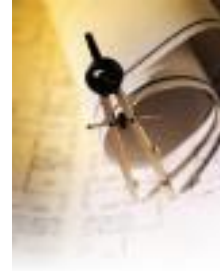




Canadian Association for Suicide Prevention
L'association canadienne pour la prévention du suicide

**Stratégie nationale canadienne de
l'ACPS pour la prévention du
suicide.**



Première diffusion publique, octobre 2004
Deuxième édition, septembre 2009

Association canadienne pour la prévention du suicide (ACPS)
Klinic Community Health Centre
870 Portage Avenue
Winnipeg, Manitoba
R3G 0P1

www.suicideprevention.ca



Canadian Association for Suicide Prevention
L'association canadienne pour la prévention du suicide

Table des matières

I. Introduction à la deuxième édition.....	3
II. Remerciements.....	5
III. Dédicace.....	10
IV. Introduction.....	11
VI. Buts Et Objectifs	13
(A) Sensibilisation et compréhension.....	13
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.	13
2 ^e but — Développer un large soutien à la prévention, l'intervention et la postvention du suicide.	13
3 ^e but — Élaborer et mettre en œuvre une stratégie visant à réduire la stigmatisation associée à toutes les activités de prévention du suicide, d'intervention et de deuil.....	14
4 ^e but — Améliorer les connaissances des médias en matière de suicide.	14
(B) Prévention, intervention et postvention.....	14
1 ^{er} but : Élaborer, mettre en œuvre et maintenir des programmes communautaires de prévention du suicide, d'intervention et de postvention, en respectant la diversité et la culture aux niveaux locaux, régionaux et provinciaux/territoriaux.....	15
2 ^e but : Réduire la disponibilité et la létalité des méthodes de suicide.....	15
3 ^e but : Renforcer la formation à la reconnaissance des facteurs de risque, des signes d'alerte et des comportements à risque, ainsi qu'à la mise en place d'une intervention et d'une postvention efficaces, en ciblant les principaux gardiens, les bénévoles et les professionnels.....	16
4 ^e but : Développer et promouvoir une pratique clinique et professionnelle efficace (stratégies efficaces, normes de soins) pour soutenir les clients, les familles et les communautés.....	16
5 ^e but : Améliorer l'accès et l'intégration en établissant des liens solides entre les composantes du continuum de soins, les services et les familles.	17
6 ^e but : Donner la priorité à l'intervention et à la prestation de services pour les groupes à haut risque tout en respectant les spécificités locales, régionales et provinciales/territoriales.	18
7 ^e but : Augmenter l'intervention et le soutien en cas de crise.	18
8 ^e but : Augmenter les services et le soutien aux personnes endeuillées par suicide ou ayant fait une tentative de suicide.	19
9 ^e but : Augmenter le nombre d'activités de prévention primaire.....	19
(C) Développement et transfert des connaissances	20
1 ^{er} but : Améliorer et étendre les systèmes de surveillance.....	20

2 ^e but : Promouvoir et soutenir le développement d’outils d’évaluation efficaces.....	20
3 ^e but : Promouvoir et développer la recherche sur le suicide.....	20
4 ^e but : Augmenter les occasions propices au partage d’informations.....	20
(D) Financement et soutien.....	21
1 ^{er} but : Augmenter le financement et le soutien de toutes les activités liées à la stratégie nationale de prévention du suicide de l’ACPS (2 ^e édition).....	21
2 ^e but : Assurer l’accès de tous les Canadiens à des services de santé, de bien-être et de rétablissement appropriés et adéquats, conformément à la Loi canadienne sur la santé.	21
Annexe 1.....	22
Rationnel de la stratégie.....	22
Annexe 2.....	28
Initiatives actuelles de prévention du suicide au Canada.....	28
Annexe 3.....	37
Les stratégies nationales dans le monde en date de 2008.....	37
Annexe 4.....	42
Références.....	42
Annexe 5.....	45
Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) de Santé Canada.....	45
Annexe 6.....	48
Ressources et coordonnées de l’ACPS.....	48

I. Introduction à la deuxième édition

La stratégie de l'ACPS a été publiée pour la première fois en 2004 avec la contribution de nombreux autres organismes et intervenants. Alors que la plupart des pays industrialisés ont des stratégies nationales pour réduire le suicide, le Canada n'en a pas malgré le fait que ces pays sont souvent aidés par le leadership d'experts canadiens ayant participé à l'élaboration des directives des Nations Unies pour la formulation et la mise en œuvre de stratégies nationales de prévention du suicide. En 2002, les membres du conseil d'administration de l'ACPS ont décidé qu'il était de notre devoir, en tant qu'organisme national, de relever le défi et de prendre l'initiative d'élaborer une stratégie nationale pour la prévention du suicide. En 2004, l'avant-projet de l'ACPS pour une stratégie nationale canadienne pour la prévention du suicide a été diffusé à tous les Canadiens et à tous les paliers de gouvernement.

La Stratégie de l'ACPS est devenue la stratégie des initiatives de prévention du suicide dans tout le Canada, comme en témoigne l'élaboration de stratégies provinciales en Nouvelle-Écosse et en Alberta et les projets en cours en Colombie-Britannique, au Manitoba, en Ontario et au Nouveau-Brunswick. Notre stratégie a reçu un soutien important en mai 2006, lorsque le rapport final du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, intitulé *De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*, a recommandé que « le gouvernement fédéral appuie les efforts de l'Association canadienne pour la prévention du suicide et des autres organismes qui travaillent à l'élaboration d'une stratégie nationale de prévention du suicide ».

Compte tenu des progrès réalisés dans le domaine de la suicidologie, de notre expertise, de notre expérience et de la science, cette édition comprendra certaines des connaissances les plus récentes dans ce domaine émergent, tout en reconnaissant que dès que de nouvelles connaissances sont exprimées ou imprimées, elles sont souvent désignées comme les « vieilles nouvelles ».

Un changement important de vocabulaire dans l'ensemble du document sera l'utilisation de termes inclusifs : comportements liés au suicide et communications liées au suicide (Silverman et al.2007 - voir la liste des références). Les comportements liés au suicide comprennent le large spectre des comportements suicidaires, de l'automutilation, avec ou sans intention de mourir, aux tentatives de mettre fin à sa vie et au suicide. Les communications liées au suicide comprennent deux sous-ensembles, soit un plan de suicide, soit une menace de suicide, sans résultat préjudiciable.

Quelle est la stratégie ?

La présente stratégie est une proposition de stratégie nationale de prévention du suicide pour le Canada. Il s'agit également d'un programme d'action, d'une liste de tâches nationale, d'un outil permettant d'identifier les pratiques prometteuses et exemplaires, et d'une feuille de route vers une solution intégrée. Comme vous le verrez, elle couvre tous les aspects de nos préoccupations en tant que nation en ce qui concerne la prévention du suicide, la recherche, l'éducation, le traitement, l'intervention en cas de crise et le soutien aux personnes endeuillées. En tant que chercheurs, auteurs et chefs de file en matière de prévention du suicide, nous avons tenté d'aborder les problèmes, les améliorations nécessaires et les nouvelles pratiques prometteuses d'une manière pratique, réalisable et humaine. Tout en reconnaissant que toute stratégie pancanadienne nécessitera un débat public et une contribution nationale, nous avons présenté notre stratégie comme point de départ, dans l'espoir de mettre au défi, de motiver et d'aider nos législateurs et nos gouvernements à remplir leurs rôles de leaders.

La stratégie de l'ACPS : Bien plus qu'un effort de trois ans

2003 ~ Stratégie, recherche, séances de planification

- Des séances de planification stratégique visant à élaborer un cadre et une stratégie de processus impliquant des membres bénévoles du conseil d'administration de l'ACPS et un groupe de participants bénévoles invités : cliniciens, chercheurs, enseignants, administrateurs de programmes, consommateurs et survivants. En plus des désignations professionnelles, chaque membre avait l'expertise d'une perte personnelle par suicide, aux côtés d'autres désignations telles que parents, frères, sœurs, enfants, membres de la famille, partenaires, amis, voisins, patients et professionnels.
- Nous avons convenu que le but de la stratégie serait de : « *Unir l'ensemble des communautés, des gouvernements, des organisations et des ressources du Canada à l'ACPS et à ses intervenants afin de collaborer efficacement à la prévention des décès par suicide et d'aider, d'éduquer et de réconforter les personnes qui ont été touchées par des comportements liés au suicide.* »

II. 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.

Membres du conseil d'administration :

Caroline Anawak
Bonny Ball
Mary Jo Bolton
France Daigle
Adrian Hill
Chris LaForge
Sheila Levy
Paul Links
Dave Masecar
Ian Ross

Autres :

Peggy Austen
Nada Barraclough
Kathey Foley
Allison Malcolm
Kari Nesbit
Tim Wall
Gayle Vincent
Richard Ramsay
Sylvaine Raymond
Joan Wright

Animation et direction : Dave Masecar

Idée originale du projet : Adrian Hill

Auteurs : Paul Links, Dave Masecar, Richard Ramsey, Adrian Hill

Consultants : Bonny Ball, Heather Fiske, Ian Ross

Réviseur : Adrian Hill

Soutien administratif et direction de projet : Dave Masecar, Joan Wright, Adrian Hill

Mise en page et Soutien au projet : Kim Suddes

Droits d'auteur : Association canadienne pour la prévention du suicide, tous droits réservés.

2004 ~ Rédaction, révision par les pairs, édition

- À partir de 2004, les ébauches initiales sont rédigées par une équipe de quatre personnes -- un psychiatre, un psychologue, un travailleur social/chercheur et un avocat/addictologue.
- Soumis à travers le Canada pour une révision par les pairs.
- Quatorze révisions formelles
- Deuxième révision par les pairs
- Première édition publiée de la Stratégie de l'ACPS envoyée pour examen à tous les Canadiens, aux membres de l'Organisation mondiale de la santé et aux Nations Unies.
- Annonce publique de la Stratégie lors du congrès annuel de l'ACPS à Edmonton, en octobre 2004.

2005 ~ Élaboration d'un plan de mise en œuvre, d'un budget et d'un calendrier

- Le conseil d'administration de l'ACPS fait des présentations pour introduire la stratégie et le plan de mise en œuvre des activités à travers le Canada, croyant que la participation et le partenariat avec

les gouvernements, les organismes et les initiatives des citoyens sont essentiels au développement et à la réussite d'une solution intégrée pour la prévention du suicide.

- Les membres de l'ACPS font des présentations citoyennes à la Commission Kirby.
- Les membres de l'ACPS font des présentations citoyennes à l'Association canadienne pour la santé mentale.
- Les membres de l'ACPS font des présentations citoyennes à l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale.

Octobre 2005 : Congrès annuel de l'ACPS, Plan d'activités de mise en œuvre 2006-2007

- Remise au ministre fédéral de la Santé, l'honorable Ujjal Dosanjh, qui a reconnu les années d'efforts, et la réalisation de la stratégie de l'ACPS, promettant que la prévention du suicide serait « l'un des piliers de la fondation d'une stratégie nationale de santé mentale — la meilleure au monde. »

Mai 2006 : La prévention du suicide sur la scène nationale

- Le rapport final du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie *De l'ombre à la lumière*, recommande « que le gouvernement fédéral soutienne les efforts de l'Association canadienne pour la prévention du suicide et d'autres organisations travaillant à l'élaboration d'une stratégie nationale de prévention du suicide. » (Recommandation 106 ; page 427).

2007~ Avancements

À l'échelle provinciale, l'Alberta et la Nouvelle-Écosse ont utilisé la Stratégie de l'ACPS pour compléter leurs propres stratégies provinciales, tandis qu'au Nunavut, au Manitoba, au Nouveau-Brunswick, en Colombie-Britannique et en Ontario, des communautés de citoyens concernés utilisent actuellement la Stratégie de l'ACPS comme catalyseur pour travailler à l'élaboration de leurs stratégies provinciales. Avec la Stratégie du Québec déjà en place depuis de nombreuses années, le Canada dans son ensemble prend un virage.

