres problèmes sociaux.

Annexe 2

Initiatives actuelles en matière de prévention du suicide au Canada

Provinces de l'Atlantique

Nouveau-Brunswick

La Commission de la santé mentale propose une formation d'intervention en cas de suicide à l'intention des soignants, en français et en anglais. Un suicidologue vient d'être nommé pour la province.

Terre-Neuve

Formation d'intervention en cas de suicide par des spécialistes indépendants.

Nouvelle-Écosse

Réseau provincial produisant des bulletins à l'échelle locale, symposium annuel et comité de leadership / coordination sur la question du suicide. Cette coordination entre les agences de la province est relativement nouvelle et assez libre.

Île du Prince-Édouard

Services communautaires en cas de crise et formation indépendante d'intervention en cas de suicide.

Divers

Formation d'intervention en cas de suicide proposée par des spécialistes indépendants de centres d'écoute et en cas de crise dans nombre de collectivités des provinces de l'Atlantique. Aucun programme de formation standard ni aucune norme minimale établie pour le personnel ou les bénévoles.

Centre du Canada

Québec

Seule association de prévention du suicide financée par une province au Canada. Politique provinciale établie avec modalités de financement. Réseau établi de centres communautaires d'écoute / en cas de crise. Congrès annuels et activités pendant la semaine de sensibilisation. Formation indépendante d'intervention en cas de suicide. Centre de recherche en prévention du suicide financé par le gouvernement. Répertoire des ressources existantes produit par le

Conseil permanent de la jeunesse.

Ontario

Formation indépendante des endeuillés et d'intervention en cas de suicide. Réseau établi de centres d'écoute / en cas de crise. Quelques initiatives et organisations régionales de prévention du suicide à **Hamilton**, **Toronto** et dans la région d'**Ottawa-Carleton** ainsi que **chaire des études sur le suicide Arthur Sommer Rotenberg** à l'Université de Toronto (créée à l'aide de fonds provenant de sources privées). Le **réseau ontarien de prévention du suicide** récemment créé, sans sources de financement, travaille à l'amélioration de la formation, au réseautage et à la diffusion des ressources en prévention du suicide.

Ouest canadien

Manitoba

La responsabilité des ressources et de la formation en prévention du suicide incombe au personnel en santé mentale du gouvernement tandis que la responsabilité pour les services directement offerts est l'affaire des régies régionales de la santé, sans financement spécifique pour les services de prévention du suicide. Services procurés par des spécialistes indépendants et des centres d'écoute / en cas de crise.

Saskatchewan

Programme ASAP coordonné par le gouvernement, avec un animateur en prévention du suicide chez les jeunes choisi pour chaque régie régionale de la santé et un coordonnateur provincial à temps partiel. Le programme de prévention du suicide chez les jeunes qui est financé par les entreprises tire à sa fin, sans renouvellement du financement. Spécialistes indépendants et des centres d'écoute / en cas de crise à l'œuvre partout dans la province.

Alberta

Programmes provinciaux depuis 1981 avec composantes reconnues à l'échelle internationale, sans toutefois aucune politique provinciale officielle. Ces composantes comprennent des programmes d'action, d'information et de formation coordonnés au niveau communautaire (le modèle albertain), mais peu de financement pour la recherche. Le **SIEC (Suicide Information & Education Centre)** est le seul centre de ressources portant exclusivement sur le suicide qui est financé par une province, tandis que les **programmes de formation en prévention du suicide SPTP** ont été les premiers programmes financés par une province à élaborer, proposer et coordonner des modules de formation d'intervention en cas de suicide à l'intention des intervenants, de postvention et de sensibilisation. Services procurés par des centres d'écoute / en cas de crise. Une certaine formation du personnel par des organismes relevant du solliciteur général et de la protection de l'enfance. Formation d'intervention dans quelques réseaux scolaires.

