



Mental Health
Commission
of Canada

Commission de
la santé mentale
du Canada

308

CONVERSATIONS

Rapport sur
#308conversations

Résumé :

Chaque année au Canada, près de 4 000 personnes se suicident. Afin de sensibiliser le public à la prévention du suicide, de mobiliser les dirigeants au niveau national et de s'attaquer à ce pressant problème de santé mentale à l'échelle du pays, la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) a lancé un dialogue pancanadien intitulé #308conversations.

La CSMC a offert un soutien et des ressources aux 308 députés fédéraux pour qu'ils organisent des conversations communautaires sur la prévention du suicide et aident ainsi à repérer les initiatives qui ont donné de bons résultats au niveau local et à éclairer le développement d'un modèle communautaire de prévention du suicide.

Jusqu'ici, plus de 40 conversations ont eu lieu à travers le pays. L'intérêt suscité par ces dialogues marqués par la franchise a dépassé les attentes. L'engagement et le soutien des organismes de santé mentale au niveau local ainsi que les précieuses contributions des survivants, du personnel soignant de première ligne et des membres des professions sentinelles (comme les éducateurs) ont donné un aperçu éclairé des défis et des possibilités qui se présentent au Canada.

L'initiative #308conversations a clairement fait ressortir les nombreux aspects de la prévention du suicide communs à toutes les communautés. Bien que les discussions ont également mis en évidence les défis particuliers à certaines régions et à certains groupes, l'initiative #308conversations illustre clairement les mesures importantes que toutes les communautés peuvent prendre, quels que soient leur population ou leur emplacement géographique.

Les événements #308conversations ont démontré qu'il existe un certain nombre d'initiatives susceptibles d'améliorer les circonstances pour les Canadiens. Ces initiatives comprennent l'établissement d'une ligne d'écoute téléphonique nationale, la formation des pourvoyeurs de soins de première ligne et des sentinelles, la prestation de ressources aux groupes à risque élevé et la réalisation de recherches sur les disparités entre les provinces en ce qui concerne les préoccupations d'ordre juridique.

Le succès de l'initiative #308conversations est allé bien au-delà des dialogues communautaires. Les discussions ont suscité un vif intérêt dans les médias sociaux. La rétroaction extrêmement positive a inspiré la CSMC à étendre son soutien aux événements au-delà de la durée initialement prévue de la campagne et à offrir des ressources tout au long de l'année civile.

La CSMC est reconnaissante à tous les députés qui ont gracieusement organisé des tables rondes et des assemblées publiques. Elle désire également remercier les organismes locaux, les citoyens concernés, les gens aux prises avec des troubles mentaux ou une maladie mentale et les survivants – qui ont ouvert leurs cœurs afin d'aider d'autres personnes.

Ces conversations continueront à la CSMC de formuler d'autres recommandations utiles afin d'aider à prévenir le suicide au Canada.

La vision de la CSMC est une société qui valorise et promeut la santé mentale et qui vient en aide à ceux qui ont un trouble mental ou une maladie mentale afin qu'ils puissent mener une vie épanouie et enrichissante.

Sa mission consiste à promouvoir la santé mentale au Canada, à modifier l'attitude des Canadiens par rapport aux troubles mentaux et aux maladies mentales et à collaborer avec des partenaires afin d'améliorer les services et le soutien associés à la santé mentale.

Partie 1 Introduction

L'initiative examinée dans le présent rapport, #308conversations, représente une approche prometteuse axée sur la participation du public qui vise à forger des liens entre les communautés, à partager les meilleures pratiques, à identifier les défis et à prendre des mesures significatives afin de réduire le suicide ainsi que l'impact néfaste du suicide et des comportements connexes au Canada. Le succès de ce projet est dû en grande partie au rôle de leadership assumé par les députés, en collaboration avec les intervenants locaux en santé mentale et en prévention du suicide, dans l'organisation de conversations communautaires sur la prévention du suicide.

Guidée par **Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada**, la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) joue un rôle catalyseur dans l'amélioration du système de santé mentale et la modification des attitudes et des comportements des Canadiens face aux questions de santé mentale¹. La prévention du suicide est une des six priorités stratégiques identifiées par la CSMC dans la Stratégie en matière de santé mentale. La prévention du suicide est une des six priorités stratégiques identifiées par la CSMC dans la Stratégie en matière de santé mentale. Toute discussion sur la prévention du suicide doit aborder les questions de santé mentale et de maladie mentale. La CSMC a lancé un certain nombre d'initiatives liées à la prévention du suicide, l'intervention et la postvention dans le contexte canadien.

La prévention du suicide désigne les efforts centrés sur la sensibilisation, la réduction de la stigmatisation et le développement des compétences au sein de la communauté afin d'identifier et de soutenir les personnes avant qu'elles atteignent un point de crise. L'intervention comprend les interventions appropriées auprès d'autres personnes et les mécanismes d'adaptation personnels en cas de pensées ou de comportement suicidaires. Enfin, la postvention inclut les connaissances, les compétences et les stratégies de soutien et de guérison suivant des pensées suicidaires, des tentatives de suicide ou des décès². Aux fins du présent rapport, la prévention du suicide englobe tout le continuum d'activités, y compris l'intervention et la postvention.

Dans le cadre du mandat qui lui a été conféré par Santé Canada, la CSMC rassemble des dirigeants et des organisations de tout le pays afin d'accélérer l'évolution du système de santé mentale et de modifier les attitudes et les comportements de la population canadienne face aux questions de santé mentale. L'initiative #308conversations tire parti de la lucidité et de l'expertise du public afin d'éclairer les changements en cours.

¹ Commission de la santé mentale du Canada. (2012). *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. Calgary, Alberta. Consulté à l'adresse <http://strategie.commissionsantementale.ca/telecharger/>

² Association canadienne pour la prévention du suicide (ACPS). (2014). *What is Suicide Prevention, Intervention and Postvention?* Consulté à l'adresse <http://suicideprevention.ca/understanding/what-is-suicide-prevention-intervention-and-postvention/>

IMPORTANCE DE LA PRÉVENTION DU SUICIDE

La prévention du suicide, l'intervention et la postvention sont essentielles à un Canada plus sain et plus sûr. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, 800 000 personnes se suicident chaque année³. Toutes les deux heures, une Canadienne ou un Canadien s'enlève la vie : une mère, un soldat, un jeune, un père, une personne âgée. On compte près de 4 000 suicides au Canada chaque année⁴. Cette statistique est tragique et inacceptable, d'autant plus que beaucoup de ces décès auraient pu être évités.

Une grande partie des personnes qui envisagent de se suicider souffrent d'anxiété, de dépression, de désespoir et de l'absence de liens. Les pensées suicidaires – on parle aussi d'idéation – peuvent être complexes, difficiles et effrayantes pour la personne affectée et ses proches. Plus de 90 % des personnes qui se suicident ont une maladie mentale⁵ et ⁶, et environ 60 % souffrent de dépression⁷. En outre, ces chiffres ne reflètent qu'une petite partie du défi que représente le suicide au Canada. On estime que pour chaque suicide fatal, il y a jusqu'à 20 tentatives⁸.