2008-2009

À l'occasion du cinquième anniversaire de la publication de la première édition de la Stratégie, nous pouvons célébrer son succès en créant un outil qui a aidé les provinces et les territoires à élaborer des stratégies de prévention du suicide. En présentant cette deuxième édition, nous reconnaissons l'aide et les conseils dont nous avons bénéficié et nous nous en servons pour nous rappeler que le travail doit se poursuivre si le Canada veut adopter sa propre stratégie nationale de prévention du suicide.

Le Dr Paul Links, ancien président de l'ACPS, a lancé ce projet de deuxième édition. Nous reconnaissons son leadership et ses efforts, ainsi que la contribution des membres du conseil d'administration de l'ACPS, Bonny Ball, Yvonne Bergmans, Marnin Heisel, Adrian Hill, Richard Ramsey et Tim Wall. La stratégie de l'ACPS demeure la seule stratégie nationale de prévention du suicide au monde produite entièrement par des bénévoles et sans financement gouvernemental. Les rédacteurs de notre deuxième édition étaient : Yvonne Bergmans, Mary-Jo Bolton et Adrian Hill.

Commentaires recueillis auprès de participants lors du développement de la première édition

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, gestionnaire,
Cross Ministry & Intergovernmental Issues
Alberta Aboriginal Affairs & Northern

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

Tom Wispinski, directeur, Provincial Services
Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission
(AADAC)

Mental Health Board (autorité provinciale en santé)

Otilia Berze, gestionnaire
développement et administration
Alberta Mental Health Board (AMHB)

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

Wendy Heffern, chef d'équipe ; gestion de la
qualité
Alberta Mental Health Board (AMHB)

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

Autorités régionales en santé

Dee Hampel, directeur : santé mentale
Peace Country Health

Di Vosburgh, directrice exécutive, Services en
santé mentale

Brenda Nelson, directrice régionale : santé mentale
East Central Health Region

David Thompson Health Region

George Fernhout, directeur : santé mentale
Aspen Regional Health Authority

Mary Wilson, gestionnaire de site, Medicine Hat
Regional Hospital Palliser Health Region

Autres :

Bonny Ball, Membre du CA de l'ACPS

Dave Ball, communauté des survivants

Dr. Heather Fiske,
Ontario Suicide Prevention Network,
ancien membre du CA de l'ACPS

Cheryl Hunt, B. Ed, consultante de projet MSC
Centre for Addiction and Mental Health
Hamilton, Ontario

Diane Morin, Infirmière clinicienne spécialisée en
psychiatrie
Chaleur Regional Hospital
Bathurst, New Brunswick

Dr. Barbara Yaffe, MD
médecin hygiéniste par intérim
Toronto Public Health
Toronto, Ontario

Jacquelyn Moffatt
directrice, Santé reproductive et infantile
Prévention des traumatismes
Sudbury and District Health Unit

Karol Karolak, P. Eng
Mississauga, Ontario

Nada Barraclough
révisseuse ACPS et OSPN Editor

Linda White
Salvation Army

Judy Leith
Canadian Mental Health Association
Calgary, Alberta

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

Cindy Rose, RN, BscN
infirmière en santé mentale
Toronto Public Health
Toronto, Ontario

Sandra A. Nicholas
directeur général,
Help Line Halifax, NS

Linda Thorpe
superviseur, Unité d'intervention de crise
RCMP North Vancouver

Commentaires recueillis auprès de participants lors du développement de la deuxième édition

Tim Wall
Mary-Jo Bolton
Bonny Ball
Alan Berman
Yvonne Bergmans
Rory Butler
Barbara Campbell
Christine Cieslar
Diana Clark
Murielle Doucet
Heather Fiske
Rosemary Hardwick
Adrian Hill
Fran Lindsay
Paul S.Links
Michelle Linn-Gust
Lorna McFarlane
Walter Mulkewich
Richard Ramsay

III. 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 voisins, comme nous avons été aidés nous-mêmes. Nous avons vécu des deuils. Parmi nous, nous avons perdu des enfants, des parents, des membres de notre famille, des voisins, des amis, des patients. Nous voulons couper le silence et prévenir que d'autres connaissent un tel deuil.

***« Ne doutez jamais qu'un petit groupe d'individus déterminés peut changer le monde ; en fait, cela se passe toujours ainsi. »
– Margaret Mead***

La Stratégie nationale de prévention du suicide de l'ACPS fait suite à nos études et à nos recherches, à nos connaissances et à notre expertise. Plus important encore, elle reflète notre expérience, notre force et notre espoir. Elle est dédiée à la mémoire de ceux qui nous sont chers et qui sont morts par suicide, à ma mère, à votre enfant, parent, membre de la famille, ami, voisin, collègue, client, patient. Nous faisons cette dédicace dans la conviction que nous pouvons nous guérir nous-mêmes et aider notre pays et nos communautés à atténuer la souffrance et à prévenir le suicide. — *Adrian Hill, réviseur 2004*

IV. Introduction

Stratégie nationale pour le Canada

Unir l'ensemble des communautés, des gouvernements, des organisations et des ressources du Canada à l'ACPS et à ses intervenants afin de collaborer efficacement à la prévention des décès par suicide et d'aider, d'éduquer et de réconforter les personnes qui ont été touchées par des comportements liés au suicide.

**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 de soins, de la compassion et de
l'engagement de la collectivité.**

Le 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 émotive 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.

Le présent document a pour but de guider l'élaboration et l'adoption d'une stratégie nationale canadienne de prévention du suicide. 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.

Cet avant-projet débute avec les principes directeurs utilisés pour sa construction. Les buts et objectifs d'une stratégie nationale sont présentés, suivis de la raison d'être de l'élaboration d'une stratégie nationale.

V. 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.

Est-il possible de prévenir le suicide ?

L'expérience nous enseigne que nombre de suicides peuvent être évités. Le suicide est le résultat de la douleur, de la peur, du désespoir et de la détresse au détriment de l'espoir.

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 l'élaboration de cet avant-projet :

1. 1. La prévention du suicide est la responsabilité de tous.
2. 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. 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. 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. 5. De nombreux suicides peuvent être évités par des communautés bien informées, bienveillantes, compatissantes et engagées.
6. 6. Nous devons avoir le courage de faire face à la stigmatisation du suicide et la patience d'aborder la question de la compréhension de la santé mentale à l'échelle nationale et locale.

VI. 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 possibles 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 (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 de maladies mentales, de problèmes de consommation, de traumatismes et de deuil.
- 1,7 Participer à une campagne nationale de lutte contre la stigmatisation.
- 1,8 Participer à des initiatives de sensibilisation à la santé mentale.

2^e but — Développer un large soutien à la prévention, l’intervention et la postvention du suicide.

Objectifs :

- 2,1 Assurer une large représentation des intervenants gouvernementaux, privés et publics dans la poursuite de l’élaboration, l’adoption et la mise en œuvre de la stratégie de l’ACPS.
- 2,2 Augmenter le nombre d’employeurs et de groupes professionnels, bénévoles et autres à l’échelle nationale qui intègrent des activités de prévention du suicide, d’intervention et de postvention dans leurs programmes et leurs efforts continus.
- 2,3 Déterminer et accroître le nombre d’activités de promotion de la prévention du suicide, de l’intervention et de la postvention aux niveaux communautaires, provinciaux/territoriaux et nationaux.
- 2,4 Faciliter l’inclusion de la stratégie nationale de prévention du suicide dans les initiatives clés de la Commission de la santé mentale du Canada.

3^e but — Élaborer et mettre en œuvre une stratégie visant à réduire la stigmatisation associée à toutes les activités de prévention du suicide, d'intervention et de deuil.

Objectifs :

- 3,1 Augmenter la proportion du public qui accorde de l'importance à la santé mentale, physique, sociale, spirituelle et holistique.
- 3,2 Mieux faire comprendre au public que la santé mentale, le traitement de la dépression, des autres troubles de l'humeur et des maladies mentales, la toxicomanie, les traumatismes et les services de prévention du suicide sont des composantes fondamentales et essentielles des soins de santé dans les systèmes de soins de santé canadiens, provinciaux et territoriaux.
- 3,3 Faire mieux comprendre au public que rompre le silence qui entoure le suicide accroît les possibilités réalistes de sauver des vies et de réduire la souffrance.
- 3,4 Soutenir le lancement d'une campagne de lutte contre la stigmatisation par la Commission de la santé mentale du Canada et travailler en tant que partenaire actif de cette campagne.
- 3,5 Encourager l'utilisation d'un langage moins stigmatisant, comme le recommande l'Alberta Mental Health Board (www.amhb.ab.ca), qui préconise d'éviter les termes liés à la stigmatisation, tels que « suicide commis » ou « suicide terminé », et de promouvoir l'utilisation de termes tels que « mort par suicide » et « endeuillé par suicide ».
- 3,6 Accroître et améliorer la formation de tous les travailleurs de la santé, y compris les médecins, les infirmières, les travailleurs sociaux, les travailleurs de soins personnels, les psychologues, les psychothérapeutes, les travailleurs en santé mentale et en toxicomanie, et les conseillers personnels.

4^e but — Améliorer les connaissances des médias en matière de suicide.

Objectifs :

- 4,1 Élaborer des directives à l'intention des médias concernant le reportage sur le suicide et une formation visant à accroître les connaissances et la sensibilité.
- 4,2 Améliorer le reportage et la représentation du comportement suicidaire dans tous les médias.
- 4,3 Créer des prix médiatiques nationaux, provinciaux, territoriaux et communautaires pour récompenser l'excellence des reportages.
- 4,4 Élaborer et distribuer à chaque région un code d'éthique pour tous les médias concernant le suicide.

(B) Prévention, intervention et postvention

1^{er} but : Élaborer, mettre en œuvre et maintenir des programmes communautaires de prévention du suicide, d'intervention et de postvention, en respectant la diversité et la culture aux niveaux locaux, régionaux et provinciaux/territoriaux.

Objectifs :

- 1.1 Appuyer l'élaboration de stratégies spécifiques par les Inuits, les Premières Nations, les Métis et tous les peuples autochtones ; par exemple, la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones.
- 1.2 Soutenir l'élaboration de stratégies spécifiques pour :
 - Les personnes souffrant de dépression, d'autres troubles de l'humeur, de maladie mentale ou ayant des antécédents de comportements suicidaires
 - les personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles, transgenres, transsexuelles, intersexuées et bispirituelles.
- 1.3 Soutenir le développement de stratégies distinctes pour tous les groupes à haut risque.
- 1.4 Appuyer l'élaboration de stratégies de prévention par le gouvernement du Canada et par chaque province, territoire, région et communauté au Canada.
- 1.5 Soutenir l'élaboration de stratégies de sensibilisation et de prévention dans les milieux pour :
 - Les jeunes, les jeunes adultes, la famille, les prestataires de services communautaires, les employeurs,
 - Les districts scolaires et les associations d'écoles privées, les collèges et les universités,
 - Les établissements correctionnels,
 - Les services à domicile et communautaires pour les personnes âgées,
 - Les personnes handicapées,
 - L'armée, la police et les intervenants d'urgence,
 - La santé mentale, le personnel médical et les autres prestataires de soins de santé.
- 1.6 Soutenir le développement de centres de formation et de ressources techniques pour renforcer la capacité des provinces, des territoires, des régions et des communautés à mettre en œuvre et à évaluer des programmes de prévention du suicide.
- 1.7 Appuyer la mise en place d'une formation sur les facteurs de protection et sur les approches de la prévention du suicide axées sur les solutions.
- 1.8 Élaborer un programme de travail, un calendrier et des dates cibles pour la mise en œuvre de ces objectifs par chaque collectivité, région, province, territoire et le gouvernement du Canada. .