Colombie-Britannique

Le ministère de la Santé finance le **programme de prévention du suicide de la Colombie-Britannique**, administré par l'Université de la Colombie-Britannique, de manière que la province puisse montrer la voie en matière de prévention du suicide chez les jeunes. Invite au soutien et à la consultation communautaires, à la formation et au perfectionnement des compétences, à la collecte d'information et à la recherche, de même qu'à la coordination et au contrôle à l'échelle de la province. Aide à l'élaboration de services communautaires de prévention du suicide, assure son soutien à de tels services et coordonne les **projets pilotes de prévention** financés par le gouvernement. A mis au point un guide des *meilleures pratiques en prévention du suicide chez les jeunes*.

Régions septentrionales

Yukon

Formation indépendante d'intervention en cas de suicide alliée à une formation connexe du personnel sous l'égide de certains ministères gouvernementaux.

Territoires du Nord-Ouest

Projet de formation d'intervention en cas de suicide, en collaboration entre le gouvernement et une fondation, qui en est aux dernières étapes de la formation des animateurs. Services bénévoles d'aide / en cas de crise dans quelques collectivités et une certaine formation indépendante proposée.

Ressources d'écoute / en cas de crise partout au Canada

Association canadienne pour la prévention du suicide (ACPS)

Association sans but lucratif qui se consacre à restreindre les comportements suicidaires.

Choisir la vie : Un rapport spécial sur le suicide chez les autochtones

Rapport produit par la Commission royale sur les peuples autochtones qui renferme nombre de recommandations.

Service correctionnel Canada

Une formation d'intervention en cas de suicide à l'intention du personnel et des détenus, fondée sur le programme LivingWorks, est offerte dans les provinces de l'Atlantique, en Ontario et dans les Prairies.

Centres d'écoute / en cas de crise

Des collectivités de partout au pays ont mis sur pied des centres d'écoute / en cas de crise pour s'occuper des comportements suicidaires et autres situations extrêmes. L'effectif de tels centres est principalement composé de bénévoles, encadrés par quelques spécialistes rémunérés. La formation n'est pas normalisée. Il n'y a donc aucun programme de formation standard ni aucune norme minimale établie pour le personnel ou les bénévoles, ces normes étant fixées par chaque organisme individuellement. En l'absence de normes canadiennes s'appliquant à tous, il n'y a pas non plus de reconnaissance de l'extérieur ni de critères d'évaluation valables à l'échelle nationale. Un petit nombre de centres d'écoute ont été accrédités par l'AAS (American Association of Suicidology) car il n'existe pas de normes d'attestation canadiennes.

Gouvernement du Canada

Le **groupe d'étude sur le suicide au Canada** a été constitué et a produit le rapport ***Le suicide au Canada, 1987*** ainsi qu'une ***mise à jour du rapport en 1994***. Les travaux de recherche sur le suicide ont été financés en partie. Des réunions ont été tenues à l'échelle nationale afin de discuter de prévention du suicide. A co-parrainé un atelier spécial traitant de **recherche sur le suicide en 2003**.

Jeunesse J'écoute

Ligne d'écoute sans frais où des spécialistes s'efforcent d'aider les jeunes.

LivingWorks Education, Inc.

Société ouverte proposant des services de recherche et de perfectionnement, de formation et de soutien à l'intention des animateurs indépendants de séances d'intervention en cas de suicide évoluant sur la scène nationale ou internationale.

LPAC ~ Conférence sur l'aide à la profession juridique de l'Association du Barreau canadien

Grâce à l'étude de 1997 sur le suicide d'avocats menée par le Dr Adrian Hill, la LPAC a constaté un taux de décès par suicide chez les avocats mâles plus âgés de presque six fois supérieur au taux national au Canada. La LPAC a mis sur pied un programme complet de prévention du suicide et de soutien aux endeuillés comprenant notamment des volets de formation, de perfectionnement et d'apprentissage par voie électronique, de même que des services de soutien de la part des pairs et de conseillers professionnels. Le programme de la LPAC a servi de catalyseur pour cet avant-projet de l'ACPS.

GRC

Le **service de police autochtone** de la GRC propose des conférences de cinq jours sur la prévention du suicide dans les collectivités autochtones, sous l'égide des programmes SP'IP de Calgary, qui les gère et les anime. On a alors recours à du personnel autochtone et les membres de la collectivité sont formés de manière à mettre sur pied, puis à diriger, leurs propres services de prévention du suicide.