Malgré l'impact marqué du suicide sur la société canadienne, certaines pistes de solution donnent des lueurs d'espoir. Le suicide est souvent évitable, et nous devons tous assumer la responsabilité collective de réduire le suicide au Canada. Il existe des traitements pour l'anxiété et la dépression, et de nouvelles ressources sont disponibles pour aider les personnes aux prises avec des pensées suicidaires. Les programmes de formation en prévention du suicide et en santé mentale, tel que ASIST, safeTALK et les Premiers soins en santé mentale Canada (PSSM), de même que ses adaptations dans certaines communautés, sont destinés aux amis, aux membres de la famille et au public. Ces cours de formation en prévention du suicide et en santé mentale sensibilisent les participants à l'importance de demander à quelqu'un s'il envisage de se suicider et leur donnent des directives claires sur les mesures appropriées à prendre. Malgré la prévalence du suicide, l'attention continue et accrue accordée à la prévention est synonyme d'espoir pour tous les Canadiens touchés par le suicide.

³ Organisation mondiale de la Santé. Prévention du suicide. Consulté à l'adresse http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/fr/ le 16 novembre 2014.

⁴ Statistique Canada. (2009). Consulté à l'adresse <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2012001/article/11696-fra.htm>.

⁵ Weir, E. (2001). « Suicide: The hidden epidemic », *Canadian Medical Association Journal*, 165 (5), p. 634.

⁶ Moscicki, E.K. « Epidemiology of completed and attempted suicide: Toward a framework for prevention », *Clinical Neuroscience Research*, 2001 (1), p. 310-323.

⁷ Cavanagh, J.T., A.J. Carson et M. Sharpe. « Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review », *Psychological Medicine*, 2003 (33), p. 395-405.

⁸ Organisation mondiale de la Santé. Prévention du suicide.

NOTRE RESPONSABILITÉ COLLECTIVE EN TANT QUE CANADIEN

La CSMC opère des changements réels et durables dans la vie de tous les Canadiens en pilotant un effort pancanadien visant à réduire le suicide à l'échelle du pays. À titre de coordonnateur, la CSMC s'emploie à combiner les efforts de tous les intervenants, dont les ministères fédéraux, les provinces et territoires, les organismes communautaires, les travailleurs de première ligne, les personnes ayant un vécu de la maladie mentale, les endeuillés par suicide et les Canadiens ordinaires. Toute solution nationale viable requiert l'engagement et la contribution des habitants de tout le pays.

Nous savons que certaines personnes et certains groupes présentent un plus grand risque de suicide, mais la solution relève de nous tous. La prévention du suicide est une question de toute la vie, et elle affecte les Canadiens à toutes les étapes de leur vie. C'est ce profond sentiment de responsabilité collective qui a mené à la mise en place de #308conversations. Cette initiative vise essentiellement à mobiliser les communautés, rurales ou urbaines, et à tirer des enseignements des progrès réalisés par les Canadiens de tous les coins du pays.

« C'était une excellente occasion – et il a été très utile – de réunir un si grand nombre d'intervenants clés dans une seule pièce pour parler de ce problème. »

« Il a été utile de connaître les types de défis auxquels sont confrontés différents organismes et différentes personnes qui font ce travail, dont le manque de ressources et, dans certains cas, la duplication des ressources. »

APERÇU DE #308CONVERSATIONS

Lancée par la CSMC en mai 2014, #308conversations est une campagne axée sur le public qui encourage et aide chacun des 308 députés du Canada à organiser une réunion communautaire sur la prévention du suicide dans sa circonscription. En embrassant les médias sociaux en plus des moyens de communication traditionnels, la CSMC a élargi la portée de son action et suscité un plus grand intérêt dans les communautés locales.

Chaque événement #308conversations combine la sagesse et les suggestions des membres intéressés de la communauté, des personnes ayant un vécu de la maladie mentale et des intervenants. Ces personnes se rassemblent pour partager ce qui a donné de bons résultats et pour cerner les lacunes dans l'accès, le traitement et le soutien. L'initiative #308conversations permet aux participants d'identifier les pratiques exemplaires et de travailler ensemble à réduire la stigmatisation et à créer des solutions durables. Depuis mai 2014, plus de 1 200 Canadiens ont participé à plus de 40 discussions de ce genre.

Au niveau fédéral, #308conversations rassemble, pour la première fois, les pratiques exemplaires communautaires d'un océan à l'autre, afin d'éclairer la prise des décisions et l'élaboration d'une stratégie et d'aborder la question urgente du suicide. Par ailleurs, les données recueillies dans le cadre de ces discussions et des futures conversations serviront à éclairer les activités stratégiques de prévention du suicide de la CSMC et à produire un modèle communautaire efficace. Ce modèle inclura des outils et des solutions que pourront partager les communautés de tout le Canada.

Au niveau local, #308conversations renseigne les membres du public sur les mesures et les initiatives en cours dans leurs propres communautés. Ceux-ci peuvent donc apprendre comment ils peuvent aider à prévenir le suicide, faire bouger les choses et même sauver des vies.

En ligne, l'initiative #308conversations a été adoptée dans les médias sociaux. Le compte Twitter @MHCC_308 est suivi par plus de 550 abonnés et sa cybercommunauté grandit constamment. Par ailleurs, le mot-clic #308conversations est régulièrement utilisé par les intervenants en prévention du suicide afin d'attirer l'attention sur les clavardages en ligne, les ressources communautaires et les divers événements qui portent sur la prévention du suicide.

#308conversations a été efficace parce que l'invitation à participer s'étend à toutes les personnes désireuses de s'engager. Jusqu'ici, des réunions ont eu lieu dans des bibliothèques, des gymnases d'école, des légions et d'autres lieux de rassemblement public. La composition des groupes de participants variait d'une fois à l'autre, par exemple, en réunissant des experts locaux, des pourvoyeurs de soins de santé, des policiers, des enseignants, des travailleurs sociaux, des membres de clubs philanthropiques, des survivants, des dirigeants de groupes confessionnels communautaires, des membres des forces armées, des anciens combattants, des dirigeants communautaires (au niveau local et provincial), des citoyens intéressés ou des représentants des médias locaux.

Lorsque la CSMC a lancé #308conversations auprès des députés, l'initiative était censée durer seulement un été (de mai 2014 à août 2014). Cependant, vu le succès remporté par l'initiative, l'intérêt continu des députés fédéraux et la participation communautaire, la CSMC a décidé d'étendre #308conversations sur une année civile allant de mai 2014 à mai 2015.

APPROCHE

L'approche de #308conversations est axée sur la participation du public afin de faire connaître les moyens de prévenir le suicide au Canada. L'initiative dépend du leadership des députés, mais elle requiert aussi le soutien et l'engagement de la communauté.

Afin d'encourager et d'inspirer les députés à participer à l'initiative, la CSMC a invité tous les parlementaires à un événement de lancement sur la colline du Parlement. De brèves observations formulées par un député de chacun des trois principaux partis politiques ont aidé à faire comprendre que la prévention du suicide est une question qui devrait préoccuper les Canadiens de tous les coins du pays.

La CSMC a préparé une trousse de planification qu'elle a ensuite distribuée aux députés et affichée dans la section #308conversations de son site Web. Outre la trousse de planification, les députés qui visitent le site Web peuvent aussi accéder à un court webinaire offrant des conseils sur le langage approprié à employer et des idées pour la tenue d'une réunion sûre et accueillante. La trousse inclut des modèles et des exemples faciles à adapter aux paramètres de réunion déterminés par les hôtes. Les ressources de planification comprennent ce qui suit :

- Document d'information
- Liens vers des ressources de partenaires
- Liens vers des ressources en postvention
- Guide de discussion
- Préparation des réunions et ordre du jour proposé
- Modèle d'avis public
- Modèle de communiqué de presse
- Modèle d'article de journal
- Affiches pour la réunion
- Questions de l'animateur
- Modèle PowerPoint
- Modèle de lettre de remerciement aux conférenciers invités

Les conversations communautaires sur la prévention du suicide favorisent une approche participative ascendante plutôt qu'une approche prescriptive descendante aux fins de l'établissement des objectifs de la CSMC liés à la prévention du suicide.