2e but : Réduire la disponibilité et la létalité des méthodes de suicide

Objectifs :

- 2.1 Augmenter la proportion de cliniciens de soins primaires, d'autres prestataires de soins de santé et de responsables de la santé et de la sécurité, qui évaluent régulièrement la présence de moyens létaux, notamment d'armes à feu, de drogues, de poisons et d'autres moyens à la maison, et qui informent sur les mesures à prendre pour réduire les risques associés.
- 2.2 Éduquer le public pour réduire l'accès aux moyens létaux.
- 2.3 Soutenir/prôner le développement et l'utilisation de la technologie pour réduire la létalité des moyens, par exemple, les verrous d'armes à feu, les commandes d'arrêt du monoxyde de carbone, les barrières de ponts, les barrières d'arrêt de métro, les conteneurs de médicaments.
- 2.4 Sensibiliser le public au risque spécifique de préjudice et de décès par suicide chaque fois qu'une arme à feu se trouve à la maison ou est disponible.
- 2.5 Promouvoir la législation nécessaire pour soutenir ces objectifs aux niveaux municipal, provincial et fédéral.

3^e but : Renforcer la formation à la reconnaissance des facteurs de risque, des signes d'alerte et des comportements à risque, ainsi qu'à la mise en place d'une intervention et d'une postvention efficaces, en ciblant les principaux gardiens, les bénévoles et les professionnels.

Objectifs :

- 3.1 Augmenter le nombre de groupes professionnels engagés dans la formation et la gestion des meilleures pratiques actuelles et des pratiques les plus prometteuses en matière de risque de suicide et d'identification et de promotion des facteurs de protection, des raisons de vivre et des approches axées sur les solutions.
- 3.2 Augmenter le nombre d'employeurs dans la formation et la gestion du risque de suicide et l'identification et la promotion des facteurs de protection.
- 3.3 Accroître la formation et la gestion du risque de suicide ainsi que l'identification et la promotion des facteurs de protection au sein des écoles et des systèmes éducatifs, et pour :
 - Les jeunes, la famille, les prestataires de services communautaires, les employeurs,
 - Les districts scolaires et les associations d'écoles privées, les collèges et les universités,
 - Les établissements correctionnels,
 - Les services à domicile et communautaires pour les personnes âgées,
 - Les personnes handicapées,
 - L'armée, la police et les intervenants d'urgence,
 - La santé mentale, le personnel médical et les autres prestataires de soins de santé.

4^e but : Développer et promouvoir une pratique clinique et professionnelle efficace (stratégies efficaces, normes de soins) pour soutenir les clients, les familles et les communautés.

Objectifs :

- 4.1 Augmenter le nombre de personnes qui bénéficient d'un diagnostic précoce et d'un traitement de santé mentale et qui poursuivent des plans de soins de santé mentale ou de soins

continus après avoir été traitées pour des comportements liés au suicide dans les services hospitaliers.

4.2 Soutenir l'élaboration et l'utilisation de lignes directrices pour l'évaluation et le traitement des comportements liés au suicide chez les personnes recevant des soins dans les établissements de soins de santé primaires, les services d'urgence, les services hospitaliers et les centres de traitement de la santé mentale et de la toxicomanie.

4.3 Appuyer l'élaboration et l'utilisation de lignes directrices pour l'évaluation et le traitement des comportements suicidaires chez les enfants, les jeunes, les adultes et les personnes âgées, comme les lignes directrices nationales de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMP) : L'évaluation du risque de suicide et la prévention du suicide.

4.4 Faciliter une compréhension précise et actuelle des comportements et des communications liés au suicide dans les manuels et autres documents utilisés pour la formation et l'éducation permanente des professionnels de la santé.

4.5 Soutenir l'élaboration et l'utilisation de lignes directrices pour l'éducation et le soutien des membres de la famille et des proches des personnes recevant des soins pour le traitement de troubles de santé mentale et de toxicomanie.

4.6 Augmenter le nombre d'activités de sensibilisation pour les personnes touchées par un comportement suicidaire.

4.7 Promouvoir l'élaboration de stratégies provinciales et régionales pour améliorer la prestation et l'accessibilité des services.

4.8 Soutenir l'élaboration et l'utilisation de lignes directrices pour l'évaluation des traumatismes et la promotion de services tenant compte des traumatismes.

4.9 Soutenir l'élaboration d'une formation sur les approches de la prévention du suicide axées sur les solutions.

5^e but : Améliorer l'accès et l'intégration en établissant des liens solides entre les composantes du continuum de soins, les services et les familles.

Objectifs :

5.1 Assurer un suivi dans les vingt-quatre heures suivant la sortie de l'hôpital ou une autre transition des soins pour toute personne considérée comme présentant un risque élevé, ou souffrant d'une maladie mentale grave ou ayant des antécédents de comportement suicidaire dans les trois mois précédents, et un contact en face à face dans un délai maximum de sept jours.

5.2 Élaborer des plans de soins individuels pour préciser les mesures à prendre si une personne considérée comme à haut risque, souffrant d'une maladie mentale grave ou ayant des

antécédents d'automutilation dans les trois mois précédents, ne se présente pas au suivi ou à la postcure ou est incapable de suivre le plan de soins tel qu'il a été conçu initialement.

- 5.3 Élaborer des lignes directrices et des protocoles pour rechercher activement et utiliser respectueusement l'apport collaboratif des familles et des amis.
- 5.4 Revoir et réformer la législation sur les soins de santé mentale afin de faciliter la participation appropriée des membres de la famille et de la communauté à la postcure.
- 5.5 Soutenir et aider la Commission de la santé mentale du Canada à atteindre son objectif d'un système de santé mentale intégré qui place les personnes atteintes de maladie mentale au centre de ses préoccupations.
- 5.6 Soutenir et aider l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale (ACMMSM), la recherche sur la connaissance de la santé mentale et les initiatives d'éducation publique.

6^e but : Donner la priorité à l'intervention et à la prestation de services pour les groupes à haut risque tout en respectant les spécificités locales, régionales et provinciales/territoriales.

Objectifs :

- 6.1 Améliorer le diagnostic et le traitement efficace des personnes atteintes de maladie mentale, de troubles de l'humeur, d'abus de substances et de toxicomanie.
- 6.2 Développer et promouvoir les interventions et la prestation de services coordonnés pour les personnes atteintes de maladie mentale, de troubles de l'humeur, d'abus de substances et de toxicomanie, et de troubles concomitants.
- 6.3 Élaborer et promouvoir des interventions et la prestation de services coordonnés pour les personnes en situation de détresse grave en tant que gaies, lesbiennes, bisexuels, transgenres, transsexuels, intersexués et bispituelles.

7^e but : Augmenter l'intervention et le soutien en cas de crise.

Objectifs :

- 7.1 Augmenter le nombre et la formation des programmes et des prestataires de services destinés aux personnes touchées par les comportements suicidaires.
- 7.2 Améliorer et augmenter les réseaux de crise et de soutien ainsi que les normes de certification adaptées aux besoins de chaque communauté.
- 7.3 Établir un programme canadien de certification des services d'intervention en situation de crise.

- 7.4 Créer un réseau national de lignes de crise pour relier les lignes de crise existantes et les sites Web afin de fournir des services là où il n'y en a pas.
- 7.5 Relier toutes les lignes de crise communautaire « accréditées » à travers le Canada, en utilisant un système d'accès/numérotation unique et un portail Web. Dans ce « réseau accrédité », les personnes qui appellent ou qui se connectent par l'entremise d'un réseau virtuel sont en mesure de se connecter et de recevoir un soutien émotionnel, 24 heures par jour, tous les jours, de la part de bénévoles hautement qualifiés, appuyés par du personnel professionnel en intervention de crise.
- 7.6 Créer une base de données nationale sur les ressources en matière de crise, accessible à toutes les lignes de crise et à tous les services d'intervention en cas de crise, par le biais de tous les médias électroniques et autres.
- 7.7 Élaborer et mettre en œuvre des structures de soutien pour les familles vivant avec des personnes suicidaires. Reconnaître leur rôle de soignants et de membres de l'équipe de soins..

8^e but : Augmenter les services et le soutien aux personnes endeuillées par suicide ou ayant fait une tentative de suicide.

Objectifs :

- 8.1 Augmenter le nombre de services de soutien, immédiats et à plus long terme, aux personnes touchées par un suicide.
- 8.2 Élaborer des normes de compétence et de soins pour ceux qui travaillent avec des personnes endeuillées par un suicide.
- 8.3 Élaborer des modules de formation à l'intention des premiers intervenants concernant les avis de décès, les arrangements funéraires, les systèmes de soutien communautaires et le suivi post-suicide.
- 8.4 Élaborer des lignes directrices et des trousseaux d'information à l'intention des entrepreneurs de pompes funèbres, des églises, des écoles, des établissements de soins de santé et d'autres ressources communautaires afin d'améliorer les services, l'éducation et le soutien aux personnes endeuillées par le suicide.

9^e but : Augmenter le nombre d'activités de prévention primaire.

Objectifs :

- 9.1 Augmenter le nombre de programmes fondés sur des données probantes qui favorisent la résilience et les facteurs de protection, ainsi que la formation et les fournisseurs de services dans ce domaine.
- 9.2 Accroître les connexions et le réseautage et améliorer la coopération et la communication entre les programmes de prévention du suicide, d'intervention et de postvention, et les

services et associations qui favorisent le bien-être communautaire, la santé publique et la prévention des blessures.

(C) Développement et transfert des connaissances

1^{er} but : Améliorer et étendre les systèmes de surveillance.

Objectifs :

- 1.1 Élaborer des normes et des protocoles cohérents pour la collecte d'informations sur les comportements et les communications liés au suicide.
- 1.2 Élaborer des normes à l'intention des coroners et de la police pour les aider à déterminer avec précision la manière dont le décès est survenu et à en rendre compte.

2^e but : Promouvoir et soutenir le développement d'outils d'évaluation efficaces.

Objectifs :

- 2.1 Accroître l'élaboration et l'utilisation de protocoles d'évaluation normalisés pour l'évaluation des programmes.
- 2.2 Développer et améliorer les liens et la communication entre les survivants, les ressources communautaires et les chercheurs afin de faciliter le transfert et l'assimilation des connaissances.

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

Objectifs :

- 3.1 Accroître l'étude et la communication des facteurs de risque, des signes d'alerte et des facteurs de protection pour les individus, les familles, les communautés et la société.
- 3.2 Rétablir l'élaboration du programme national de recherche sur le suicide par les Instituts de recherche en santé du Canada, établi pour la première fois en février 2003, en identifiant six grands thèmes de recherche continue. [Voir l'annexe 5].
- 3.3 Communiquer avec d'autres organismes de prévention du suicide à l'échelle internationale en ce qui concerne les pratiques exemplaires et prometteuses et les résultats d'apprentissage.

4^e but : Augmenter les occasions propices au partage d'informations.

Objectifs :

- 4.1 Accroître les possibilités, notamment les revues scientifiques, les conférences, les ateliers et la formation, de diffusion des données et des connaissances issues des activités de surveillance, d'évaluation et de recherche.

4.2 Créer une base de données nationale sur la recherche sur le suicide contenant des informations, des données et des ressources disponibles pour les agences et les entités appropriées.

(D) Financement et soutien

1er but : Augmenter le financement et le soutien de toutes les activités liées à la stratégie nationale de prévention du suicide de l'ACPS (2e édition).

Objectifs :

1.1 Approvisionnement des ressources financières appropriées et suffisantes par les secteurs public et privé, y compris tous les niveaux de gouvernement, les organisations, les institutions et les entreprises, pour le financement de la réalisation des buts et objectifs décrits dans la stratégie nationale de prévention du suicide de l'ACPS d'ici les trois ans.

1.2 Promulguer la recommandation 106 du rapport final de la Commission sénatoriale permanente des affaires sociales, de la science et de la technologie *Out of the Shadows at Last*.

1.2.1 Que le gouvernement fédéral appuie les efforts de l'Association canadienne pour la prévention du suicide et d'autres organisations qui travaillent à l'élaboration d'une stratégie nationale de prévention du suicide ».