SIEC

Le **SIEC (Suicide Information & Education Centre)** du **centre de prévention du suicide** propose un service de livraison de documents, à partir d'une base de données permettant d'effectuer des recherches dans la collection constituée, en plus de fournir des renseignements sur la prévention du suicide par Internet, sur CD ainsi que dans diverses publications et séries documentaires.

SPTP

Les **programmes de formation en prévention du suicide SPTP** du **centre de prévention du suicide** conçoivent et proposent une formation, à l'intention des soignants, dans le cadre de différents ateliers d'une durée pouvant se situer entre deux heures et cinq jours. En outre, les programmes SPTP gèrent un réseau d'animateurs offrant une formation aux soignants partout au Canada et dans le monde. Les ateliers portent notamment sur les interventions en cas de suicide, les comportements suicidaires, la sensibilisation, le suicide chez les adolescents, le suicide chez les personnes âgées, l'après-suicide et la gestion des situations de crise.

Suicide au Canada, Leenaars et al., 1998

Une compilation d'articles par les plus grands spécialistes au Canada. Ce livre est un véritable plaidoyer en faveur de la prise de mesures concrètes dans tous les segments de notre population.

Lignes directrices des Nations Unies pour la prévention du suicide

Motivations canadiennes

En 1991, le Centre de l'ONU pour les affaires sociales et le développement humanitaire a présenté une demande générale d'aide en vue d'un examen, à l'échelle mondiale, des récentes innovations en matière de services destinés à favoriser le bien être social, conformément aux recommandations décrites dans les **principes directeurs énoncés en 1987**. Un groupe de personnes de la faculté du travail social de l'Université de Calgary et de LivingWorks Education ont répondu à l'appel en se concentrant sur les innovations canadiennes au chapitre de la prévention du suicide. Les Canadiens ont été cités en exemple pour avoir attiré l'attention de l'ONU sur la questions du bien être social dans le contexte du problème du suicide lié à la santé mentale. Par la voie des participants albertains, le Canada a été invité à organiser, accueillir et financer la première réunion, parrainée par l'ONU, d'un groupe de spécialistes de différentes régions sur la prévention du suicide. On recommandait d'inclure un spécialiste en provenance de chacune des grandes régions peuplées du monde. De manière à pouvoir s'acquitter de ce mandat en tenant compte des fonds limités qui étaient accessibles, le groupe de spécialistes qui s'est ainsi réuni était composé d'un Canadien, de deux Américains et de 11 personnes d'autres pays. L'ONU visait la formulation de lignes directrices devant mener à l'élaboration d'une stratégie nationale pour la prévention du suicide qui pourrait être adaptée à l'échelle de la planète.

Développement

En 1992, **LivingWorks Education, Inc.** et le **SIEC** ont relevé le défi d'organiser cette réunion de spécialistes. Ils ont demandé l'aide financière de **Santé Canada** ainsi que de divers organismes gouvernementaux et ONG. Ce projet a obtenu l'appui des **Nations Unies**, de l'**Organisation mondiale de la santé** et du **Calgary WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health**. Un solide soutien fiscal de la province de l'Alberta et l'engagement des principaux organisateurs ont dicté l'endroit où la réunion devrait se tenir. En juin 1993, des **réunions de spécialistes de différentes régions** ont été tenues à Calgary et à Banff, en Alberta, où des conférenciers des **Nations Unies** et de l'**Organisation mondiale de la Santé** ont été invités. Ils ont ainsi pu présenter leur point de vue et répondre aux questions posées. En tout, 13 rapports présentant la perspective nationale de pays de toutes les régions du monde ont alors été soumis. Les participants à cette conférence de cinq jours ont rédigé une ébauche des lignes directrices pour la formulation et la mise en œuvre de stratégies nationales en prévention du suicide. Ces lignes directrices ont été publiées par l'ONU en 1996.

Historique jusqu'à nos jours

1987

Principes directeurs pour l'élaboration de politiques et de programmes de bien être social dans un avenir proche (ONU, 1987)

1989

L'Assemblée générale de l'ONU réaffirme le bien-fondé des principes directeurs.

