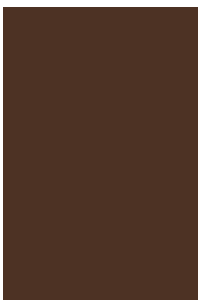




Gouvernement
du Canada

Government
of Canada



TRAVAILLER ENSEMBLE POUR PRÉVENIR LE SUICIDE AU CANADA

CADRE FÉDÉRAL DE PRÉVENTION DU SUICIDE

Canada 

REMERCIEMENTS

Le présent Cadre fédéral de prévention du suicide a été élaboré en reconnaissance des personnes décédées par suicide et des nombreux Canadiens toujours aux prises avec des pensées suicidaires.

Le Cadre honore les personnes touchées par le suicide, celles qui ont survécu à une perte par suicide et celles qui ont survécu à une tentative de suicide et qui se rétablissent. Il est fondé sur l'immense dévouement des personnes qui travaillent à la prévention du suicide, à l'intervention et à la postvention, et celles qui travaillent à favoriser des milieux sains et coopératifs pour tous les Canadiens.

Si vous ou une personne que vous connaissez avez besoin d'aide, veuillez communiquer avec le centre d'appel le plus près : <http://suicideprevention.ca/francais/> ou composez le 911.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2016

PDF Cat. : HP35-61/2015F-PDF Pub. : 150039
ISBN : 978-0-660-02650-3

Also available in English.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	2
CONTRIBUTION AU CADRE	5
APERÇU DU CADRE.....	8
OBJECTIFS STRATÉGIQUES ET ENGAGEMENTS FÉDÉRAUX	11
LE CADRE FÉDÉRAL DE PRÉVENTION DU SUICIDE : VUE D'ENSEMBLE.....	15
EFFORTS ACTUELS DE PRÉVENTION DU SUICIDE AU CANADA.....	16
GOUVERNEMENT FÉDÉRAL	20
PARTENAIRES ET INTERVENANTS.....	27
PROCHAINES ÉTAPES.....	35
CONCLUSION.....	36
ANNEXE A : LE SUICIDE AU CANADA.....	37
ANNEXE B : FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION LIÉS AU SUICIDE.....	41
GLOSSAIRE	45
RÉFÉRENCES	51



INTRODUCTION

Le suicide est une cause importante des décès prématurés au Canada. Il touche des personnes de tous les âges et de tous les milieux de l'ensemble des régions canadiennes. En moyenne, plus de dix Canadiens se sont suicidés chaque jour en 2012¹. Les décès par suicide ont une incidence dévastatrice et incommensurable; les familles, les amis, les camarades de classe, les collègues de travail et les collectivités doivent alors composer avec le chagrin et la recherche de solutions.

Sur les quelques 4 000 canadiens qui se suicident chaque année, plus de 90 pour cent sont aux prises avec des problèmes de santé mentale². Toutefois, les personnes qui se suicident n'ont pas toutes reçu un diagnostic de maladie mentale, et ce ne sont pas toutes les personnes ayant reçu un tel diagnostic qui essaient de se suicider. Le suicide touche aussi certains segments de la population de manière disproportionnée, comme certaines collectivités des Premières Nations et toutes les régions inuites, où le taux de suicide peut être de cinq à vingt fois plus élevés que la moyenne nationale³. [Se reporter à l'Annexe A pour obtenir de plus amples renseignements sur le suicide au Canada.]

Le suicide est un problème complexe, où se mêlent des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, culturels, spirituels, économiques et autres, ainsi que le milieu physique où vit la personne⁴. Ces facteurs peuvent interagir et amener une personne à avoir des pensées suicidaires ou à adopter un comportement suicidaire. De plus, la stigmatisation liée au suicide et à la maladie mentale peut décourager de nombreuses personnes à rechercher l'aide nécessaire⁵. Les expériences stressantes, comme l'exposition à un traumatisme, le décès d'un être cher, la perte d'un emploi, un changement dans la santé physique ou les relations ainsi que les traits et les comportements personnels ont également un lien avec le suicide⁶. [Se reporter à l'Annexe B pour obtenir de plus amples renseignements sur les facteurs de risque et de protection liés au suicide.]

Le suicide ne représente pas nécessairement un désir de mourir, mais plutôt une volonté de mettre fin à une douleur psychologique⁷. Une personne qui a des pensées suicidaires ou qui adopte un comportement suicidaire peut se sentir désespérée ou accablée et ne voir aucune autre option⁵.