1.3 Soutenir la défense des intérêts à tous les niveaux pour atteindre tous les buts et objectifs ci-dessus.

1.4 Élaborer un programme de travail, un calendrier et des dates cibles pour la mise en œuvre de ces objectifs par les secteurs public et privé, y compris tous les niveaux de gouvernement, les organisations, les institutions et les entreprises.

1.5 Donner la priorité aux initiatives et aux stratégies qui suivent le plus étroitement les lignes directrices, les buts et les objectifs de la présente stratégie de l'ACPS

2^e but : Assurer l'accès de tous les Canadiens à des services de santé, de bien-être et de rétablissement appropriés et adéquats, conformément à la Loi canadienne sur la santé.

Annexe 1

Rationnel de la stratégie

Le premier rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur la violence et la santé, publié en octobre 2002, indique que le suicide est la principale cause de mort violente dans le monde ; il fait plus de morts chaque année que toutes les victimes de guerre et tous les homicides réunis. Il indique que le suicide est l'une des principales causes de décès dans le monde et qu'il constitue donc un important problème de santé publique. Sur les 82 pays qui communiquent des statistiques sur le suicide à l'OMS, le Canada se classe au 26^e rang, ce qui le place dans le tiers supérieur des pays ayant les taux les plus élevés. Le gouvernement national du Canada est conscient que le suicide est un problème communautaire grave depuis près de deux décennies, ayant publié le rapport d'un groupe de travail national sur le suicide en 1987 et une mise à jour complète en 1994. Le comportement suicidaire est une action, et non une maladie, qui peut avoir un résultat fatal. Il ne résulte pas d'une cause unique. Le comportement suicidaire (dont le résultat est fatal ou non) est le résultat d'une interaction de facteurs biopsychosociaux complexes qui comprennent des problèmes de santé mentale et d'autres conditions de risque comme l'isolement social, la vulnérabilité biologique, les traumatismes, le stress, la violence familiale, la maladie et l'abus de substances ; une interaction que les communautés autochtones ont comprise depuis longtemps comme impliquant une constellation de problèmes personnels et communautaires plus larges.

La nature tragique et complexe du suicide a des conséquences traumatisantes et en chaîne pour les individus et leur entourage. Le décès d'une personne affecte ses parents, ses enfants, ses frères et sœurs et ses grands-parents, en plus des membres de sa famille, de ses amis, de ses enseignants, de ses collègues de travail et d'autres personnes qu'elle connaît. Bien que des comptes rendus descriptifs soient disponibles, ni la recherche canadienne ni la recherche internationale ne se sont suffisamment concentrées sur l'impact du suicide sur le bien-être de ceux qui restent.

Le suicide est généralement considéré comme un acte évitable. Si l'on veut réduire son impact sur les Canadiens, il nous faut :

- a) Une meilleure compréhension de la nature du suicide et des comportements liés au suicide,
- b) Une stratégie nationale conçue pour mobiliser les politiques et les services et,
- c) Une éducation sur les attitudes du public à l'égard du suicide et de sa prévention.

Une stratégie nationale exige qu'un large éventail d'individus et d'organisations, publics et privés, s'associent à la cause commune de la prévention par la coordination et le développement de services appropriés dans les communautés de tout le pays.

Pourquoi le Canada devrait-il mettre en œuvre une stratégie nationale de prévention du suicide ?

Nous devons faire mieux. En travaillant ensemble, nous ferons mieux. Bien que de nombreux Canadiens, dans de nombreux domaines et dans de nombreux milieux, aient accompli beaucoup de choses, il n'existe aucun moyen d'exprimer notre volonté collective de construire, de partager et d'améliorer nos efforts en utilisant notre expérience et notre expertise cumulatives.

1. Le taux de suicide du Canada est plus élevé que celui d'un certain nombre d'autres pays industrialisés.

Le taux de suicide du Canada pour 100 000 habitants se situe dans la moyenne des pays du G8 (Canada, France, Allemagne, Italie, Japon, Fédération de Russie, Royaume-Uni, États-Unis) qui communiquent des statistiques sur le suicide à l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Le taux canadien est plus élevé que celui de l'Italie, du Royaume-Uni et des États-Unis¹. On observe une tendance constante à la hausse du taux de suicide depuis les années 1950, avec une augmentation de 75 %, passant d'une moyenne décennale de 7,3 dans les années 1950 à 12,8 dans les années 1990. Le taux a augmenté de manière significative des années 1960 aux années 1970, mais est resté relativement stable tout au long des années 1980 et 1990. Au milieu de la première décennie des années 2000, une baisse encourageante de 9 % a été enregistrée, mais l'évolution globale entre 1950 et aujourd'hui est toujours une augmentation affligeante de 60 %. L'impact de cette augmentation est particulièrement marqué chez les adolescents et les jeunes adultes (15-24 ans). En 2000, seuls deux pays du G8, le Japon et la Fédération de Russie avaient des taux de jeunes plus élevés que le Canada. Le taux de jeunes hommes du Canada se classe au deuxième rang après la Russie et au troisième rang pour les femmes après la Russie et le Japon. Nos taux de jeunes hommes sont presque 20 % plus élevés que ceux des États-Unis et plus de 90 % plus élevés que ceux du Royaume-Uni. Dans l'ensemble, plus de jeunes Canadiens meurent par suicide que par maladie ou par la plupart des autres formes de blessures. Au début du 21^e siècle, le taux de suicide au Canada était, de façon alarmante, 45 % plus élevé que le taux de décès par collision automobile. Le taux chez les jeunes hommes était de 4 % supérieur. Seules les jeunes femmes avaient un taux de décès par accident de la route plus élevé².

2.Plus de 3 500 Canadiens meurent par suicide chaque année.

Bien que Statistique Canada recueille des données sur le suicide depuis 1924, l'information était incomplète jusqu'en 1956, année où les données territoriales ont été incluses. Jusqu'en 1950, les taux de suicide chez les femmes variaient entre un maximum de 7,0 et un minimum de 4,8, ce qui est très semblable aux taux actuels. Les taux masculins variaient entre un maximum de 24,0 à la fin des années 1920 et un minimum de moins de 15,0 pendant la Seconde Guerre mondiale. Les premières années du 21^e siècle ont vu les taux approcher à nouveau les 20³.

Depuis 1950, la population canadienne est passée de moins de 14 millions à plus de 33 millions en 2007, soit une augmentation de 138 %. Le nombre de suicides annuels a plus que triplé (238 %), passant d'un peu plus de 1 000 à plus de 3 600 en 2004. Le Canada continue de connaître plus de 10 décès par suicide par jour, une statistique quotidienne qui afflige notre pays depuis plus de 15 ans. Les taux normalisés selon l'âge sont passés d'une moyenne décennale de 8,5 dans les années 1950 à 12,8 dans les années 1990, soit une augmentation de près de 32 %. L'augmentation la plus significative a eu lieu dans les années 1960, où les chiffres annuels ont presque doublé entre 1959 et 1969. Le nombre de suicides a atteint un pic de 4 000 en 1999. Depuis lors, on observe une diminution modeste et encourageante de 9 % jusqu'en 2004⁴.

Les taux de suicide chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis au Canada sont très préoccupants, mais les informations complètes permettant de comprendre pleinement leurs origines restent limitées. En 2000, le taux des Premières Nations était de 24,0, soit le double du taux de la population générale. Dans les régions inuites, entre 1999 et 2003, le taux moyen dans l'ensemble des régions était de 135,0, soit dix fois le taux de la population générale. Cependant, même avec des taux élevés par rapport à la population générale, de grandes variations sont notées dans plusieurs études. En Colombie-Britannique, sur une période de 8 ans (1993-2000), les taux variaient de 0,0 à 120,0 dans plusieurs communautés, 12 % des communautés ayant enregistré 90 % de tous les suicides. Dans l'ensemble, on ne peut ignorer le fait que le taux de suicide chez les autochtones est au moins trois fois supérieur à celui de la population générale⁵.

Le suicide est un grave problème de santé communautaire, comme l'indique le nombre d'années potentielles de vie perdues à cause du suicide. Au début du siècle, le suicide se classait au troisième rang, après le cancer et les maladies cardiaques, tous âges confondus, en termes d'années potentielles de vie perdues chez les hommes. Chez les femmes, le suicide occupait la quatrième place après le cancer, les maladies cardiaques et les accidents de la route. En 2000, le suicide se classait au deuxième rang (725) derrière les blessures non intentionnelles (1 036) pour le plus grand nombre d'années potentielles de vie perdues par 100 000 habitants chez les hommes. Chez les femmes, le suicide (179) se classait au quatrième rang derrière les blessures non intentionnelles (375 ans), le cancer du poumon (344 ans) et le cancer du sein (339 ans). Chez les membres des Premières Nations, le nombre d'années potentielles de vie perdues était plus élevé que celui de tous les cancers combinés et 50 % plus élevé que celui des années potentielles perdues en raison de toutes les maladies du système circulatoire. Les populations des Premières Nations ont perdu trois fois plus d'années potentielles de vie par suicide que l'ensemble des Canadiens. Chez les membres des Premières Nations (dans les réserves), le suicide (1 495 années) s'est classé au deuxième rang après les blessures non intentionnelles (3 218 années) pour le plus grand nombre d'années potentielles de vie perdues par 100 000 personnes. La même année, au Nunavut, où les Inuits représentent 85 % de la population, le suicide s'est classé au premier rang pour le plus grand nombre d'années potentielles de vie perdues par 100 000 habitants (3 619,1 ans), suivi des blessures non intentionnelles (2 827 ans).

3. Le suicide est une des principales causes de décès chez les Canadiens âgés de 15 à 54 ans.

En 2000, le suicide était la principale cause de décès chez les hommes canadiens âgés de 15 à 54 ans, ce qui est considérablement plus élevé que les décès dus aux collisions de véhicules à moteur. Ce n'est que dans le groupe d'âge le plus jeune, celui des 15 à 24 ans, que les décès dus aux collisions de véhicules à moteur étaient légèrement plus élevés. Au début du siècle, le suicide était la principale cause de décès chez les hommes dans deux groupes d'âge : 25-29 ans et 40-44 ans. Chez les femmes, il était la principale cause de décès dans le groupe d'âge des 30-34 ans. Tragiquement, chez les jeunes des Premières Nations, le suicide était la principale cause de décès d'un groupe encore plus jeune, les enfants et les adolescents de 10 à 19 ans, représentant 38 % de tous les décès de ce groupe d'âge. La tragédie de cette perte est notée dans le fait qu'elle est encore plus élevée que les 30 % de personnes tuées dans des collisions de véhicules à moteur.

4. Décès par suicide ou par collision de véhicules à moteur chez les jeunes Canadiens âgés de 15 à 24 ans

En 2000, le taux de décès par collision de véhicules à moteur chez les jeunes était de 15,2 pour près de 640 décès⁶. Les suicides venaient juste derrière les blessures par collision de véhicules à moteur, à 12,8 pour 540 décès, comme principale cause de décès chez les jeunes Canadiens. Ce qui est le plus troublant, c'est que les preuves montrent que les décès dus aux collisions de véhicules à moteur diminuent depuis plusieurs années alors que les taux de suicide chez les jeunes sont en hausse.

5. Le suicide est la troisième cause de décès chez les adultes âgés de 25 à 49 ans qui se trouvent dans la première tranche d'âge parental.

Après les cancers et les maladies de l'appareil circulatoire, le suicide est l'une des principales causes de décès dans ce groupe d'âge et la deuxième cause de décès chez les hommes. L'un des principaux facteurs qui permettent aux gens de gérer le stress évident de la vie quotidienne est une relation familiale stable. Le suicide d'un membre de la famille est l'un des facteurs de stress les plus importants auxquels une famille peut être confrontée. Les adultes âgés de 25 à 49 ans sont dans leurs premières années de responsabilité parentale et les taux de suicide des hommes de cet âge sont parmi les plus élevés de tous les groupes d'âge. Le suicide est également la troisième cause de décès chez les femmes de ce groupe d'âge.