En conséquence de cette approche, chaque événement a été conçu par les organisateurs communautaires et cette conception variait selon la disponibilité des locaux, des participants et des ressources. À part le fait que toutes les réunions portaient sur la santé mentale et la prévention du suicide, chaque événement #308conversations était unique et adapté au contexte communautaire particulier.

Les événements #308conversations pouvaient prendre la forme de tables rondes, d'assemblées publiques, de groupes de travail ou de présentations. Certaines réunions incluaient des conférenciers invités représentant des organismes locaux de santé mentale, des endeuillés par suicide et des membres de la communauté exerçant des fonctions qui leur permettent de reconnaître les personnes aux pensées et comportements suicidaires. Dans de nombreux cas, deux députés ou plus ont travaillé ensemble afin d'organiser des réunions conjointes de prévention du suicide dans des communautés où un événement central était plus logique sur le plan géographique.

En plus de déterminer le meilleur cadre pour la réunion, les députés pouvaient définir les paramètres de collecte de données convenant le mieux à leur événement. Bien que tous les députés aient fait appel à des preneurs de notes, certains députés ont invité les participants à déposer des documents distincts comme des mémoires, des témoignages, des suggestions et des ressources, qui ont ensuite été compilés et transmis à la CSMC. Ainsi, la CSMC a reçu divers commentaires de rétroaction sur l'initiative #308conversations, qui allaient des rapports officiels aux ressources de prévention du suicide en passant par les suggestions et les témoignages personnels écrits à la main. La diversité de ces documents approfondit et enrichit cette perspective véritablement pancanadienne.

Partie 2 Résultats de #308conversations

En novembre 2014, des événements #308conversations avaient eu lieu dans toutes les régions du Canada. Chaque événement a permis de dégager des idées, des pratiques exemplaires et des recommandations touchant la prévention du suicide au Canada. Bien que chaque communauté soit unique et que certaines populations soient confrontées à des défis particuliers, des thèmes communs ont largement dominé les débats jusqu'à présent. À ce jour, les comptes rendus de certains événements #308conversations n'ont pas encore été soumis. Ce rapport intérimaire présente un aperçu initial des principaux points communs à l'ensemble des communautés canadiennes.

TROIS CONSTATATIONS UNIFORMES :

1. Trois éléments importants sous-tendaient une grande partie des défis identifiés dans chaque compte rendu. Premièrement, de nombreux comptes rendus réclamaient l'élaboration d'une **stratégie nationale de prévention du suicide**.
2. Deuxièmement, les participants estimaient que la **réduction de la stigmatisation** restait une importante priorité et un facteur sous-jacent contribuant aux défis associés à la prévention du suicide.
3. Enfin, un thème commun des réunions #308conversations était la crainte qu'une intervention immédiate en cas d'urgence se traduise souvent par un manque de ressources pour les **programmes axés sur la prévention**.

Ces trois facteurs élémentaires semblent influencer la cohésion et le succès des activités continues de prévention du suicide.

« La salle était comble! On attendait 20 personnes et 42 sont venues. Par un VENDREDI APRÈS-MIDI ENSOLEILLÉ! ÇA EN DIT LONG! »

THÈMES COMMUNS

Sont présentés ci-après les thèmes et les propos qui ont été au cœur des conversations des participants aux événements communautaires tenus à ce jour. Ils figurent à peu près par ordre d'importance selon le nombre de mentions dans les comptes rendus de réunions et l'espace consacré à leur discussion.

LIGNE D'ÉCOUTE TÉLÉPHONIQUE NATIONALE

Il a été noté à plusieurs reprises dans les comptes rendus d'événements que le Canada n'a pas de ligne d'écoute téléphonique nationale. Plusieurs études ont démontré les avantages de l'accès à une ligne d'écoute téléphonique pour les personnes suicidaires ou en situation de crise. Les avantages de l'accès à une ligne d'écoute téléphonique comprennent des changements dans l'état de crise de l'appelant durant l'appel, des ressources pour une gestion améliorée des crises, l'élaboration de plans d'action et l'accès à des services d'aiguillage ou à des recommandations de ressources⁹. Des données probantes révèlent également une réduction significative de l'intention de mourir, du désespoir et de la douleur psychologique des appelants suicidaires à la fin de l'appel¹⁰.

Le Canada dispose actuellement d'un système fragmenté de lignes d'écoute téléphonique. Certaines lignes sont provinciales tandis que d'autres sont régionales, et certaines régions du pays n'ont pas de ligne du tout. Les lignes d'écoute téléphoniques bien connues comme Jeunesse, J'écoute offrent un soutien en santé mentale aux jeunes Canadiens. Les responsables de Jeunesse, J'écoute estiment que la ligne reçoit en moyenne 5 000 appels de jeunes en quête de soutien chaque semaine. Ce service offre trois formats de consultation : un service d'assistance téléphonique, un babillard sur Internet et une option de clavardage en direct. Depuis 2010, le nombre d'appels téléphoniques à Jeunesse, J'écoute a augmenté de 127 %, avec une hausse de 22 % des séances de consultation auprès de jeunes ayant des pensées suicidaires¹¹.

De même, la mise en place d'une ligne d'écoute téléphonique nationale donne l'occasion d'innover et d'offrir un service qui devrait être bien utilisé. Les participants à #308conversations ont noté la nécessité d'une ligne d'écoute téléphonique nationale pour que tous les Canadiens aient accès à un soutien en cas d'urgence.

POSSIBILITÉ :

Le moment est bien choisi pour soutenir la mise en place d'une ligne d'écoute téléphonique nationale.

Une telle ligne permettrait d'offrir aux personnes vivant dans des fuseaux horaires différents ou dans des régions rurales ou éloignées un accès comparable à des services de soutien 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Après qu'une ligne d'écoute téléphonique pancanadienne durable aura été créée, la prochaine étape consistera probablement à poursuivre les initiatives en matière de santé mentale qui tirent parti des ressources en ligne et des médias sociaux afin de communiquer avec un vaste public qui ne se limite pas aux jeunes.

⁹ Lifeline Research Foundation. (2013). *Summary of Research and Evaluation of Crisis Helplines*. Consulté à l'adresse https://www.lifeline.org.au/About-Lifeline/Publications-Library/Publications#research_reports

¹⁰ Gould, M.S., J. Kalafat, J.L. Harris Munfakh et M. Kleinman. (2007). « An evaluation of crisis hotline outcomes: Part II suicidal callers », *Suicide and Life-threatening Behavior*, 37 (3), p. 338-352.

¹¹ Jeunesse, J'écoute. (2014). *Statistiques et ressources*. Consulté à l'adresse <http://org.jeunessejecoute.ca/a-propos-de-nous/medias/statistiques-et-ressources/>

FORMATION EN PRÉVENTION DU SUICIDE

La nécessité d'une formation accrue en santé mentale et en prévention du suicide a été mentionnée lors de tous les événements #308conversations qui ont eu lieu. Les participants parlaient souvent de groupes cibles incluant les éducateurs, les professionnels des soins de santé et les sentinelles. Les sentinelles sont les personnes qui sont le premier point de contact ou qui sont stratégiquement en mesure d'interagir avec les individus à risque de suicide. Les sections qui suivent présentent des informations contextuelles détaillées et proposent des mesures en lien avec ces trois groupes.