1991

L'Assemblée générale de l'ONU approuve le recours aux principes directeurs comme cadre d'action pour un plus grand bien être social à l'échelle locale, nationale, régionale et interrégionale dans les contextes suivants :

- Stress et anxiété à grande échelle à l'origine d'un plus grand nombre de dysfonctionnements individuels, y compris un taux de suicide plus élevé chez les jeunes gens.
- Capacité réduite, dans nombre de familles et de collectivités, à fournir les soins voulus à leurs jeunes membres.
- Absence de stratégies nationales globales pour éviter ou résoudre les dysfonctionnements graves, notamment le suicide.
- Demande d'aide du Centre de l'ONU pour les affaires sociales et le développement humanitaire en vue d'un examen, à l'échelle mondiale, des services de bien être social et pour faire des recommandations sur les problèmes cernés dans les principes directeurs de 1987.
- Appel du Secrétaire-général de l'ONU pour que les pays formulent des stratégies de politique sociale traitant de prévention et de réadaptation.
- Invitation de l'ONU à LivingWorks et au SIEC d'organiser ainsi que d'accueillir une réunion de spécialistes de différentes régions sur la prévention du suicide.

1993

Un groupe de Calgary a organisé et dirigé une conférence de cinq jours regroupant des spécialistes de différentes régions afin d'élaborer les lignes directrices d'une politique, dans le cadre de stratégies nationales de prévention du suicide, que les pays de partout dans le monde pourraient adopter.

1996

Publication des lignes directrices de l'ONU sur **la formulation et la mise en œuvre de stratégies nationales en matière de prévention du suicide.**

1996

Publication de l'ouvrage intitulé **Global Trends in Suicide Prevention – Toward the Development of National Strategies for Suicide Prevention**, R.F. Ramsay et B.L. Tanney éd.

1998

Santé Canada a commandé et obtenu un rapport présentant un processus en quatre étapes pour l'élaboration d'une stratégie nationale de prévention du suicide.

1. Étude du fardeau économique associé à la détresse et au suicide au Canada.
2. Consultation informelle entre les ministères fédéraux, provinciaux ainsi que territoriaux et les principales parties intéressées au sujet de la faisabilité d'une stratégie nationale.
3. Création d'un organisme de coordination visant à guider le développement.
4. Développement et mise en œuvre de la stratégie.

2003

L'ACPS s'occupe d'un avant-projet de stratégie à rendre public à l'occasion de son congrès de 2004.

Annexe 3

Lignes directrices de la stratégie nationale adoptée dans d'autres pays

2003/04

Finlande

La Finlande a été le premier pays à élaborer une stratégie globale de prévention du suicide à l'échelle nationale. C'est en 1986 que le conseil national de la santé a formulé une stratégie sur dix ans visant à réduire de 20 % les taux élevés de suicide qui prévalaient dans ce pays. Les taux ont augmenté pendant les premières années du projet pour atteindre un sommet en 1990, puis ils ont connu une diminution de 20 % entre 1991 et 1996 avec réduction générale de 9 % pendant la période de dix ans visée à partir de 1986. Il s'agit de la seule stratégie nationale qui a été évaluée par des pairs à l'échelle internationale.

Norvège

Sous la direction de son propre conseil de santé, la Norvège a adopté un plan national quinquennal de prévention du suicide (1994-1999). Le financement annuel approuvé pour ce projet s'élevait à 6 millions de couronnes norvégiennes (environ 1,2 million de dollars canadiens). Les objectifs visés par le plan ont été évalués de l'extérieur et largement atteints. Toujours sous la direction de son propre conseil de santé, l'application du plan a été prolongée sous la forme de mesures contre le suicide (2000-2002) qui comprennent une stratégie nationale de formation.

Suède

En 1997, le centre national de Suède ainsi que du comté de Stockholm pour la recherche et la prévention du suicide a obtenu le titre de centre de collaboration de l'OMS, ce qui lui a permis d'aider l'organisation en matière de lancement et d'évaluation de programmes de recherche ou autres en prévention du suicide. Le centre a la responsabilité, à l'échelle du pays, de définir des mesures visant la prévention du suicide et il est actif dans quatre grands domaines : la recherche et le développement de méthodes de prévention du suicide, la surveillance épidémiologique, l'information et l'apprentissage.