6.Plus de 350 000 Canadiens se font délibérément du mal chaque année.

Les recherches menées dans le cadre d'enquêtes sur la population générale montrent que les taux de comportements liés au suicide qui n'entraînent pas d'issue fatale peuvent être jusqu'à 100 fois plus élevés que les taux de suicide. Bien qu'il soit difficile d'obtenir des chiffres nationaux précis sur les comportements non mortels liés au suicide, le registre national des traumatismes a signalé 23 000 hospitalisations dues à des comportements non mortels liés au suicide en 2001-2002.⁵ Le taux ajusté en fonction de l'âge était de 76,0 pour 100 000, soit six fois plus que le taux national de suicide. Les femmes représentaient 62 % de toutes les hospitalisations. Deux groupes d'âge présentaient les taux d'hospitalisation les plus élevés : 15-19 ans pour les femmes et 35-39 ans pour les hommes. Contrairement à ce que l'on croit généralement, les hospitalisations d'hommes étaient supérieures à celles des femmes dans presque tous les groupes d'âge de 20 ans ou plus. Au-delà des tentatives et des hospitalisations signalées, la communication liée au suicide augmente également l'ampleur du risque de suicide. La plus récente enquête nationale sur la santé communautaire au Canada a révélé que 3,7 % des personnes de plus de 15 ans avaient pensé au suicide au cours des 12 derniers mois⁷.

7.Les hommes sont plus susceptibles de mourir par suicide, mais les femmes sont plus susceptibles de survivre à une tentative de suicide.

Depuis les années 1950, le taux de suicide chez les hommes au Canada a été au moins trois fois plus élevé que chez les femmes, atteignant un sommet quatre fois plus élevé dans les années 1990 et retombant à un ratio 3,5 fois plus élevé en 2001 en raison d'un nombre inférieur de décès chez les hommes (2 869) et d'une légère augmentation des décès chez les femmes (819). Les taux pour les hommes ont augmenté régulièrement, passant d'un minimum de 12,8 au milieu des années 1950 à un maximum de 18,0 dans les années 1960, pour remonter dans les années 1970 jusqu'à 22,0. Une nouvelle augmentation régulière a été constatée dans les années 1980, avec un pic de 23,0 en 1983, suivi d'une baisse à 19,7 en 1990. Il y a eu une autre augmentation à 21,0 en 1999 suivie d'une diminution encourageante à 17,3 en ²⁰⁰⁴⁸. Les hommes sont plus susceptibles d'utiliser la pendaison et les armes à feu dans leurs actes de suicide, ce qui réduit les possibilités de sauvetage.

Les femmes présentent également un risque élevé de suicide, mais elles ont tendance à utiliser des méthodes létales moins immédiates dans leurs tentatives de suicide et ont donc plus de chances de survivre. Elles sont plus susceptibles d'utiliser des drogues, des poisons et des gaz, ce qui leur donne de meilleures chances d'empêcher la mort par une intervention médicale efficace. Le taux de suicide chez les femmes était de 4,0 pour 100 000 en 1950, augmentant jusqu'à un maximum de 7,8 dans les années 1970 et diminuant régulièrement depuis lors pour atteindre un minimum de 5,4 en 2004⁹.

8.Près de 2,5 millions de Canadiens sont touchés par des comportements liés au suicide chaque année.

En utilisant une estimation prudente de six personnes personnellement touchées par des comportements liés au suicide, près de 2,5 millions de Canadiens sont touchés chaque année. Les comportements suicidaires nous touchent tous, familles, amis, camarades de classe, collègues de travail et nous-mêmes. La plupart des survivants sont affectés dans leurs réseaux sociaux par des attitudes de jugement ou des tabous culturels ou religieux envers le suicide.

9.Plusieurs études (Canada et États-Unis) ont estimé le coût du suicide pour la société.

Le coût estimé d'un suicide varie de 433 000 \$ à 4 131 000 \$ par individu selon les années potentielles de vie perdues, le niveau de revenu et les effets sur les survivants. Une importante étude canadienne réalisée au Nouveau-Brunswick a estimé le coût moyen direct et indirect par suicide à 850 000 \$¹⁰.

Le coût estimé des comportements non mortels liés au suicide varie de 33 000 \$ à 308 000 \$ par personne, selon les services hospitaliers, la réadaptation nécessaire, les perturbations familiales et le soutien requis après la tentative. La détresse psychologique et les problèmes de santé mentale permanents peuvent entraîner un traitement et des soins à long terme pour la personne suicidaire et les membres de sa famille. Le comportement suicidaire d'un membre de la famille peut amener d'autres membres de la famille à choisir des réponses similaires à la détresse dans le futur.

10. Le suicide peut être prévenu — mais la prévention exige une stratégie globale guidée par une politique fédérale et mise en œuvre avec la pleine participation du gouvernement fédéral.

Les conditions évidentes dans la population canadienne qui mènent à des comportements suicidaires se manifestent également dans d'autres problèmes sociaux tels que la violence envers les autres, l'abus de substances, la délinquance, la rupture d'emploi, la pauvreté et l'éclatement de la famille. Une stratégie nationale qui contribue à la réduction du suicide peut également contribuer à la réduction de nombreux autres problèmes sociaux.

Notes de bas de page

¹World Health Organization. *Table 1: Numbers and Rates of Registered Deaths*. Retrieved from: http://www.who.int/whosis/database/mort/table1_process.cfm

²World Health Organization. *Table 1: Numbers and Rates of Registered Deaths*. Retrieved from: http://www.who.int/whosis/database/mort/table1_process.cfm

³Statistics Canada. (n. d.). *Suicides Canada 1950-1994*. Ottawa, ON.

⁴Statistics Canada. (2006) (2007). *Mortality, Summary List of Causes, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004*. Ottawa, ON: Author.

⁵Kirmayer, L.Brass, G.Holton, T.Simpson, C.Tait, C.(2007). *Suicide Among Aboriginal People in Canada*.Ottawa: Aboriginal Healing Foundation.

⁶CIHR (2004). Hospitalizations due to suicide attempts and self-inflicted injury in Canada, 2001-2002. *National Trauma Registry Bulletin*. Toronto: Canadian Institute for Health Information.

⁷Canadian Community Health Survey. Retrieved from: <http://www.statcan.ca/english/freepub/82-617-XIE/index.htm>

⁸Statistics Canada. (2007). *Mortality, Summary List of Causes, 2004*. Ottawa, ON.

⁹Statistics Canada. (2007). *Mortality, Summary List of Causes, 2004*. Ottawa, ON.

¹⁰Clayton, D., & Barceló, A. (1999). *The cost of suicide mortality in New Brunswick*, 1996. *Chronic Diseases in Canada*, 20(2), 89-95.

Annexe 2

Initiatives actuelles de prévention du suicide au Canada

À l'échelle du Canada

En 2004, le premier ministre a reconnu le problème du suicide chez les jeunes Autochtones du Canada et a promis un financement pluriannuel pour aider à soutenir une Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones (SNPSJA), axée sur la réduction des risques et la promotion des facteurs de protection à tous les niveaux de prévention, du primaire au tertiaire, et par le développement des connaissances. Un financement a été accordé en 2006-2007 par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits pour l'élaboration d'un document intitulé ***Acting on What We Know: Preventing Youth Suicide in First Nations***. Des travaux sont en cours pour améliorer encore le NAYPS. Voir <http://www.honouringlife.ca/>, pour plus d'informations.

En mai 2006, la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMH) a publié un document intitulé ***Lignes directrices nationales sur la santé mentale des personnes âgées : L'évaluation du risque de suicide et la prévention du suicide***, grâce au financement fédéral de l'Agence de la santé publique du Canada et des Instituts de recherche en santé du Canada, ainsi qu'à un certain financement de l'industrie. Le CCSMH a poursuivi l'élaboration d'une trousse d'application des connaissances sur le suicide chez les personnes âgées à l'intention des fournisseurs de soins de santé et de santé mentale qui travaillent avec les personnes âgées et leur famille, financée en partie par l'Agence de la santé publique du Canada. Voir www.ccsmh.ca, pour plus d'informations et pour des téléchargements gratuits.

Le Canada atlantique

Nouveau-Brunswick

La Commission de la santé mentale offre une formation sur l'intervention en cas de suicide aux soignants, en anglais et en français. Un suicidologue provincial a récemment été nommé.

En septembre 2007, un document intitulé ***Connecting to Life : Provincial Suicide Prevention Program*** a été publié par le ministère de la Santé du gouvernement du Nouveau-Brunswick. Consultez le site <http://www.gnb.ca/0055/index-e.asp>, pour plus d'informations ou rendez-vous sur le site <http://www.gnb.ca/0055/pdf/4768e-compressed.pdf>, pour télécharger le document.

Terre-Neuve et le Labrador

Une formation à l'intervention en cas de suicide est assurée par des formateurs indépendants. En 2007, une annonce de financement a été faite pour l'administration des initiatives de prévention du suicide chez les jeunes par l'intermédiaire de la Federation of Newfoundland Indians (FNI). Dans le budget 2006, le gouvernement a fourni des fonds pour les initiatives de prévention du suicide dans le cadre du Suicide Prevention Grants Program du ministère du Labrador et des Affaires autochtones. Voir <http://www.releases.gov.nl.ca/releases/2007/laa/0320n01.htm> pour plus d'informations.

Nouvelle-Écosse

Il existe maintenant un réseau provincial relié par un bulletin local, ***Suicide Alert***, un symposium annuel, le NS Symposium on Suicide, et un comité de leadership et de coordination, le N. S. Community Network to Address Suicide. Ce type de coordination interorganismes, bien qu'il s'agisse d'un arrangement relativement nouveau et non structuré, existe à l'échelle de la province. En novembre 2006, le Provincial Strategic Framework Development Committee a publié un document intitulé ***Nova Scotia Strategic Framework to Address Suicide*** afin d'aider à intégrer des approches efficaces pour résoudre le problème du suicide dans cette province (disponible pour téléchargement à l'adresse suivante : <http://www.gov.ns.ca/ohp/injuryPrevention/SuicideFramework.pdf>). Voir. : <http://www.gov.ns.ca/hpp/injuryPrevention.html>, pour plus d'information. La province avait déjà publié la ***Nova Scotia Injury Prevention Strategy : Report and Recommendations*** (disponible en téléchargement à l'adresse http://www.injurypreventionstrategy.ca/downloads/NS_IP_strategy.pdf).

Île-du-Prince-Édouard

Des services de crise communautaires et une formation à l'intervention indépendante en cas de suicide sont offerts. Un comité provincial interagences de prévention du suicide travaille à la réduction du taux de suicide et à l'atténuation de l'impact du suicide à l'Île-du-Prince-Édouard. Pour de plus amples renseignements, consultez le site Web local de l'ACSM.

Autres

Formation à l'intervention en cas de suicide offerte par des formateurs indépendants ainsi que par des centres de crise et de détresse dans de nombreuses collectivités du Canada atlantique. Il n'existe pas de programme de formation normalisé ni de normes minimales établies pour le personnel ou les bénévoles.

Le centre du Canada

Québec

Le Québec dispose 1) d'une politique provinciale établie avec un financement désigné, 2) d'un réseau établi de centres communautaires de crise/détresse, 3) de conférences annuelles et d'activités dans le cadre de la semaine de sensibilisation, 4) d'une formation indépendante sur l'intervention en cas de suicide et 5) d'un centre de recherche sur la prévention du suicide financé par le gouvernement. Le répertoire des ressources disponibles produit par le Conseil permanent de la jeunesse est disponible. En 1998, le gouvernement du Québec a publié la ***Stratégie québécoise de Prévention du Suicide : (Stratégie québécoise D'Action Face Au Suicide : S'entraider pour la vie)*** portant sur la période 1997-2002 (copies en français et en anglais actuellement disponibles pour téléchargement à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1997/97-237-a.pdf>). Le gouvernement a depuis publié le ***Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens***, qui traite du système provincial de santé mentale.