ÉDUCATEURS

Au Canada, le suicide est responsable de 24 % des décès chez les 15 à 24 ans et de 16 % des décès chez les 16 à 44 ans. C'est la deuxième cause de décès chez les Canadiens de 10 à 24 ans¹². Soixante-treize pour cent (73 %) des personnes admises à l'hôpital pour tentative de suicide sont âgées de 15 à 44 ans¹³. Les participants à #308conversations ont souligné que la plupart des problèmes de santé mentale apparaissent souvent à un plus jeune âge et qu'en traitant le problème dès le début, on pourrait obtenir de meilleurs résultats.

Les éducateurs représentent souvent la première ligne de contact pour les élèves de différents âges aux prises avec des pensées suicidaires ou de graves maladies mentales. Ils sont bien placés pour observer le comportement des élèves et intervenir lorsqu'ils soupçonnent qu'un élève risque de commettre un acte autodestructeur¹⁴.

Ainsi, les efforts de prévention du suicide axés sur la capacité des éducateurs à reconnaître le comportement suicidaire de leurs élèves et à intervenir de façon appropriée pourraient aider à sauver des vies. Ils ont également l'avantage de réduire les coûts affectifs et économiques débilissants du suicide pour les familles, les écoles et la société¹⁵.

En plus de faire fonction de sentinelles, les enseignants jouent un rôle important en cas de décès d'un élève par suicide. Ils sont particulièrement bien placés pour surveiller les activités de postvention appropriées au sein d'une communauté scolaire. Des politiques et protocoles de formation pertinents peuvent aider les éducateurs à identifier et à soutenir les jeunes à risque.

POSSIBILITÉ :

Dans l'idéal, les conseils scolaires qui ont des stratégies de santé mentale et des protocoles de prévention du suicide et de postvention devraient partager ces excellentes ressources pour qu'elles servent de prototypes aux conseils scolaires qui n'ont pas de telles stratégies et politiques. Avec la permission des conseils scolaires, la CSMC pourrait convertir leur protocole de prévention du suicide et d'intervention en modèle à l'usage d'autres conseils scolaires.

Au niveau provincial, les PSSM ou différentes formations en prévention du suicide pourraient devenir un volet obligatoire du programme de formation des enseignants et être intégrés aux exigences en matière de perfectionnement professionnel continu. Il ressort clairement des comptes rendus des réunions #308conversations que le défi est le manque d'accès à la formation plutôt que le manque d'intérêt. Il est évident que les enseignants sont désireux d'en savoir plus sur ce qu'ils peuvent faire pour soutenir leurs élèves à l'école.

¹² Association des psychiatres du Canada. (2002). Feuille de renseignements de la Semaine de sensibilisation aux maladies mentales.

¹³ L'Association canadienne pour la santé mentale. (2014). Suicide Statistics. Consulté à l'adresse http://toronto.cmha.ca/mental_health/suicide-statistics/ le 18 novembre 2014.

¹⁴ Nemeroff, R., J.M. Levitt, L. Faul, A. Wonpat-Borja, S. Bufferd, S. Setterberg et P.S. Jensen. (2008). « Establishing ongoing, early identification programs for mental health problems in our schools: A feasibility study », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47 (3), p. 328-338.

¹⁵ Crawford, S., et N. J. Caltabiano. (2009). « The School Professionals' Role in Identification of Youth at Risk of Suicide », *Australian Journal of Teacher Education*, 34 (2). Consulté à l'adresse <http://dx.doi.org/10.14221/ajte.2009v34n2.3>.

PROFESSIONNELS DES SOINS DE SANTÉ

Les participants à #308conversations représentaient différents intervenants en prévention du suicide, y compris les professionnels des soins de santé, dont beaucoup avaient un vécu de la maladie mentale, connu des proches qui s'étaient suicidés ou survécu à des tentatives de suicide.

Les comptes rendus faisaient état d'appels répétés en faveur d'une formation accrue en santé mentale et en prévention du suicide pour tous les professionnels des soins de santé, y compris les médecins, le personnel des salles d'urgences, le personnel infirmier, les travailleurs sociaux, les travailleurs des services à l'enfance et à la jeunesse, etc. Ces demandes de formation venaient des membres de la communauté et des professionnels des soins de santé eux-mêmes. Une étude réalisée en 2005 soulignait l'importance de la formation pour les professionnels des soins de santé. En se basant sur l'analyse de l'évolution des stratégies de prévention du suicide fondées sur des données probantes, Mann et ses collaborateurs ont constaté que la formation des médecins prodiguant des soins primaires avait conduit à une baisse (variant entre 22 % et 73 %) du taux de suicide annuel¹⁶.

Les médecins sont souvent les professionnels de première ligne pour de nombreuses personnes ayant des défis en matière de santé mentale, particulièrement lorsque les maladies mentales sont accompagnées de symptômes physiques qui amènent ces personnes à aller consulter un médecin. En outre, pour accéder à de nombreux professionnels de la santé mentale, la plupart des Canadiens doivent consulter un médecin pour que celui-ci les aiguille vers des services psychiatriques ou psychologiques. Ainsi, les médecins sont des sentinelles clés dans le contexte de l'accès aux services médicaux de soutien en santé mentale.

Soit dit en passant, les comptes rendus des réunions #308conversations incluaient des témoignages de personnes qui avaient déjà eu des pensées suicidaires et constaté que leur médecin était mal équipé pour leur fournir un soutien. Dans certains cas, les participants ont indiqué que les médecins ne comprenaient pas l'ampleur de la situation, qu'ils n'avaient pas réagi de façon appropriée devant la détresse du patient ou qu'ils avaient rejeté la personne.

Les comptes rendus comprenaient également des témoignages de professionnels des soins de santé indiquant qu'ils ne se sentaient pas suffisamment équipés pour soutenir les patients atteints de graves maladies mentales. Certains déploraient le manque de ressources et l'absence d'une formation qui aiderait le personnel soignant de première ligne à mieux comprendre son rôle lors de l'interaction avec les patients ayant des pensées suicidaires.

POSSIBILITÉ :

Il existe des cours de formation sur les PSSM et des programmes de formation sur la prévention du suicide. Cependant, il reste du travail à faire pour rendre la formation plus courante, plus accessible et plus axée sur différents professionnels des soins de santé. On pourrait également envisager d'offrir sur le Web une formation novatrice en prévention du suicide adaptée à différents professionnels des soins de santé et du soutien communautaire.

¹⁶ Mann J.J., A. Apter, J. Bertolote et coll. « Suicide prevention strategies: a systematic review », JAMA, 2005 (294), p. 2064-2074.

SENTINELLES ET MEMBRES DU PUBLIC

Différents comptes rendus de réunions #308conversations soulignaient systématiquement la nécessité de réduire la stigmatisation et d'accroître la disponibilité des programmes de formation en santé mentale et en prévention du suicide pour les membres du grand public et les sentinelles. Cela comprend les parents, les soignants, les membres de la famille, les amis et les gens plus susceptibles d'identifier les personnes envisageant le suicide ou d'interagir avec elles en raison de leur profession ou de leur engagement dans la communauté.