Angleterre

En 1994, le ministère de la Santé a adopté un objectif de réduction des taux de suicide pour l'ensemble du pays d'au moins 15 % et de ceux pour les personnes avec déficience mentale sévère d'au moins 33 % avec l'arrivée de l'an 2000. En 2002, l'Angleterre a présenté sa stratégie nationale pour la prévention du suicide, qui sera administrée par le nouvel institut national de santé mentale.

Australie

L'Australie a adopté un budget de 13 millions de dollars sur 4 ans pour un projet de prévention du suicide chez les jeunes en 1995-1996. En 1999, le budget fédéral prévoyait affecter un montant de 39,2 millions de dollars sur 4 ans à la stratégie nationale de prévention du suicide afin de l'étendre à tous les groupes d'âge et de répondre aux besoins de tous les groupes à risque ou présentant des comportements suicidaires, y compris les jeunes. Le conseil consultatif national sur la prévention du suicide a été mis sur pied afin de faciliter la création du fonds. Du montant total prévu au budget, une tranche de 40 % a été réservée pour les projets de pertinence nationale, le reste des sommes étant réparties entre tous les états et territoires dans le contexte d'un processus d'affectation approprié.

Nouvelle-Zélande (jeunes)

La stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes a été publiée en 1998. Elle comporte deux volets : le premier est une stratégie visant l'ensemble de la population du pays et le second, Kia Piki Te Ora o te Tatariki (pour un plus grand bien être de la jeunesse), vise principalement les problèmes et les besoins de la population maorie.

États-Unis

Le sénat américain et la chambre des représentants des États Unis ont adopté des résolutions, en 1998, reconnaissant le suicide comme un grave problème de santé publique. Le processus d'élaboration d'une stratégie nationale s'est appuyé sur les lignes directrices de l'ONU à ce chapitre et les bénévoles du réseau de défense de la prévention du suicide (SPAN) en ont été le fer de lance, avec l'aide d'éléments des secteurs public et privé. Le directeur du service de santé publique des États Unis en a été le défenseur et a publié un rapport d'appel à l'action en 1999. La toute première stratégie nationale de prévention du suicide a été publiée en 2001 et sa mise en œuvre est maintenant en cours.

Écosse

Un rapport pour une stratégie nationale et un plan d'action en vue de la prévention du suicide en Écosse a été publié en décembre 2002 par le gouvernement écossais. Ce document décrit une stratégie de prévention du suicide pour l'Écosse, à l'échelle nationale et au niveau local, en plus de soulever des questions comme la sensibilisation du public, la prise de mesures visant à éviter les problèmes de fond, l'offre d'un soutien anticipé et d'une intervention en temps opportun lorsque des problèmes se présentent, l'élaboration d'un plus large éventail de possibilités au niveau de l'appui et des services proposés, l'amélioration de la formation des travailleurs de première ligne ainsi que la recherche et la surveillance.

Canada

En 2004, l'Association canadienne pour la prévention du suicide publie son avant-projet de première stratégie nationale canadienne de prévention du suicide.