Ontario

La province dispose d'une formation indépendante en matière d'intervention en cas de suicide et de deuil et d'un réseau établi de centres de crise/détresse. Certains organismes et initiatives régionaux de prévention du suicide, comme le Hamilton Suicide Prevention Council, le London Middlesex Suicide Prevention Council, le Northern Ontario Suicide Prevention Network, le Ottawa-Carleton Regional Inter-Agency Suicide Prevention Committee, la Arthur Sommer Rotenberg Research Chair de l'Université de Toronto (établie grâce à un financement privé) et le Toronto Council on Suicide Prevention. Le Réseau ontarien de prévention du suicide, récemment créé et non financé, s'efforce d'améliorer l'éducation, le réseautage et le partage des ressources en matière de prévention du suicide. Il existe actuellement deux stratégies régionales

de prévention du suicide dans la province de l'Ontario, toutes deux publiées en 2006. La Niagara Suicide Prevention Coalition a publié la **Niagara Region Suicide Prevention Strategy**, voir <http://www.cmhniagara.ca/documents/NSPCStrategyFinal.pdf>. Le Waterloo Region Suicide Prevention Council (<http://www.wrspc.ca/>) a publié la **Waterloo Region Suicide Prevention Strategy**, voir http://www.wrspc.ca/pdf/Suicide_Prevention_Strategy_Final_Report_April_2006.pdf.

L'ouest du Canada

Manitoba

La province dispose d'une formation et de ressources en matière de prévention du suicide, avec un personnel responsable de la santé mentale au sein du gouvernement et une responsabilité régionale pour les services directs par le biais des autorités régionales de santé ; cependant, sans financement désigné pour les services de prévention du suicide. Des formateurs indépendants et des centres de crise/détresse offrent des services. En 2003, l'Office régional de la santé de Winnipeg a publié un document intitulé **Discussion Paper for the Development of a Suicide Prevention Strategy for the Winnipeg Health Region** (document de travail pour l'élaboration d'une stratégie de prévention du suicide pour la région sanitaire de Winnipeg) décrivant le problème du suicide, les stratégies de prévention du suicide disponible à ce jour et demandant l'élaboration d'un plan régional de prévention du suicide (actuellement téléchargeable à l'adresse http://www.wrha.mb.ca/community/mentalhealth/files/Suicide_Prevent_Feb04.pdf). En 2006, un groupe de travail multisectoriel composé de représentants des offices régionaux de la santé, des groupes d'entraide, des consommateurs, des membres de la famille et des communautés des Premières Nations et des Métis a produit un Cadre de planification de la prévention du suicide au Manitoba. En 2008, le ministère de la Santé et de la Vie saine du Manitoba a nommé un coordonnateur provincial de la prévention du suicide.

Saskatchewan

Programme de sensibilisation au suicide chez les adolescents (**Adolescent Suicide Awareness Program - ASAP**) coordonné par le gouvernement depuis 1992, avec un animateur désigné pour la prévention du suicide chez les jeunes dans chaque district sanitaire et un coordinateur provincial à temps partiel qui assure la prévention du suicide, l'identification précoce, l'intervention en cas de crise, l'évaluation spécialisée, le traitement et la consultation, la réponse post-intervention et traumatique, le conseil en matière de deuil et de traumatisme, et l'élaboration de politiques. Un programme de prévention du suicide chez les jeunes (**Friends For Life**), financé par une entreprise, a été mis en place, mais il est en train de s'éteindre avec la fin du financement. Des formateurs indépendants et des centres de crise/détresse travaillent dans toute la province.

Alberta

La province a mis en place des programmes provinciaux depuis 1981 avec des composantes reconnues internationalement, mais initialement sans politique provinciale officielle. Parmi les composantes actives, citons le Suicide Information & Education Centre (SIEC), le seul centre de ressources sur le suicide financé par une province au Canada, et le Suicide Prevention Training Programs (SPTP), le premier programme financé par la province pour élaborer, offrir et coordonner la formation des gardiens et des soignants en matière d'intervention, de postvention et de sensibilisation au suicide. Des centres de crise/détresse indépendants offrent des services. En 2005, l'Alberta Mental Health Board (AMHB) a publié **A Call to Action: The Alberta Suicide Prevention Strategy** établissant une stratégie provinciale de prévention du suicide (actuellement disponible pour téléchargement à l'adresse : http://www.amhb.ab.ca/Publications/reports/Documents/AMHB_SPS_mainMar06.pdf) ; pour plus

d'informations, voir www.amhb.ab.ca. Étant donné les taux élevés de suicide chez les jeunes autochtones, le gouvernement de l'Alberta a répondu aux demandes d'aide des chefs et des conseils autochtones et a contribué à la création de la **Aboriginal Youth Suicide Prevention Strategy** afin de sensibiliser et d'améliorer la prévention du suicide par l'échange de connaissances et le financement de projets ; pour plus d'informations, voir <http://www.acicr.ualberta.ca/AYSPS.htm>.

Colombie-Britannique

L'initiative de prévention, d'intervention et de postvention (PIP) du suicide en Colombie-Britannique a débuté en 2008 et vise à élaborer et à promouvoir un cadre et un modèle de planification pour les initiatives locales, régionales et provinciales portant sur la prévention, l'intervention et la postvention du suicide tout au long de la vie. Le cadre fournira des objectifs, des actions et un modèle logique autour des priorités PIP déterminées par les parties prenantes. Le modèle de planification aidera à guider les programmes dans le développement, la mise en œuvre, l'amélioration et l'évaluation des services PIP. La date d'achèvement prévue est septembre 2009.

Les autres initiatives de la Colombie-Britannique comprennent :

- Depuis 2004, dans le cadre d'un réseau de cinq lignes de crise accréditées par l'AAS en Colombie-Britannique, le service de prévention 1-800 SUICIDE offre un soutien téléphonique gratuit et confidentiel 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 aux Britanno-Colombiens.
- Suicide Attempt Follow-up, Education and Research (SAFER) dispose de professionnels formés travaillant à réduire le risque de suicide pour les personnes en crise, à fournir une assistance aux familles et aux amis, à aider les personnes endeuillées par le suicide et à fournir une éducation, une formation et une consultation pour la prévention, l'intervention et la postvention du suicide.
- Depuis 2005, l'équipe autochtone d'intervention en cas de suicide et d'incident critique (ASCIRT) a établi un partenariat avec les communautés, fournissant des connaissances et des compétences pour que chaque communauté puisse développer sa propre réponse aux incidents critiques et au suicide. Des animateurs autochtones (des professionnels des services humains communautaires qui servent dans 19 des 29 communautés soutenues par l'Inter Tribal Health Authority) animent des ateliers communautaires de prévention du suicide, d'intervention et de postvention, des ateliers pour les jeunes et des réponses aux incidents critiques.

Le nord du Canada

Nunavut

Entre 1999 et 2007, environ 40 % des 553 décès à déclaration obligatoire ayant fait l'objet d'une enquête par le bureau du coroner au Nunavut concernaient des décès par suicide de jeunes hommes. En réponse à cette situation choquante, le gouvernement du Nunavut a publié en 2007 un document intitulé **Annirusuktugut : A Suicide Intervention and Prevention Strategy for the Government of Nunavut** (voir <http://www.gov.nu.ca/annirusuktugut/jun29a.pdf>).

Le Yukon

La province a mis en place une formation indépendante sur l'intervention en cas de suicide et certains ministères soutiennent la formation du personnel.

Territoires du Nord-Ouest

Une initiative de formation coopérative gouvernement/fondation sur l'intervention en cas de suicide en est aux dernières étapes de la formation des formateurs. La province dispose de services de crise/détresse bénévoles dans certaines communautés et offre une certaine formation indépendante.

Ressources de crise/détresse à travers le Canada

Association canadienne pour la prévention du suicide (ACPS)

Une association à but non lucratif qui se consacre à la réduction des comportements suicidaires.

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

Le rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones sur le suicide, qui contient de nombreuses recommandations.

Services correctionnels du Canada

Une formation à l'intervention face au suicide pour le personnel et les détenus, utilisant le programme d'intervention face au suicide LivingWorks, est offerte dans les régions de l'Atlantique, de l'Ontario et des Prairies.

Centres de crise/détresse

Partout au Canada, des collectivités ont mis sur pied des centres de détresse et de crise pour répondre aux comportements suicidaires et à d'autres situations de crise. Ces centres sont principalement exploités par un grand nombre de bénévoles et peu de personnel professionnel rémunéré. La formation n'est pas normalisée. Il n'existe pas de programme de formation normalisé ou de normes minimales établies pour le personnel ou les bénévoles et les normes sont établies individuellement par chaque organisme. Il n'existe pas de normes canadiennes universelles ni de critères d'accréditation et d'évaluation externes à l'échelle nationale. Un certain nombre de centres de détresse ont été certifiés par l'American Association of Suicidology, mais il n'existe encore aucune autre norme de certification canadienne.

Gouvernement du Canada

A mis sur pied le Groupe de travail sur le suicide au Canada qui a donné lieu à la publication du rapport ***Le suicide au Canada***, 1987 et de la mise à jour en 1994. Certaines recherches sur le suicide ont été financées, mais aucune demande spécifique de propositions de la part du gouvernement fédéral pour la recherche sur le suicide. Des réunions nationales ont été organisées pour discuter de la prévention du suicide. Santé Canada et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ont organisé conjointement un atelier spécial sur la recherche sur le suicide en février 2003 à Montréal (voir <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/18918.html>, et l'Annexe 5 pour plus d'information).

Un document d'information intitulé ***Suicide-Related Research in Canada : A Descriptive Overview*** (White, 2003) a été préparé pour cet atelier et mis à jour par la suite avec l'aide des participants à l'atelier (pour télécharger une copie de ce document, voir <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/mh-sm/suicide-research/index-eng.php>).

Jeunesse, J'écoute

Une ligne d'écoute téléphonique gratuite avec du personnel professionnel pour 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 menée en 1997 sur le suicide chez les avocats 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 organise des conférences de cinq jours sur la prévention du suicide dans les communautés autochtones, gérées et dispensées par le SPITP à Calgary. Des formateurs autochtones sont utilisés et les membres de la communauté sont formés pour établir et exploiter leurs propres services de prévention du suicide.

SIEC

Le Suicide Information and Education Centre du Centre de prévention du suicide offre un service de collecte, de recherche dans les bases de données et de livraison de documents. Il fournit des informations sur la prévention du suicide via Internet, sur CD-ROM et par le biais de diverses publications et séries. Pour plus d'informations, voir <http://www.suicideinfo.ca/>.

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 in 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 du Canada et des Nations Unies pour la prévention du suicide.

Pourquoi le Canada ?

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 pour les politiques et programmes de développement de la protection sociale dans un avenir proche*, 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 question 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 — comment le Canada est arrivé là où il est aujourd'hui ?

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 : ***Prévention du suicide - Lignes directrices pour la formulation et la mise en œuvre de stratégies nationales.***

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.

2004

L'ACPS publie la Stratégie nationale de prévention du suicide de l'ACPS lors de sa conférence annuelle, qui se tient à Edmonton, en Alberta. La stratégie est très bien accueillie et sert de base à diverses stratégies provinciales et communautaires dans tout le pays (voir ci-dessus).

2005

L'ACPS publie le plan d'affaires et de mise en œuvre de la Stratégie de l'ACPS lors de sa conférence annuelle, qui se tient à Ottawa (Ontario). Le ministre fédéral de la Santé de l'époque, Ujjal Dosanjh, prononce un discours liminaire, soutient publiquement le leadership de l'ACPS en matière de prévention du suicide au Canada et évoque la nécessité d'une stratégie canadienne en matière de santé mentale.