L'objet de l'identification et de la formation des sentinelles est de développer les connaissances, les attitudes et les compétences des personnes en position stratégique afin qu'elles puissent repérer les personnes à risque de suicide, évaluer les niveaux de risque et faciliter l'aiguillage vers les ressources appropriées¹⁷. Les sentinelles exercent différentes professions. Par exemple, les avocats, les entraîneurs, les barmans, les ergothérapeutes et de nombreuses autres personnes occupant des emplois semblables devraient être avisés de leur rôle potentiel de sentinelles. Une formation accessible subséquente pourrait accroître la capacité de ces personnes à jouer un rôle dans la prévention du suicide.

Nous reconnaissons que certains groupes courent un plus grand risque de suicide, mais nous savons aussi que le suicide peut affecter n'importe quel individu, quels que soient son âge, son sexe ou son passé. La famille, les amis et les sentinelles jouent un rôle essentiel dans la détection des comportements suicidaires et ils doivent savoir comment intervenir de façon appropriée afin de pouvoir sauver des vies. Comme l'éducation du public aux premiers soins et à la réanimation cardio-pulmonaire, le fait d'offrir une formation sur les Premiers soins en santé mentale et les techniques de prévention du suicide à un plus grand nombre de personnes aide à créer une communauté plus sécuritaire. Les Nations Unies¹⁸, ainsi que de nombreux articles sur les méthodes générales de prévention du suicide, recommandent d'envisager la formation des sentinelles au moment de mettre en œuvre une stratégie efficace de prévention du suicide.¹⁹

POSSIBILITÉ :

Il existe actuellement une possibilité de concevoir et de mettre en œuvre des activités de sensibilisation du public pour que les gens reconnaissent leur rôle et leur importance potentiels en tant que sentinelles. La première étape consiste à éduquer les personnes quant à l'impact qu'elles peuvent avoir.

Étant donné la popularité croissante des programmes de formation des sentinelles et de formation générale en prévention du suicide, il convient d'élargir la disponibilité et l'accessibilité de cette formation. Accroître l'accès à la formation en prévention du suicide pour les populations cibles de sentinelles peut aider à réduire le nombre de Canadiens qui meurent par suicide dans différentes communautés. En outre, continuer à promouvoir l'existence des programmes de formation actuels permettra de s'assurer que les gens tirent parti des ressources existantes.

¹⁷ Gould, M.S. et R.A. Kramer. (2001). « Youth suicide prevention », *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 31 (supplément), p. 6-31.

¹⁸ Département de la coordination des politiques et du développement durable des Nations Unies. (1996). *Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies*. New York, Nations Unies.

¹⁹ Beautrais A, D. Fergusson, C. Coggan et coll. (2007). « Effective strategies for suicide prevention in New Zealand: a review of the evidence », *The New Zealand Medical Journal*, 120:U2459; (U.J. Mann et coll. 2005); (Gould et Kramer, 2001).

HÔPITAUX ET SALLES D'URGENCES

De multiples comptes rendus de réunions #308conversations faisaient état de défis pour les personnes qui ont des pensées suicidaires et celles qui les soutiennent dans leurs interactions avec le personnel des hôpitaux et des salles d'urgences. En particulier, il est difficile de faire admettre ou même de faire évaluer une personne dans un contexte où une blessure physique a souvent priorité sur une crise de santé mentale. En conséquence, une personne suicidaire peut simplement quitter l'hôpital sans avoir reçu de traitement ou peut attendre sans aide pendant des heures avant de sortir de l'hôpital sans plan de sécurité approprié ni soutiens ambulatoires en place.

De nombreuses personnes qui songent à se suicider se retrouvent à la salle des urgences. La plupart des formations en premiers soins de santé mentale et en prévention du suicide conseillent aux participants de composer le 911 ou d'amener les personnes qui ont des pensées suicidaires ou qui prévoient de se suicider à la salle des urgences. Ainsi, la personne qui se présente à la salle des urgences est souvent en situation de crise. Comme il est noté plus haut, un complément de formation pourrait aider les professionnels des soins de santé qui travaillent dans des hôpitaux et des salles d'urgences à mieux soutenir les patients qui ont des pensées ou des comportements suicidaires.

Certains hôpitaux ont des protocoles appropriés en place pour soutenir les patients qui se présentent à la salle des urgences avec des pensées suicidaires ainsi que des politiques visant à assurer une transition sûre hors de l'environnement hospitalier. Cette précaution est essentielle, car une étude canadienne a démontré que les patients à risque élevé étaient vulnérables durant la période suivant leur congé de l'hôpital. Dans la cohorte étudiée, 4 des 120 participants se sont suicidés dans les six mois suivant leur congé et 41 sur 104 déclaraient un comportement suicidaire²⁰.

Les provinces et les hôpitaux ont différents niveaux de politiques et de processus en place. Les études montrent toutefois qu'un contact peu après le congé ainsi que l'amélioration des liens communautaires peuvent entraîner une réduction substantielle des nouvelles tentatives de suicide.²¹

POSSIBILITÉ :

Les preuves indiquent que tous les hôpitaux peuvent avoir une influence marquée sur la réduction du suicide dans la communauté en offrant une formation appropriée en prévention du suicide à leur personnel et en élaborant et mettant en œuvre des protocoles de prévention du suicide et de postvention. L'élaboration de politiques favorisant la création de plans de sécurité et de politiques de suivi après le congé de l'hôpital est une façon d'améliorer les résultats pour les patients suicidaires qui viennent en contact avec un environnement hospitalier.

²⁰ Isaac, M., B. Elias, L.Y. Katz, S. Bellik, F.P. Deane, M.W. Enns et J. Sareen. (2009). « Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: A systematic review », *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne de Psychiatrie*, 54 (4), p. 260-268.

²¹ Knesper, D.J. (2011). *Continuity of care for suicide prevention and research: suicide attempts and suicide deaths subsequent to discharge from the emergency department or psychiatric inpatient unit*. Newton, Massachusetts, American Association of Suicidology et le Suicide Prevention Resource Center, Education Development Center. Consulté à l'adresse www.sprc.org/library/continuityofcare.pdf le 18 novembre 2014.

RESSOURCES POUR LES GROUPES À RISQUE ÉLEVÉ

Le suicide touche tout le monde. La Stratégie de la CSMC pour le Canada souligne toutefois que certains groupes, dont les hommes plus âgés, les jeunes Inuits et des Premières Nations et les jeunes GLBTT, connaissent des taux de suicide plus élevés²². Ces groupes à risque élevé peuvent aussi avoir moins de ressources adaptées à leur expérience culturelle et à leur contexte particuliers. Les comptes rendus des réunions #308conversations faisaient état d'un manque notable de ressources en prévention du suicide pour les personnes âgées, les membres des Premières Nations, les Métis, les Inuits et les nouveaux immigrants.

Les statistiques sur les populations autochtones au Canada et l'impact du suicide dans cette communauté sont stupéfiantes. Les jeunes des Premières Nations meurent par suicide environ cinq ou six fois plus souvent que les jeunes non autochtones²³. Les taux de suicide des Inuits sont 11 fois plus élevés que la moyenne nationale et ceux des jeunes hommes inuits, 28 fois plus élevés que la moyenne nationale²⁴. Ces taux figurent parmi les plus élevés au monde.