Annexe 4

Références pour la section sur la justification

- Béland, Y. (mars 2002). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Aperçu de la méthodologie. *Rapports sur la santé*, Vol. 13, n° 3. Statistique Canada, 82-003 au catalogue.
- Bland, R.C., S.C. Newman et R.J. Dyck (1994). The epidemiology of parasuicide in Edmonton. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 29 (2), 391-396. [SIEC AN 940539]
- Clayton D. et A. Barceló (1999). Coût de la mortalité par suicide au Nouveau-Brunswick, 1996. *Maladies chroniques au Canada*, 20 (2), 89-95.
- Commonwealth Department of Health and Family Services (1997). *Youth suicide in Australia: The national youth suicide prevention strategy*. Canberra (ACT), Australian Government Publishing Service. [SIEC AN 971036]
- Département de la coordination des politiques et du développement durable des Nations Unies. (1996). *Prevention of suicide: Guidelines for the formulation and implementation of national strategies* (publication n° ST/ESA/245). New York (New York), Nations unies. [SIEC AN 960289]
- Department of Health (2002). *National Suicide Prevention Strategy for England*. Londres, Department of Health.
- Department of Health and Human Services (DHHS) (2001). *National Strategy for Suicide Prevention (NSSP)*. Washington, DHHS.
- Gouvernement de l'Écosse (2003). *Choose life: A National Strategy and Action Plan to Prevent Suicide in Scotland*. Édimbourg, gouvernement de l'Écosse.
- Groupe d'étude national sur le suicide au Canada (1987). *Rapport du groupe nationale d'étude sur le suicide au Canada*. Ottawa, ministre de la Santé nationale et du Bien être social. [SIEC AN 880565]
- Groupe de travail composé d'experts. (1994). *Le suicide au Canada : mise à jour du rapport du groupe d'étude sur le suicide au Canada*. Ottawa, ministre de la Santé nationale et du Bien être social. [SIEC AN 930379]
- Hill, Adrian (1997) *LPAC Study on Lawyer Suicide*. (1998) *LPAC National Suicide Prevention Program*. (2003) *LPAC Report on Its Suicide Prevention Program*.
- Inuit Tapiriit Kanatami (2002). *Suicide Prevention in Inuit Communities: An Inuit Tapiriit Kanatami Discussion Paper (Draft)*. Ottawa, Inuit Tapiriit Kanatami.
- Kerkhof, A. J. F. M., A. Schmidtke, U. Bille-Brahe, D. De Leo et J. Lönnqvist (éd.) (1994). *Attempted suicide in Europe: Findings from the multicentre study on parasuicide by the WHO Regional Office for Europe*. Pays-Bas, DSWO Press, université de Leiden. [SIEC AN 940792]
- Kingdon, D. et R. Jenkins (1995). The health of the nation: Suicide prevention in England. *Giornale Italiano di Suicidologia*, 5 (1), 9-17. [SIEC AN 950945]
- Langlois, S. et P. Morrison (automne 2002). Suicides et tentatives de suicide. *Tendances sociales canadiennes*. Ottawa (Ontario), Statistique Canada, 11-008 au catalogue.
- Leenaars, A.A., S. Wenckstern, I. Sakinofsky, R.J. Dyck, M.J. Kral et R.C. Bland (éd.) (1998). *Suicide in Canada*. Toronto (Ontario), University of Toronto Press.

- Mehlum, L. et N.P. Reinholdt (2000). The Norwegian Plan for Suicide Prevention: Follow-up project 2000-2002: Building on positive experiences. (Première publication dans *Norwegian journal Suicidologi* 2001, n° 1) <http://www.med.uio.no/ipsy/ssff/engelsk/menuprevention/Mehlum.htm>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut (2002). *Comparable Health Indicators for Nunavut and Canada*. Iqaluit (Nunavut), ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec (1998). *S'entraider pour la vie : Stratégie québécoise d'action face au suicide*. Québec (Québec), Bibliothèque nationale du Québec.
- National Council for Suicide Prevention. (1996). *Support in suicidal crises: The Swedish national programme to develop suicide prevention*. Stockholm, Suède, National Board of Health and Welfare. [SIEC AN 970569]
- New Zealand Ministry of Health, Youth Affairs. (1997). *An approach for action. Phase Two in the development of a national strategy to help prevent youth suicide New Zealand*. Wellington, Nouvelle-Zélande, auteur.
- Norwegian Board of Health. (1995). *The national plan for suicide prevention 1994-1998*. Oslo, Norvège, auteur. [SIEC AN 960067]
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- Ramsay, R.F. et B.L. Tanney (éd.) (1996). *Global trends in suicide prevention: Toward the development of national strategies for suicide prevention*. Mumbai, Inde, Tata Institute of Social Sciences. [SIEC AN 971130]
- Retterst, N. (1995). The national plan for suicide prevention in Norway. *Giornale Italiano di Suicidologia*, 5 (1), 19-24. [SIEC AN 960409]
- Santé Canada (2001). *Les lésions traumatiques accidentelles et intentionnelles chez les Autochtones du Canada 1990-1999*. Ottawa (Ontario), ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
- Santé Canada (2002). *Les Canadiens en santé : Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2002*. Ottawa, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
- Santé Canada (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Ottawa, Canada.
- Sørås, I. (2000). The Norwegian Plan for Suicide Prevention 1994-1999: Evaluation Findings. (Première publication dans *Norwegian journal Suicidologi* 2000, n° 3) <http://www.med.uio.no/ipsy/ssff/engelsk/Soeraas.htm>
- Statistique Canada. *Les principales causes de décès à différents âges, Canada, 1998 – Tableau standard (84-208-XPB au catalogue)*. Ottawa, ministre de l'Industrie, 2001.
- Swedish National Council for Suicide Prevention (1995). *Support in Suicidal Crises: The Swedish National Program to Develop Suicide Prevention*. Stockholm, Swedish National Council for Suicide Prevention.
- Taylor, S.J., D. Kingdom et R. Jenkins (1997). How are nations trying to prevent suicide? An analysis of national suicide prevention strategies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95 (6), 457-463. [SIEC AN 971062]
- Upanne, M. et H. Arinpera (1993). *Finland's Suicide Prevention Project (1986-1996)*. Helsinki, Finnish National Research and Development Centre for Welfare and Health.
- U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. (2001). *National strategy for suicide prevention: Goals and objectives for action*. Rockville, MD
- World Health Organization. (2002). *World report on violence and health*. Geneva, Switzerland