2006

Dans le rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (communément appelé « Commission Kirby ») intitulé ***De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*** (document actuellement disponible pour téléchargement en deux parties à l'adresse : <http://www.parl.gc.ca/39/1/parlbus/commbus/senate/Com-e/SOCI-E/rep-e/pdf/rep02may06part1-e.pdf> et <http://www.parl.gc.ca/39/1/parlbus/commbus/senate/Com-e/SOCI-E/rep-e/pdf/rep02may06part2-e.pdf>).

L'honorable Michael J.L.Kirby (président) et l'honorable Wilbert Joseph Keon (vice-président) soulignent le besoin critique d'efforts de prévention du suicide à l'échelle nationale et reconnaissent que la stratégie de l'ACPS constitue un cadre pour les efforts nationaux de prévention du suicide. Le rapport indique expressément que « le Comité estime qu'il y a lieu de faire avancer l'initiative de l'Association canadienne pour la prévention du suicide visant l'élaboration d'une stratégie nationale de prévention ». (p. 426), et recommande que le gouvernement canadien « soutienne les efforts de l'Association canadienne pour la prévention du suicide et d'autres organismes qui travaillent à l'élaboration d'une stratégie nationale de prévention du suicide » (p.416) et encourage la Commission canadienne de la santé mentale (voir ci-dessous) à travailler avec les intervenants pour élaborer des initiatives de surveillance et de recherche connexes.

2007

À la suite des recommandations formulées dans le document ***De l'ombre à la lumière : La transformation des services de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie au Canada***, le premier ministre Stephen Harper annonce la création de la Commission de la santé mentale du Canada (voir <http://www.mentalhealthcommission.ca/Pages/index.html>, pour plus d'informations), afin de contribuer à l'intégration du système de santé mentale canadien.

2008

L'ACPS est en contact avec la Commission de la santé mentale du Canada et encourage cet organisme à reconnaître la prévention du suicide comme une composante essentielle de toute stratégie nationale en matière de santé mentale, tout en reconnaissant que le suicide est à la fois un problème de santé mentale et de santé publique.

2009

L'ACPS publie la deuxième édition de la stratégie de l'ACPS à Brandon, au Manitoba, site de la conférence annuelle de l'ACPS de 2009 et, symboliquement, centre géographique du Canada.

Annexe 3

Les stratégies nationales dans le monde en date de 2008

Australie

En 1995/96, l'Australie a lancé un budget de 13 millions de dollars sur quatre ans pour une initiative de prévention du suicide chez les jeunes intitulée *Here for Life*. Dans le cadre de la stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes, un million de dollars a été alloué à la recherche sur le suicide chez les jeunes, ce qui a donné lieu à un atelier et à des examens de la documentation. Ces analyses documentaires ont été résumées dans le document de 1999 publié par le Strategic Research Development Committee, le National Health and Medical Research Council et la Mental Health Branch du Commonwealth Department of Health and Aged Care, intitulé ***National Youth Suicide Prevention Strategy : Setting the Evidence-Based Research Agenda for Australia (A literature review)*** (voir <http://www.nhmrc.gov.au/PUBLICATIONS/synopses/files/mh12.pdf>). Les rapports d'évaluation de cette stratégie sont disponibles en ligne à l'adresse <http://www.aifs.gov.au/institute/pubs/ysp/evaluation.html>.

En 1999, le budget fédéral a alloué 39,2 millions de dollars sur quatre ans à la stratégie nationale de prévention du suicide (NSPS) afin d'étendre les stratégies de prévention du suicide à tout le spectre des âges, en répondant aux besoins de tous les groupes susceptibles de suicide ou de comportement suicidaire, y compris les jeunes. Le Conseil consultatif national sur la prévention du suicide a été créé pour donner des conseils sur la mise en œuvre des fonds. Sur le budget total, 40 % ont été alloués à des projets d'intérêt national, les fonds restants devant être alloués à tous les États et Territoires par le biais d'un processus de sélection approprié. La stratégie nationale australienne de 2007 est financée par le ministère de la Santé et du Vieillessement du gouvernement australien et s'intitule ***Living is for Everyone (LIFE) : A Framework for Prevention of Suicide and Self-Harm in Australia*** (voir <http://www.livingisforeveryone.com.au/LIFE-Framework.html>, pour plus d'informations et pour télécharger le cadre).

Il existe également diverses stratégies régionales. Il s'agit notamment de la stratégie de prévention du suicide du gouvernement du Queensland (***Reducing Suicide: The Queensland Government Suicide Prevention Strategy 2003-2008***, disponible à l'adresse: http://www.health.qld.gov.au/mentalhealth/docs/qgps_report_apr06.pdf), et son document d'accompagnement (***Reducing Suicide: Action Plan 2003: The Queensland Government Suicide Prevention Strategy 2003-2008***, disponible à l'adresse: <http://www.health.qld.gov.au/mentalhealth/docs/20768.pdf>), le document du National Public Health Partnership ***The National Aboriginal and Torres Strait Islander Safety Promotion Strategy*** (available online at <http://www.nphp.gov.au/publications/sipp/atsi.pdf>), et ***Connections: Suicide Prevention in the Loddon Mallee Region***, de la région Loddon Mallee.

Canada

En 2004, l'Association canadienne pour la prévention du suicide publie la Stratégie de l'ACPS, la première stratégie nationale de prévention du suicide au Canada. Un plan d'activités et de mise en œuvre a été publié en 2005. La deuxième édition de la Stratégie de l'ACPS est publiée en 2009.

Danemark

Une stratégie nationale danoise de prévention du suicide a été esquissée pour la première fois en 1998 dans la publication du Conseil national danois de la santé intitulée ***Proposal for a National Program for Prevention of Suicide and Suicide Attempts in Denmark.***

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.

Estonie

Le plan d'action pour la prévention des comportements suicidaires en Estonie définit des stratégies de prévention du suicide parmi des groupes cibles spécifiques, propose la création d'un centre national doté de fonds pour la coordination et le développement d'initiatives de prévention du suicide, et intègre des efforts de surveillance et de suivi. Pour plus d'informations, voir le bref de 2005 de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale ***Facing the Challenges, Building Solutions*** disponible en ligne à l'adresse <http://www.euro.who.int/document/mnh/ebrief07.pdf>.

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.

Allemagne

En 2003, le gouvernement allemand a créé une stratégie nationale globale. Le programme national allemand de prévention du suicide ***Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland*** couvre l'éducation du public, l'intervention en cas de crise, la prévention du suicide chez les enfants et les adolescents, les initiatives sur le lieu de travail, la restriction des moyens, le traitement des problèmes de santé mentale associés, la formation des professionnels et la collaboration avec les médias. Pour plus d'informations, voir le <http://suizidpraevention-deutschland.de/Home.html>.

Groenland

Une proposition de stratégie nationale de prévention du suicide au Groenland a été élaborée et présentée au Parlement groenlandais en 2004. Une copie abrégée de ce document peut être téléchargée à l'adresse http://www.peqqik.gl/upload/rapport_-_engelsk.pdf.

Japon

En 2002, le comité spécial sur la prévention du suicide du ministère japonais de la Santé, du Travail et de la Protection sociale a publié un rapport sur les stratégies nationales de prévention du suicide, amorçant ainsi la mise en œuvre des stratégies japonaises de prévention du suicide (Ueda et Matsumoto, 2002). L'un de ces programmes ***Health Akita 21***, lancé en 2000, était un programme communautaire de prévention du suicide dans la préfecture d'Akita, dans la région de Tohoku au Japon, utilisant une approche de promotion de la

santé (Motohashi, Kaneko et Sasaki, 2004). En 2007, le Cabinet japonais a approuvé des mesures visant à réduire de 20 % le taux de suicide dans le pays au cours de la prochaine décennie.

La majorité des suicides dans le monde se produisent en Asie. À ce jour, des efforts sont en cours en Chine (voir Phillips, Yang, Zhang, Wang, & Zhou, 2002), à Hong Kong et en Inde pour encourager le développement de stratégies nationales de prévention du suicide.

Irlande

En 2005, le Health Service Executive d'Irlande, le National Suicide Review Group et le Department of Health and Children ont publié ***Reach Out*** : Stratégie nationale d'action pour la prévention du suicide 2005-2014 (téléchargeable sur http://www.dohc.ie/publications/pdf/reach_out.pdf?direct=1). Ce travail s'appuie sur les travaux du National Task Force on Suicide (1998). L'Irlande dispose également d'un registre national des parasuicides et d'une stratégie nationale de promotion de la santé pour 2000-2005 (voir <http://www.dohc.ie/publications/pdf/hpstrat.pdf?direct=1>). De plus amples informations sont disponibles sur le site Web du National Office for Suicide Prevention (<http://www.nosp.ie/>).

Irlande du Nord

En 2006, le ministre de la Santé, des Services sociaux et de la Sécurité publique a publié un projet de stratégie nationale de prévention du suicide en Irlande du Nord pour consultation ***Draft Suicide Prevention Strategy : Protect Life-A Shared Vision***. Voir le: <http://www.dhsspsni.gov.uk/suicide-consultation-main-report.pdf>). Plus tard la même année, le ministre de la Santé a lancé la stratégie finalisée ***Protect Life-A Shared Vision-The Northern Ireland Suicide Prevention Strategy & Action Plan 2006-2011***, créant en même temps une ligne d'assistance téléphonique pilote pour Belfast Nord et Ouest, et promettant un financement pour soutenir la prévention du suicide. Depuis 2008, l'Irlande du Nord dispose d'une ligne d'assistance téléphonique dédiée aux personnes en crise, disponible 24 heures sur 24, grâce à la stratégie nationale.

Pays-Bas

En 1997, les Pays-Bas ont été identifiés comme ayant un programme de prévention du suicide qui consistait en une ou plusieurs activités ciblées sans coordination planifiée entre les activités. ([http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/1D2B4E895BCD429ECA2572290027094D/\\$File/intprev.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/1D2B4E895BCD429ECA2572290027094D/$File/intprev.pdf)). En réponse à un document consultatif sur la politique de prévention du suicide, en 2008, le ministre néerlandais de la Santé a présenté au Parlement un programme pour une nouvelle politique nationale de prévention du suicide, recommandant au gouvernement de jouer un rôle plus important dans plusieurs domaines dans une stratégie nationale. Le gouvernement aurait adopté la plupart des recommandations. Les efforts pour développer une stratégie nationale sont toujours en cours. <http://www.supportproject.eu/news/policynews/preventing-suicide-and-depression/suicide-prevention-new-national-policy.htm>

New Zealand (Youth)

La stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes a été publiée en 1998. Elle comporte deux parties : *In Our Hands*, qui est la stratégie pour la population générale et *Kia Piki Te Ora o te Tatarariki* (Renforcer le bien-être des jeunes), qui cible spécifiquement les besoins et les problèmes des Maoris. Depuis, le ministère de la Santé a publié en 2006 un document intitulé ***New Zealand Suicide Prevention Strategy : 2006-2016***, qui s'appuie sur la stratégie pour les jeunes et la développe pour fournir une stratégie pour tous les Néo-Zélandais (voir [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/4904/\\$File/suicide-prevention-strategy-2006-2016.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/4904/$File/suicide-prevention-strategy-2006-2016.pdf)).

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 du 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.

Écosse

Choose Life: A National Strategy and Action Plan to Prevent Suicide in Scotland a été publié en décembre 2002 par l'exécutif écossais. Ce document décrit la stratégie nationale et locale pour la prévention du suicide en Écosse et soulève des questions telles que la sensibilisation du public, la prise de mesures pour prévenir les problèmes, la fourniture d'un soutien et d'une intervention précoces lorsque les problèmes surviennent, le développement d'une gamme plus large de soutiens et de services, l'amélioration de la formation des travailleurs de première ligne, la recherche et le suivi. À ce jour, un certain nombre de plans d'action locaux *Choose Life* ont été élaborés pour la mise en œuvre de plans locaux de prévention du suicide, divers projets de recherche et d'évaluation ont été commandés, et un réseau d'information, de recherche et de preuves sur le suicide (SIREN) a été mis en place — ce groupe a coparrainé le 12^e symposium européen sur le suicide et les comportements suicidaires (ESSSB12) à Glasgow en 2008. Pour plus d'informations sur cette stratégie, voir <http://www.chooselife.net/home/Home.asp>.