Par ailleurs, les professionnels qui travaillent avec des populations telles que les personnes âgées font observer qu'ils ont besoin d'une formation et de ressources adaptées à leurs défis particuliers. Les baby-boomers forment une des plus grandes cohortes de population au Canada et leurs taux de suicide sont plus élevés que ceux des générations précédentes²⁵. Les taux de suicide pourraient augmenter avec le vieillissement de la population. Les hommes d'âge moyen et les hommes plus âgés sont déjà particulièrement à risque de suicide. En outre, il pourrait être plus difficile de repérer et d'évaluer les intentions de suicide des adultes plus âgés parce qu'ils ont moins tendance à discuter de suicide et qu'ils pourraient être socialement isolés. Qui plus est, ils tendent à utiliser des moyens plus meurtriers et l'enquête sur la cause de leur décès pourrait être moins rigoureuse.²⁶

POSSIBILITÉ :

Pour opérer des changements efficaces, il est essentiel de faire preuve de leadership et d'engager les groupes à risque élevé dans l'élaboration et la mise en œuvre de toutes les stratégies et de toutes les ressources. Un engagement est requis afin de mieux comprendre les réalités des membres de ces groupes qui ont des pensées ou des comportements suicidaires.

Il est aussi possible de faire connaître et de diffuser les stratégies et ressources déjà déployées. Mentionnons, par exemple, la stratégie de prévention du suicide du gouvernement du Nunavut, la stratégie provinciale du Québec et les ressources créées par la Canadian Coalition for Seniors' Mental Health.

Dans l'avenir, les groupes à risque élevé bénéficieront également de l'élaboration et de la diffusion d'une formation en santé mentale et en prévention du suicide qui sera créée avec leur collaboration et qui tiendra compte de leurs idées.

²² Commission de la santé mentale du Canada. (2012). *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. Calgary, Alberta. Consulté à l'adresse <http://strategy.mentalhealthcommission.ca/download/>

²³ Canada, Santé Canada. (s.d). *Santé des Premières Nations et des Inuits : Santé mentale et bien-être*. Consulté à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/promotion/mental/index-fra.php>

²⁴ Working Group for a Suicide Prevention Strategy for Nunavut. (2009). *Qaujjausimajuni Tunngaviqarniq: using knowledge and experience as a foundation for action*. Document de consultation sur la prévention du suicide au Nunavut. Consulté à l'adresse <http://www.inuitknowledge.ca/content/qaujjausimajuni-tunngaviqarniq-using-knowledge-and-experience-foundation-action-discussion->

²⁵ Centre for Suicide Prevention Resource Toolkit. (2012). Plus 65: *At the end of the day...*. Canadian Coalition for Seniors' Mental Health, p. 4.

²⁶ Centre for Suicide Prevention Resource Toolkit. (2012).

QUESTIONS D'ORDRE JURIDIQUE

ÂGE DU CONSENTEMENT

Les témoignages personnels soumis avec les comptes rendus des réunions #308conversations faisaient ressortir la difficulté des parents à composer avec les différents âges du consentement aux traitements en santé mentale dans les provinces canadiennes. Les administrateurs scolaires participants expliquaient d'ailleurs qu'il était difficile d'expliquer aux parents pourquoi l'âge de la majorité est de 18 ans dans le système scolaire mais qu'il est différent ou non existant dans le système médical.

L'âge du consentement varie à travers le Canada. Selon la législation du Nouveau-Brunswick, les mineurs de 16 ans ou plus ont le même droit que les adultes de refuser leur consentement à un traitement médical. La Loi sur le consentement des mineurs aux traitements médicaux du Nouveau-Brunswick stipule également qu'un mineur de moins de 16 ans peut prendre des décisions dans certaines conditions²⁷. Au Québec, le Code civil indique qu'un adolescent de 14 ans peut consentir à des soins; cependant, il faut aussi obtenir le consentement du père ou de la mère si le traitement souhaité n'est pas médicalement nécessaire et qu'il comporte des risques pour la santé²⁸. L'Ontario, l'Alberta, la Colombie-Britannique, le Manitoba et la Saskatchewan ne précisent pas l'âge auquel les mineurs peuvent consentir de leur propre chef à des soins de santé, conformément au principe du « mineur mature »²⁹. Ce principe permet au médecin d'évaluer la capacité de l'enfant à consentir à un traitement, comme il le ferait avec un adulte.³⁰

POSSIBILITÉ :

Le contexte historique de l'âge de la majorité aux fins du consentement à des soins de santé mentale dans les différentes administrations pourrait faire l'objet d'un examen plus approfondi. On pourrait aussi s'inspirer davantage de l'expérience et des idées des parents afin de déterminer la portée de ce défi particulier identifié dans le cadre des discussions #308conversations.

²⁷ Gilmour, J.M. « Children, adolescents, and health care », dans J. Downie, T. Caulfield et C. Flood (éditeurs). *Canadian health law and policy*, 2e édition. Toronto, Butterworths, 2002, p. 204-249.

²⁸ Gilmour, J.M. (2002).

²⁹ Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. *Consent to medical treatment*. Politique no 4-05 (revue et mise à jour en septembre 2005). Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, 2006. Consulté à l'adresse <http://www.cpso.on.ca/Policies/consent.htm>; College of Physicians and Surgeons of Alberta. *Consent for minor patients*. College of Physicians and Surgeons of Alberta, 2006. Consulté à l'adresse http://www.AFP.ab.ca/publications/resources/attachments/other/consent_for_Minor_Patients.pdf; College of Physicians and Surgeons of British Columbia. « Consent of minors: Infants Act », dans *Physician resource manual*. College of Physicians and Surgeons of British Columbia; s.d. Consulté à l'adresse https://www.cpsbc.ca/cps/physician_resources/publications/resource_manual/interanmedical; Commission manitobaine de réforme du droit. « Consent to medical treatment », dans *Substitute consent to health care*. Rapport no 110. Winnipeg, Bureau de l'imprimeur de la Reine, 2004, p. 5-9. Consulté (sur le site Web du Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba) à l'adresse <http://www.gov.mb.ca/justice/mlrc/reports/110.pdf>; Salte, B. « Recent legislative change », *College Newsletter* [du College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan], 2002, 18(51), p. 7. Consulté à l'adresse http://www.quadrant.net/cpsj/pdf/CPSS_December_Newsletter.pdf

³⁰ Gouvernement de l'Ontario. *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* [dernière modification en 2007], chap. 2. Consulté à l'adresse http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_96H02_f.htm

CONSIDÉRATIONS RELATIVES À LA PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE

Les pourvoyeurs de soins de santé et les soutiens communautaires veulent coordonner les soins afin de mieux appuyer les personnes ayant des troubles mentaux, et ils ont souligné lors des discussions #308conversations que les préoccupations et l'incertitude relatives à la protection de la vie privée peuvent entraver leurs efforts. De fait, 27 % des pourvoyeurs de soins à domicile et de services de soutien qui ont répondu à une enquête de la Change Foundation de l'Ontario se disaient insatisfaits de l'information qui leur avait été fournie avant leur première visite à un client récemment sorti de l'hôpital. Au lieu d'accéder aux renseignements pertinents dans le cadre d'un régime de soins coordonné, plus du tiers des pourvoyeurs de soins comptaient habituellement sur l'information fournie par les clients et leurs proches aidants³¹.

En particulier, les participants à #308conversations qui offraient un soutien communautaire ou des services sociaux ont constaté que les obstacles à l'accès à l'information avaient un effet défavorable sur les résultats pour la santé de leurs clients atteints de maladies mentales. Par exemple, en Ontario, les dépositaires des renseignements sur la santé peuvent accéder aux renseignements sur les patients et participer pleinement au cercle de soins pour un client. Les programmes ou services de soins communautaires en santé mentale dont la principale mission est de fournir des soins de santé sont considérés comme des dépositaires des renseignements sur la santé. Cependant, de nombreux organismes de services sociaux ne sont pas admissibles à ce statut parce que leur principale mission n'est pas expressément de fournir des soins de santé à leurs clients³². Bien que le contexte des préoccupations en matière de protection de la vie privée varie selon les provinces et les territoires, les obstacles additionnels à l'intégration des soins comprennent le manque d'outils et de processus normalisés de communication pour les établissements de soins de santé et de services communautaires, l'absence de technologie de l'information compatible ainsi que le manque de temps, de personnel et de ressources à affecter à l'élaboration de plans et de processus pour le « cercle de soins »³³.