Malgré les difficultés liées au suicide, il y a de l'espoir. Il est possible de prévenir le suicide lorsque nous parvenons à concerner les efforts collectifs pour susciter l'espoir et le rétablissement, accroître la sensibilisation de même que promouvoir la santé mentale et le bien-être.

Conformément à la ***Loi concernant l'établissement d'un cadre fédéral de prévention du suicide***, sanctionnée en décembre 2012⁸, le gouvernement du Canada a élaboré le Cadre fédéral de prévention du suicide (le Cadre) pour harmoniser les activités fédérales en matière de prévention du suicide et compléter les importants travaux en cours dans les provinces et les territoires, les organismes autochtones, les organisations non gouvernementales, les collectivités et le secteur privé.

Le Cadre ne constitue pas une stratégie nationale et ne vise pas à remplacer les stratégies ou les cadres actuels mis en œuvre par les provinces, les territoires, les collectivités ou les organismes autochtones. Il a pour but de fixer les objectifs stratégiques, les principes directeurs et les engagements du gouvernement du Canada à l'égard de

la prévention du suicide. Il vise à établir de meilleurs liens entre les gens, les renseignements et les ressources de même que la recherche et l'innovation afin d'accroître la sensibilisation, de réduire la stigmatisation et de prévenir le suicide.

Le Cadre contribue à la mise en œuvre de la stratégie intitulée ***Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada***⁹, qui vise à améliorer la santé mentale et le bien-être de tous les Canadiens. Il s'harmonise aussi avec le ***Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations*** (le Continuum) destiné à aider les partenaires à travailler plus efficacement avec les programmes fédéraux, provinciaux et territoriaux dans le cadre d'un système global de mieux-être mental pour les Premières Nations¹⁰.

Le Cadre se sert des données du rapport ***Prévention du suicide : L'état d'urgence mondiale de l'Organisation mondiale de la Santé***⁵, qui renforce la valeur de l'approche de la santé publique au regard de la prévention du suicide. Cette approche tient compte des interventions universelles, vouées à améliorer la santé de la population dans son ensemble, et des interventions personnalisées, pour les



groupes qui affichent des taux de suicide supérieurs et qui s'efforcent de réduire les écarts en matière de santé entre les groupes.

L'approche de la santé publique se concentre sur la prévention et tient compte des connaissances, des points de vue et des expériences multidisciplinaires, dont les sciences de la santé (comme la médecine, les soins infirmiers, la psychiatrie et l'épidémiologie), la sociologie, la psychologie, la criminologie, l'éducation et l'économie, pour comprendre le suicide dans son sens large, déterminer les facteurs

qui jouent un rôle dans l'augmentation ou la diminution des risques de suicide et améliorer les mesures collectives, la recherche et les pratiques exemplaires en matière de prévention du suicide. Une telle approche devrait permettre de trouver des solutions importantes et durables à la prévention du suicide¹¹. Dans l'ensemble, le Cadre aidera à réunir les efforts de prévention du suicide dans l'ensemble du Canada et soutiendra le fondement de partenariats fructueux et durables entre différents secteurs, les organismes et les administrations afin de prévenir le suicide.



CONTRIBUTION AU CADRE

Depuis la sanction de la *Loi concernant l'établissement d'un cadre fédéral de prévention du suicide* en 2012⁸, le gouvernement fédéral a entrepris une vaste analyse pour mieux comprendre la prévention du suicide.

L'Agence de la santé publique du Canada a recueilli, dans le cadre de webinaires et de réunions avec d'autres ministères du gouvernement, des organisations non gouvernementales, des organismes autochtones nationaux, des représentants des provinces et des territoires ainsi que des intervenants communautaires, des renseignements sur les efforts actuels déployés pour prévenir le suicide au Canada. Elle a aussi tenu une consultation publique en ligne pour orienter l'élaboration du Cadre. Au total, 376 répondants (organismes et individus) ont participé à cette consultation.

Ces discussions et ces consultations ont fourni une grande diversité de renseignements sur les nombreuses approches en prévention du suicide et les activités en cours au Canada. Pendant que cet excellent travail se déroule, les discussions ont mis en lumière les nombreux défis à relever. Les efforts en prévention du suicide et les ressources sont

fragmentés dans l'ensemble du pays et dans divers ministères fédéraux. De plus, il est nécessaire d'obtenir de meilleurs renseignements et d'accroître la sensibilisation pour réduire la stigmatisation et améliorer les programmes et les initiatives voués à la prévention du suicide.