Slovénie

Une stratégie de prévention du suicide a été proposée pour la Slovénie en 1995 ; cependant, à ce jour, il ne semble pas qu'une telle stratégie ait été développée.

Sri Lanka

Depuis plus de 30 ans, la principale ONG de prévention du suicide au Sri Lanka a mis en place un programme d'entraide. En 1997, le Comité présidentiel sur la prévention du suicide du Sri Lanka a été le premier des pays en développement à mettre en place une stratégie nationale de prévention du suicide. Trois ans plus tard, le Comité présidentiel a cessé de fonctionner, ce qui a soulevé des questions sur la durabilité de l'initiative. (Vijayakumar L., Pirkis, J.Whiteford, H. (2005) : Suicide dans les pays en développement (3) Efforts de prévention. *Crisis*; Vol.26 (3) : 120-124.

Pourtant, les efforts se poursuivent et, en 2003, le Sri Lanka a produit des directives pour les médias sous la forme d'un « Manuel de journalisme sensible au suicide »

http://www.cpalanka.org/research_papers/suicide_report.pdf. En novembre 2007, le département de l'agriculture du Sri Lanka a annoncé que la modification et l'élimination d'ici 2010 d'un pesticide toxique attribué à un nombre important de décès par suicide :

<http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=read-response&doi=10.1371/journal.pmed.0050058&ct=1#r2140>. Bien qu'il ne semble pas exister de stratégie de prévention à l'échelle nationale, des programmes de prévention du suicide sont en vigueur au Sri Lanka.

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.

États-Unis

Le Sénat et la Chambre des représentants des États-Unis ont adopté des résolutions (1998) qui reconnaissent le suicide comme un problème majeur de santé publique. Le processus d'élaboration d'une stratégie nationale s'est appuyé sur les directives des Nations unies en la matière et a été mené par le Suicide Prevention Advocacy Network (SPAN), dirigé par des bénévoles, avec l'aide de partisans publics et privés. La question a été défendue par le Surgeon General avec la publication d'un rapport Call for Action en 1999. La toute première stratégie nationale de prévention du suicide, ***National Strategy for Suicide Prevention : Goals and Objectives for Action*** a été publiée en 2001. Parmi les autres initiatives fédérales américaines en matière de prévention du suicide, citons la création du Suicide Prevention Resource Center (SPRC), le développement et l'évaluation d'une ligne téléphonique nationale de prévention du suicide à numéro unique et l'adoption de la Garrett Lee Smith Memorial Act, qui prévoit le financement d'initiatives de prévention du suicide dans les collèges et les universités.

Pays de Galles

En novembre 2008, le Pays de Galles a lancé l'initiative ***Talk to me*** : Un plan d'action national pour réduire le suicide et l'automutilation au Pays de Galles 2008-2013. Vous trouverez tous les détails de cette initiative à l'adresse suivante : <http://new.wales.gov.uk/news/latest/081104actionplan/?lang=en>

Annexe 4

Références

- Beland, Y. (2002). Canadian Community Health Survey – methodological overview. *Health Reports*, 13(3), 9-14.
- Bland, R.C., Newman, S.C., & Dyck, R.J. (1994). The epidemiology of parasuicide in Edmonton. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39(8), 391-396.
- Canadian Community Health Survey. Retrieved from: <http://www.statcan.ca/english/freepub/82-617-XIE/index.htm>.
- CIHR (2004). Hospitalizations due to suicide attempts and self-inflicted injury in Canada, 2001-2002. *National Trauma Registry Bulletin*. Toronto: Canadian Institute for Health Information.
- Clayton, D. & Barceló, A. (1999). The cost of suicide mortality in New Brunswick, 1996. *Chronic Diseases in Canada*, 20(2), 89-95.
- Commonwealth Department of Health and Family Services, Mental Health Branch. (1997). *Youth Suicide in Australia: The National Youth Suicide Prevention Strategy*. Canberra, Australian Capital Territory: Australian Government Publishing Service.
- Department of Health. (2002). *National suicide prevention strategy for England*. London, UK
- Fiske, D. Heather (1998) *Suicide Prevention for Lawyers, Judges, Law Students*. The *Health, Wellness and Recovery Education Series* of the Legal Profession Assistance Conference.
- Fiske, D.Heather (2008) *Hope in Action-Solution Focused Conversations about Suicide*. Routledge, U. S. A.
- Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1998). *S'entraider pour la Vie : Stratégie québécoise D'Action Face au Suicide*. Québec City, PQ : Bibliothèque nationale du Québec.
- Health and Welfare Canada. (1987). *Suicide in Canada: Report of the National Task Force on Suicide in Canada*. Ottawa, ON: Minister of National Health and Welfare.
- Health Canada. (1994). *Suicide in Canada: Update of the Report of the Task Force on Suicide in Canada*. Ottawa, ON: Minister of National Health and Welfare.
- Health Canada. (2001). *Unintentional and intentional injury profile for Aboriginal people in Canada 1990-1999*. Ottawa, ON: Minister of Public Works and Government Services Canada.
- Health Canada. (2002). *A report on mental illnesses in Canada*. Ottawa, ON: Health Canada Editorial Board.
- Health Canada. (2002). *Healthy Canadians: A federal report on comparable health indicators 2002*. Ottawa, ON: Minister of Public Works and Government Services Canada.

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, ON.

Kerkhof, A.J.F.M., Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., De Leo, D. & Lönnqvist, J (Eds.). (1994). *Attempted suicide in Europe: Findings from the Multicentre Study on Parasuicide by the WHO Regional Office for Europe*. Leiden, The Netherlands: Leiden University, DSWO Press.

Kingdon, D. & Jenkins, R. (1995). *The health of the nation”: Suicide prevention in England*. *Italian Journal of Suicidology*, 5(1), 9-17.

Kirmayer, L.Brass, G.Holton, T.Simpson, C.Tait, C.(2007). *Suicide Among Aboriginal People in Canada*. Ottawa: Aboriginal Healing Foundation.

Langlois, S., & Morrison, P. (2002). Suicide deaths and suicide attempts. *Health Reports*, 13(2), 9-22.

Leenaars, A.A., Wenckstern, S., Sakinofsky, I., Dyck, R.J., Kral, M.J., & Bland, R.C.(Eds.). (1998). *Suicide in Canada*. Toronto, ON: University of Toronto Press.

Mehlum, L. & Reinholdt, N.P. (2001). *The Norwegian Plan for Suicide Prevention: Follow-up Project 2000-2002: Building on positive experiences*. Retrieved April 15, 2004, from <http://www.med.uio.no/ipsy/ssff/engelsk/menuprevention/Mehlum.htm>

Ministry of Youth Affairs, Ministry of Health, & Ministry of Maori Development.(1997). *An approach for action: Phase two in the development of a national strategy to help prevent youth suicide in New Zealand*. Wellington, New Zealand

National Council for Suicide Prevention, National Board of Health and Welfare, National Institute of Public Health, & Centre for Suicide Research and Prevention. (1996). *Support in suicidal crises: The Swedish National Program to develop suicide prevention*. Stockholm, Sweden: National Board of Health and Welfare.

Norwegian Board of Health. (1995). *The national plan for suicide prevention 1994-1998*. Oslo, Norway (Report IK-2539)

Nunavut Department of Health and Social Services. (2002). *Report on comparable health indicators for Nunavut and Canada*. Iqaluit, NU: Health and Social Services, Information and Research Section.

Ramsay, R.F., & Tanney, B.L. (Eds.), (1996). *Global trends in suicide prevention: Toward the development of national strategies for suicide prevention*. Mumbai, India: Tata Institute of Social Sciences.

Retterstøl, N. (1995). The national plan for suicide prevention in Norway. *Italian Journal of Suicidology*, 5(1), 19-24.

Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE. *Rebuilding the tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors: Part II: Suicide-related ideations, communications and behaviors. Suicide and Life-Threatening Behavior.* 2007; 37(3):264-277.

Sørås, I. (2000). *The Norwegian plan for suicide prevention 1994-1999: Evaluation findings.* Retrieved April 15, 2004, from <http://www.med.uio.no/ipsy/ssff/engelsk/Soeraas.htm>

Statistics Canada. (2001). *Leading causes of death at different ages, Canada, 1998.* Ottawa, ON. (Catalogue No.84F0503XPB)

Statistics Canada. (n.d.). *Suicides Canada 1950-1994.* Ottawa, ON: Author.

Statistics Canada. (2006) (2007). *Mortality, Summary List of Causes, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004.* Ottawa, ON.

Statistics Canada. (2007). *Mortality, Summary List of Causes, 2004.* Ottawa, ON.

Statistics Canada. (2007). *Mortality, Summary List of Causes, 2004.* Ottawa, ON.

Scottish Executive. (2003). *Choose life: A national strategy and action plan to prevent suicide in Scotland.* Edinburgh, Scotland.

Taylor, S.J., Kingdom, D. & Jenkins, R. (1997). *How are nations trying to prevent suicide? An analysis of national suicide prevention strategies. Acta Psychiatrica Scandinavica, 95(6), 457-463.*

United Nations, Department for Policy Coordination and Sustainable Development. (1996). *Prevention of suicide: Guidelines for the formulation and implementation of national strategies.* New York, NY: Author.

Upanne, M. & Arinperä, H. (1993). *Finland's suicide prevention project (1986-1996).* Helsinki, Finland: 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.

World Health Organization. *Table 1: Numbers and Rates of Registered Deaths.* Retrieved from: http://www.who.int/whosis/database/mort/table1_process.cfm.

World Health Organization. *Table 1: Numbers and Rates of Registered Deaths.* Retrieved from: http://www.who.int/whosis/database/mort/table1_process.cfm.

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

Classé ordre alphabétique et non par ordre de priorité

1. Systèmes de données — Amélioration et expansion

L'amélioration et l'expansion des systèmes de données dépendent 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 qui sont 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'automutilation délibérée, l'euthanasie, l'accélération de la mort par un comportement qui met la vie en danger ou une prédisposition à l'automutilation, 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 au :
[www. cihr-irs. gc. ca/f/18918. html](http://www.cihr-irs.gc.ca/f/18918.html)

Annexe 6

Ressources et coordonnées de l'ACPS

L'Association canadienne pour la prévention du suicide (ACPS) :

870 Portage Ave.
Winnipeg, Manitoba
Canada
R3G 0P4

Téléphone : 1-204-784-4073
Télécopieur : 1-204-772-7998
Courriel : casp@suicideprevention.ca
Site Web : www.suicideprevention.ca

Directeur : général : Tim Wall
Directrice générale adjointe : Mary Jo Bolton
Coordonnatrice administrative : Donna Reid

Président et président du conseil d'administration de l'ACPS : Dammy Damstrom Albach
Réviseurs : Yvonne Bergmans, Mary-Jo Bolton et Adrian Hill

Le centre d'éducation et d'information sur le suicide du Centre for Suicide Prevention (SIEC) :

Centre for Suicide Prevention
Suite 320, 105 12 Avenue S. E.
Calgary, AB T2G 1A1
Canada

Téléphone : 403-245-0299
Courriel : siec@suicideinfo.ca
Site web : www.suicideinfo.ca

L'ACPS vous invite à lui faire part de vos commentaires et de tous les renseignements, recherches et données, suggestions et idées qui pourraient contribuer à améliorer, élargir et renforcer la Stratégie nationale canadienne de prévention du suicide.

Les corrections, commentaires et autres réactions doivent être adressés au directeur général de l'Association canadienne pour la prévention du suicide : Sean Krausert.

À partir de 2021 :
Directeur général : Sean Krausert

PMB #619
104-743 Railway Avenue
Canmore, AB T1W 1P2

Phone: (613) 702-4446