POSSIBILITÉ :

Une étude plus approfondie des lois sur la protection de la vie privée qui existent dans les provinces et territoires brossera un tableau plus complet de la coordination des soins au Canada. Des recherches supplémentaires permettraient de cerner les défis communs aux pourvoyeurs de services ainsi que les pratiques novatrices déjà en vigueur. Une analyse du contexte national aidera à déterminer l'étendue de ce défi particulier en ce qui concerne les services de soins de santé mentale et de prévention du suicide pour la population canadienne.

³¹ Qualité des services de santé Ontario. *Transitions en matière de soins*. Trousse d'amélioration fondée sur des données probantes de l'initiative meilleure APPROCHE. Toronto, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2013.

³² Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (2004). *La Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé : Présentation à l'intention des dépositaires de renseignements sur la santé*. Consulté à l'adresse http://www.health.gov.on.ca/fr/common/legislation/priv_legislation/docs/info_custodians.pdf

³³ Ontario Medical Association. (2014). *Key Elements to Include in a Coordinated Care Plan*. Consulté à l'adresse https://www.oma.org/resources/Documents/CoordinatedCarePlan_June2014.pdf

SUCCÈS ÉVOQUÉS LORS DES ÉVÉNEMENTS #308CONVERSATIONS :

En plus de discuter des défis entourant la prévention du suicide, les participants à #308conversations ont souligné les succès remportés, les ressources disponibles et les progrès réalisés. Ces succès aident à transmettre un message d'espoir et sont essentiels à une discussion holistique au sujet du suicide.

RESSOURCES ET OUTILS EXISTANTS

Certains outils et certaines ressources ont été mentionnés, comme l'outil d'évaluation de la Nouvelle-Écosse et la ressource d'évaluation personnelle du Centre de ressources pour les familles des militaires de Halifax et de la région. La meilleure approche en l'occurrence pourrait être d'essayer d'élargir la diffusion de ces outils existants ou d'envisager la possibilité de les adapter à d'autres communautés. De même, le Bluewater District School Board a fait connaître sa stratégie en matière de santé mentale et son protocole de prévention du suicide, d'intervention et de postvention, dont pourraient bénéficier d'autres conseils scolaires qui n'ont pas de protocoles en place.

« Nous avons un groupe étonnamment diversifié de personnes à la table : des représentants de groupes confessionnels, de sociétés d'aide à l'enfance, des services de santé mentale pour enfants, des services de santé mentale, des services de santé de Grey Bruce (notre hôpital local), des services de santé mentale des conseils scolaires catholiques et publics, de la GSA, des Premières Nations, des unités de santé, de l'O.P.P., des forces armées, des équipes Santé familiale, des services de lutte contre la toxicomanie chez les jeunes, de Centraide, ainsi que deux survivantes, les mères de deux jeunes hommes qui se sont enlevé la vie. Nous avons aussi trois jeunes ainsi que des membres des médias. »

TRAITEMENT SENSIBILISÉ AUX TRAUMATISMES

Différents participants à #308conversations ont mentionné l'adoption et l'importance croissantes du traitement sensibilisé aux traumatismes dans les hôpitaux. Les systèmes et organisations sensibilisés aux traumatismes veillent à ce que tous les intervenants aient une compréhension de base des « effets psychologiques, neurologiques, biologiques, sociaux et spirituels que peuvent avoir le traumatisme et la violence sur les personnes à la recherche d'aide³⁴».

Le Manuel sur les traumatismes de 2013 souligne qu'un modèle sensibilisé aux traumatismes fait changer le discours : au lieu de demander « Qu'est-ce que vous avez? », on demande « Qu'est-ce qui vous est arrivé³⁵? ». Encourager davantage l'adoption du traitement sensibilisé aux traumatismes pourrait se traduire par des services de soins de santé plus efficaces et plus compatissants.

LE CENTRE D'INTERVENTION D'URGENCE NOVATEUR DE WINNIPEG

Des participants à #308conversations dans différentes communautés de tout le Canada considéraient le Crisis Response Centre (CRC) de Winnipeg comme un exemple positif à étudier plus avant. Le CRC offre des services de soins d'urgence avec ou sans rendez-vous 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, en plus de servir de base à l'équipe mobile d'intervention d'urgence en santé mentale. Le centre offre de l'aide aux personnes en situation de crise émotionnelle, qui souffrent d'anxiété grave ou de dépression, qui ont des pensées suicidaires ou qui traversent une crise de santé mentale nécessitant des soins d'urgence. L'équipe de santé du centre est formée de spécialistes des situations de crise possédant une formation en soins infirmiers, en travail social ou en psychologie, d'intervenants auxiliaires en situation de crise, d'auxiliaires médicaux et de psychiatres³⁶. Situé à proximité du Centre des sciences de la santé de Winnipeg, le CRC offre aux personnes qui traversent une crise de santé mentale un endroit chaleureux et accueillant où se rendre pour obtenir un traitement d'urgence et de l'aide. Les recherches additionnelles sur le travail effectué par le CRC et son impact sur la communauté environnante devraient être suivies de près. Il faudrait encourager l'établissement de centres tels que le CRC dans d'autres villes et communautés canadiennes.

CENTRES D'INTERVENTION ET CERCLES DE SOINS

De nombreux comptes rendus de réunions #308conversations faisaient état des défis et des succès liés aux cercles de soins. Certains mentionnaient la nécessité d'apporter des éclaircissements et d'encourager la coopération entre les différents professionnels des soins de santé qui travaillent avec un patient particulier. On donnait aussi des exemples d'initiatives communautaires visant à établir des liens entre les différents intervenants qui offrent un soutien en santé mentale dans une communauté. Il semble que ces centres servent surtout au soutien intégré aux enfants et aux jeunes. Il serait aussi possible de concevoir un modèle de centre intégré pour la santé mentale et physique des adultes, des personnes âgées et d'autres groupes à risque élevé.

³⁴ Clinic Community Health Centre. (2013). *Manuel sur les traumatismes : Une ressource à l'intention des organismes et des individus pour la prestation de services sensibles au traumatisme*. 2e édition. Consulté à l'adresse http://trauma-informed.ca/wp-content/uploads/2013/10/Trauma-informed_Toolkit_fr_revised.pdf

³⁵ *Manuel sur les traumatismes* (voir 20), p. 17.