Annexe 5

Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) de Santé Canada

Rapport sur l'atelier de recherche en matière de suicide au Canada, Montréal, 7 et 8 février 2003

Six grands thèmes pour la poursuite des travaux

Ces thèmes ne suivent aucun ordre de priorité.

1. Systèmes de données – Amélioration et expansion

L'amélioration et l'expansion des systèmes de données dépend d'un système de classification solide, de sa fiabilité et de l'élimination des préjugés. Les données devraient être globales, p. ex. comporter des renseignements tant sur les suicides réussis que sur les comportements suicidaires.

2. Pratiques fondées sur les preuves

Les recherches en matière de pratiques fondées sur les preuves comprennent l'évaluation des interventions, qui vont des traitements cliniques, de l'éducation du public et de la formation des professionnels ou des bénévoles aux interventions au niveau des systèmes aux changements de fonds et aux stratégies visant à améliorer l'application et l'assimilation des connaissances. Les études d'évaluation peuvent comporter un centre d'intérêt large, y compris les répercussions sur la pratique et les réponses de la collectivité. Dans les recherches qui portent sur ce thème, on peut aussi aborder la détermination de ce qui constitue une influence acceptable et qui, à ce titre, utilisera probablement les méthodologies et examinera leur utilisation, méthodologies qui s'étendent bien au-delà des essais cliniques aléatoires, et ce, afin d'intégrer différentes approches qualitatives et quantitatives ainsi que les connaissances autochtones. Il y aurait également des études portant sur la façon dont les recherches sur le suicide et l'élaboration de pratiques fondées sur les preuves sont influencées par l'examen actuel par les pairs et les processus d'examen déontologique, ainsi que les recherches sur la nature de l'évaluation de ce domaine, y compris son intention et son utilisation.

3. Promotion de la santé mentale

Le thème de la promotion de la santé mentale comporte des aspects tels que l'actualisation, le progrès, l'élaboration et la diffusion de renseignements sur le plan culturel et adaptés à la collectivité. Il renferme aussi la capacité de la collectivité, les initiatives dans le cadre communautaire et la continuité culturelle à différents niveaux, p. ex. au niveau individuel, au niveau de la famille, de la collectivité et des pays. Les sujets de recherche portent, entre autres, sur les facteurs de protection, les facteurs de risque et la résilience au cours de la durée de vie. Ils traitent des questions liées à la discrimination, aux soins procurés aux intervenants (les guérisseurs blessés), à l'aptitude sociale, à la honte, aux stigmates et à la perception de la maladie mentale. On met l'accent sur une approche de résolution des problèmes qui repose sur l'efficacité et l'excellence, et qui reconnaît la nécessité de la croissance et de l'accomplissement du potentiel humain. Dans ce thème, il faut aussi examiner la psychologie positive, les effets des soutiens sociaux et l'isolement.