La consultation en ligne a permis de faire ressortir plusieurs thèmes clés :

- *La perception du public est un obstacle à la prévention du suicide* – La stigmatisation liée au suicide et la peur de la contagion lorsqu'on parle du suicide entravent les efforts de sensibilisation et de diffusion des renseignements sur le suicide. Un dialogue ouvert qui aiderait à faire progresser les efforts de prévention du suicide passe par la nécessité de sensibiliser davantage la population en général.
- *La nécessité de mieux diffuser les renseignements et de mettre en place des mécanismes d'échange des connaissances, particulièrement au niveau des collectivités* – De nombreux répondants ont souligné le manque de



sensibilisation à l'égard des ressources actuelles, ou la difficulté d'accéder aux outils, aux ressources et aux lignes directrices pour ceux qui cherchent des services d'aide pour eux-mêmes, leurs amis ou les êtres chers. Il serait bénéfique de permettre un meilleur accès aux services de soutien pour ceux qui ont des pensées suicidaires ou qui adoptent un comportement suicidaire, de même que pour les survivants qui sont en deuil d'un proche en raison du suicide.

- *La nécessité d'une source centralisée fiable de données et de documents de recherche* – Les renseignements sur le suicide, incluant les données et les résultats de recherche, sont fragmentés, complexes, parfois coûteux et souvent difficiles d'accès. Il y aurait lieu d'améliorer l'accès à des données et à des résultats de recherche au sujet du suicide, dans une gamme de formats adaptés aux divers auditoires.
- *L'importance d'apprendre des personnes touchées par le suicide* – L'élaboration de lignes directrices et des ressources ainsi que la priorisation des travaux de recherche sur la prévention du suicide devraient tenir compte des connaissances et des expériences des Canadiens qui ont été touchés par le suicide. En outre, les

points de vue des survivants d'une tentative de suicide ou des endeuillés par suicide devraient être pris en compte dans les stratégies de diffusion pour permettre aux ressources d'atteindre les personnes qui en ont le plus grand besoin.

- *La nécessité de transmettre des données probantes aux intervenants de première ligne, dans le cadre de partenariats entre les chercheurs et les intervenants* – Il importe d'établir la priorité des travaux de recherche sur la prévention du suicide, en tenant compte à la fois des points de mire traditionnels sur le risque et l'étiologie ainsi que la science émergente sur les facteurs de protection, des mesures qui donnent des résultats, des contextes de leur mise en œuvre et des personnes qui en bénéficient. L'amélioration de l'échange et du transfert des connaissances entre secteurs variés et les collaborations efficaces pourraient nous aider à obtenir de meilleurs résultats auprès de ceux qui sont touchés par le suicide.



Les personnes consultées recommandent fortement une approche multisectorielle à la prévention du suicide, qui inclut les populations présentant les risques les plus élevés de suicide. Le savoir traditionnel des Autochtones et la pertinence culturelle devraient contribuer à l'adoption de pratiques exemplaires. Il est essentiel de changer les perceptions publiques par l'entremise de campagnes complètes et durables de sensibilisation du public, de prioriser les travaux de recherche et la diffusion de leurs résultats, d'échanger les pratiques exemplaires ainsi que de renforcer la collaboration et la coordination entre différents secteurs afin d'améliorer la prévention du suicide au Canada. Toutes ces mesures nécessiteront une approche collaborative entre toutes les administrations, les secteurs et les collectivités de l'ensemble du Canada.



APERÇU DU CADRE

OBJET

Le Cadre oriente les efforts du gouvernement du Canada, conformément à la *Loi concernant l'établissement d'un cadre fédéral de prévention du suicide*⁸.

VISION

Un Canada où on prévient le suicide et où chacun vit avec espoir et résilience.

MISSION

Prévenir le suicide au Canada par les partenariats, la collaboration et l'innovation, dans le respect de la diversité des cultures et des collectivités frappées par ce problème.