³⁶ <http://www.wrha.mb.ca/wave/2013/05/mental-health-crc-opens-f.php>

L'UNITÉ DE SANTÉ MENTALE DU SERVICE DE POLICE D'OTTAWA

Certaines discussions #308conversations indiquaient que les liens entre la police et les soutiens communautaires aux personnes atteintes de maladies mentales sont plus forts et plus efficaces que dans le passé. Par exemple, lorsqu'on leur a demandé de nommer des réussites communautaires, de nombreux participants à un événement tenu à Ottawa ont parlé du travail effectué par l'Unité de santé mentale du Service de police d'Ottawa. Les commentaires formulés lors de l'événement #308conversations d'Ottawa se rapportaient à un programme pilote lancé en 2012 par le Dr Peter Boyles. À l'Unité de santé mentale du Service de police d'Ottawa, un psychiatre accompagne un agent en civil dans une autopatrouille banalisée afin de répondre aux appels en provenance de personnes soupçonnées d'avoir une maladie mentale. Des études montrent qu'entre 1 % et 31 % des interactions des services de police au Canada ont lieu avec des personnes qui ont des troubles mentaux ou une maladie mentale. Bien que la plupart des personnes souffrant d'une maladie mentale ne commettent pas d'actes criminels, elles viennent souvent en contact avec la police³⁷. Le travail effectué par l'Unité de santé mentale du Service de police d'Ottawa est un exemple de réussite communautaire.³⁸

SOUTIEN PAR LES PAIRS

De multiples participants à #308Conversation, dont beaucoup de survivants à des tentatives de suicide et de membres de la famille endeuillés par suicide, considéraient le soutien par les pairs comme positif, bénéfique et important pour le rétablissement. Les Lignes directrices relatives au soutien par les pairs – Pratique et formation de la CSMC soulignent que le soutien par les pairs « est une relation d'entraide existant entre deux personnes ayant un vécu expérientiel commun³⁹. » Cette expérience commune peut concerner leur propre santé mentale, dans le cas des survivants à une tentative de suicide, ou celle d'un proche, dans le cas des endeuillés par suicide.

Les études et les renseignements anecdotiques tirés des séances #308conversations indiquent que le soutien par les pairs peut aider à maîtriser les symptômes, à réduire les cas d'hospitalisation et à améliorer la qualité de vie grâce aux soutiens et aux liens sociaux⁴⁰. Le succès du soutien par les pairs peut être attribué en partie au sentiment d'empathie et de rapprochement qui existe entre le patient et le pair aidant qui partage une expérience avec lui, car ce sentiment est plus marqué que celui qui existe dans la relation patient-thérapeute, qui repose sur des bases différentes.⁴¹

Étant donné l'impact salutaire des programmes de soutien par les pairs et des pairs aidants sur toutes les personnes touchées par le suicide, il est évident qu'il serait avantageux d'élargir ces programmes, qui représentent une façon économique, efficace et compatissante de soutenir les Canadiens touchés par le suicide.

³⁷ Brink, J., J. Livingston, S. Desmarais, C. Greaves, V. Maxwell, E. Michalak, R. Parent, S. Verdun-Jones et C. Weaver. (2011). Étude portant sur les perceptions des personnes atteintes de maladie mentale à l'égard de la police et sur leurs interactions avec elle. Calgary, Alberta: Mental Health Commission of Canada. Consulté à l'adresse <http://www.mentalhealthcommission.ca>

³⁸ Boyles, P., Palmer, D., Quesnel. (2013). « Partenariat », Gazette, vol. 75, no 2. Consulté à l'adresse <http://www.rcmp-grc.gc.ca/gazette/vol75no2/cover-dossier/hospital-hopital-fra.htm>

³⁹ Sunderland, Kim, Wendy Mishkin et les membres de l'équipe des leaders en matière de soutien par les pairs. Commission de la santé mentale du Canada. (2013). Lignes directrices relatives au soutien par les pairs – Pratique et formation. Calgary, Alberta. Mental Health Commission of Canada. Consulté à l'adresse <http://www.mentalhealthcommission.ca>

⁴⁰ Ochocka, J., G. Nelson, R. Janzen et J. Trainor. (2006). « A longitudinal study of mental health consumer/survivor initiatives: Part III - A qualitative study of impacts on new members ». *Journal of Community Psychology*, 34, p. 273-283.

⁴¹ Coatsworth-Puspok, R., Forchuk, C., Ward Griffin, C. (2006). « Peer support relationships: an unexplored interpersonal process in mental health », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, p. 490-497.

Partie 3 Discussion – Aller de l’avant :

L’initiative #308conversations doit son succès continu au leadership des députés canadiens et à l’engagement des intervenants locaux en prévention du suicide. Les événements ont attiré beaucoup de gens et le nombre de participants aux discussions sur le suicide dans la communauté, qui variait entre 20 et 200, dépassait souvent les attentes. Un dialogue ouvert a aidé à réduire la stigmatisation et a permis d’établir des liens entre les membres de la communauté désireux de réduire le taux de suicide et, fait important, entre les membres de la communauté et leur député local. Les intervenants en prévention du suicide se sont dits optimistes et heureux d’avoir eu la chance de discuter des préoccupations et des réussites communautaires avec leur député.

Les événements #308conversations prennent de l’ampleur et se poursuivent partout au Canada. En réponse aux demandes des intervenants locaux, la CSMC a élargi la portée des discussions #308conversations et mis la trousse de planification à la disposition de tous les dirigeants communautaires. Des renseignements sur l’initiative #308conversations et les documents téléchargeables de la trousse sont accessibles sur le site Web #308conversations de la CSMC. La Commission continue d’encourager les députés à jouer un rôle d’agent catalyseur et animateur des événements #308conversations dans leurs communautés. Cependant, si un député n’est pas en mesure d’organiser une réunion, les autres dirigeants communautaires locaux et les groupes d’intervenants en santé mentale sont invités à prendre la relève.

Les commentaires recueillis lors des événements #308conversations continueront d’éclairer la perspective nationale et aideront la CSMC à élaborer un modèle communautaire pour la réduction du suicide. Par ailleurs, la CSMC a forgé un partenariat avec l’Organisation mondiale de la Santé afin d’examiner les possibilités de mettre en œuvre le modèle #308conversations du Canada à l’échelle internationale.

La prévention du suicide au Canada gagne du terrain, puisque les communautés s’efforcent de réduire la stigmatisation, d’offrir des soutiens, de créer des ressources novatrices et de s’aider mutuellement à atténuer l’impact du suicide. Tous les événements #308conversations ont fait ressortir les défis associés à la réduction du suicide au Canada. Toutefois, ce qui est plus important est que chaque compte rendu aborde l’espoir pour l’avenir. Tous les participants, y compris les députés, les personnes ayant un vécu de la maladie mentale, les médecins, les travailleurs sociaux, les thérapeutes, les endeuillés par suicide et les survivants à des tentatives de suicide, ont ajouté leurs voix à la discussion et entamé une conversation nationale très nécessaire sur la prévention du suicide. Pour aller de l’avant, tous les Canadiens doivent s’engager à poursuivre la discussion.

Les députés qui désirent organiser une réunion #308Conversations peuvent contacter la CSMC à 308@MENTALHEALTHCOMMISSION.CA

Les membres de la communauté qui désirent assister à un événement #308Conversations peuvent trouver leur député en cliquant ici : [HTTP://WWW.PARL.GC.CA/PARLINFO/COMPILATIONS/HOUSEOFCOMMONS/MEMBERBYPOSTALCODE.ASPX?MENU=HOC&LANGUAGE=F](http://WWW.PARL.GC.CA/PARLINFO/COMPILATIONS/HOUSEOFCOMMONS/MEMBERBYPOSTALCODE.ASPX?MENU=HOC&LANGUAGE=F)

Les représentants des organisations de prévention du suicide qui désirent organiser une réunion #308Conversations dans leur communauté peuvent cliquer ici pour obtenir plus de renseignements : [HTTP://WWW.MENTALHEALTHCOMMISSION.CA/FRANCAIS/308CONVERSATIONS](http://WWW.MENTALHEALTHCOMMISSION.CA/FRANCAIS/308CONVERSATIONS)