4. Modèles multidimensionnels pour comprendre le comportement lié au suicide

Les modèles multidimensionnels peuvent être motivés par la collectivité et la théorie, mais doivent reposer sur des modèles théoriques et des approches multidimensionnelles. Les modèles doivent d'une part, aborder plus d'un facteur et, d'autre part, explorer les interactions qui existent entre les facteurs. Il faut encourager (sans exiger) les thèmes interdisciplinaires. Le centre d'intérêt doit être plus large que le suicide, c.-à-d. qu'il faudra traiter le spectre du comportement lié au suicide. Il faut accorder la priorité aux projets dans lesquels la conception, la méthodologie et la mesure sont présentes dans différents domaines.

5. Spectre des comportements suicidaires dont les candidats au suicide

Le spectre des comportements suicidaires comprend les suicides avortés, les tentatives de suicide, les suicides assistés, les tentatives de suicide déguisées en accidents, l'auto-mutilation délibérée, l'euthanasie, l'accélération de la mort par un comportement qui met la vie en danger ou une prédisposition à l'auto-mutilation, les gestes suicidaires, l'idéation suicidaire et la menace de suicide. Il comprend les tentatives n'ayant pas entraîné la mort et les tentatives immotivées, la mort prématurée, le comportement enclin au risque et la détermination du dépistage. Il faut s'entendre sur des définitions opérationnelles mutuellement acceptées de termes tels que le parasuicide.

6. Le suicide dans les contextes social et culturel

L'incidence du suicide au Canada varie considérablement en fonction des contextes institutionnel, régional, social, spirituel, culturel et politique. Il est essentiel d'élaborer de nouvelles connaissances sur la façon dont ces facteurs contextuels se répercutent, non seulement sur l'incidence du suicide, mais aussi sur la détermination de ce que constituent les meilleures pratiques en matière de prévention du suicide et sur la façon de répondre aux problèmes sociaux et humains liés au suicide.

Le Rapport sur l'atelier de recherche en matière de suicide au Canada des IRSC peut être consulté dans son intégralité à:

www.cihr-irs.gc.ca/f/18918.html

Annexe 6

Ressources et coordonnées de l'ACPS

Association canadienne pour la prévention du suicide (ACPS)

301 – 11456 Jasper Avenue
Edmonton, AB, Canada
T5K 0M1

Tel: 780. 482.0198
Fax: 780. 488.1495
e-mail: casp@suicideprevention.ca
website: www.suicideprevention.ca

Centre de prévention du suicide

Suite 320, 1202 Centre Street SE
Calgary AB, Canada
T2G 5A5

Tel: 403.245.3900
Fax: 403.245.0299
e-mail: siec@suicideinfo.ca
website: www.suicideinfo.ca

L'ACPS apprécie votre rétroaction et l'ensemble des renseignements, données de recherche et autres, suggestions et idées visant à améliorer, élargir et renforcer son avant-projet pour une stratégie nationale canadienne de prévention du suicide.

Corrections, commentaires et information complémentaire doivent être envoyés au rédacteur de l'avant-projet :

Dr. Adrian Hill
Board Member and Treasurer, Canadian Association for Suicide Prevention
35 Scarborough Road
Toronto, ON M4E 3M4
Canada
Tel: 416. 694.8438
Fax: 416. 694.9927
e-mail: adrianhill@sympatico.ca



Association canadienne pour la prévention du suicide
Canadian Association for Suicide Prevention

**Avant-projet de l'ACPS
pour une stratégie nationale canadienne
pour la prévention du suicide.**
Première diffusion publique, Octobre 2004

Association canadienne pour la prévention du suicide
Canadian Association for Suicide Prevention
301 11456 avenue Jasper
Edmonton AB T5K 0M1
Téléphone : 1 780 482-0198
Télécopie : 1 780 488-1495
casp@suicideprevention.ca
www.suicideprevention.ca