OBJECTIFS STRATÉGIQUES

Les éléments législatifs de la *Loi* sont organisés sous trois objectifs stratégiques :

1. RÉDUIRE LA STIGMATISATION ET SENSIBILISER DAVANTAGE LE PUBLIC

- *Fournir des lignes directrices visant à sensibiliser et à informer davantage le public au sujet du suicide (élément 1)*

2. RELIER LES CANADIENS, L'INFORMATION ET LES RESSOURCES

- *Diffuser des renseignements sur le suicide et sa prévention (élément 2)*
- *Rendre publiques les statistiques existantes sur le suicide et les facteurs de risques connexes (élément 3)*
- *Promouvoir la collaboration et l'échange de connaissances entre domaines, secteurs, régions et administrations (élément 4)*

3. ENCOURAGER L'UTILISATION DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION DANS LES ACTIVITÉS DE PRÉVENTION DU SUICIDE

- *Établir les pratiques exemplaires pour la prévention du suicide (élément 5)*
- *Promouvoir le recours à la recherche et aux pratiques fondées sur des preuves pour la prévention du suicide (élément 6)*



LA LOI CONCERNANT L'ÉTABLISSEMENT D'UN CADRE FÉDÉRAL DE PRÉVENTION DU SUICIDE

La Loi concernant l'établissement d'un cadre fédéral de prévention du suicide a reçu la sanction royale (est entrée en vigueur) en décembre 2012. Cette loi va dans le même sens que le projet de loi C-300, émanant du député fédéral Harold Albrecht. Elle met l'accent sur le fait que le suicide est une priorité en matière de santé et de sécurité et qu'il s'agit d'une question à la fois de santé mentale et de santé publique.

En vertu de la *Loi*, l'Agence de la santé publique du Canada a consulté d'autres ministères fédéraux, les provinces et les territoires, des organisations non gouvernementales et des personnes intéressées du grand public pour échanger de l'information et harmoniser les éléments du Cadre avec les initiatives existantes de prévention du suicide.

En tant qu'entité désignée, l'Agence de la santé publique du Canada devrait faire rapport sur les progrès relatifs au Cadre d'ici 2016 et tous les deux ans par la suite.

LES SIX ÉLÉMENTS D'ACTION ÉTABLIS PAR LA LOI :

1. Fournir des lignes directrices visant à sensibiliser et à informer davantage le public au sujet du suicide.
2. Diffuser des renseignements sur le suicide et sa prévention.
3. Rendre publiques les statistiques existantes sur le suicide et les facteurs de risques connexes.
4. Promouvoir la collaboration et l'échange de connaissances entre domaines, secteurs, régions et administrations.
5. Établir les pratiques exemplaires pour la prévention du suicide.
6. Promouvoir le recours à la recherche et aux pratiques fondées sur des preuves pour la prévention du suicide.

PRINCIPES DIRECTEURS

Les principes énoncés ci-dessous orienteront l'approche adoptée et les mesures prises pour atteindre les objectifs stratégiques fixés dans le Cadre.

RENFORCER L'ESPOIR ET LA RÉSILIENCE. PROMOUVOIR LA SANTÉ MENTALE ET LE BIEN-ÊTRE.

La prévention du suicide devrait comporter des mesures destinées à améliorer la santé mentale et le bien-être ainsi qu'à renforcer les facteurs de protection, comme le raffermissement de la résilience, des techniques plus efficaces de résolution de problèmes, la cohésion familiale, le réseautage social, la raison d'être et le sentiment d'appartenance, des attitudes et des expériences positives, des relations saines, une identité culturelle positive et le recouvrement de l'espoir. La connaissance des répercussions d'un traumatisme sur la vie d'une personne et sur sa santé aide à ce que les efforts de prévention du suicide encouragent la sécurité, les soins, le respect et la prise en charge pour tous.

COMPLÉMENTER LES INITIATIVES ACTUELLES DE PRÉVENTION DU SUICIDE.

L'harmonisation des activités fédérales, qui s'ajoutent aux importants travaux



réalisés par les provinces et les territoires, les organismes autochtones, les organisations non gouvernementales, les collectivités et le secteur privé réduira le dédoublement des efforts.

S'APPUYER SUR LA RECHERCHE EN COURS ET SUR LES MEILLEURES DONNÉES PROBANTES DISPONIBLES.

L'utilisation des meilleures données probantes disponibles du Canada et à l'international, incluant le savoir traditionnel et les pratiques autochtones de même que les expériences des survivants des tentatives de suicide et des endeuillés par le suicide, contribuera à notre compréhension du suicide et de sa prévention pour que les Canadiens bénéficient de programmes efficaces.

APPLIQUER UNE APPROCHE DE SANTÉ PUBLIQUE.

La prévention du suicide est un problème de santé publique. En mettant l'accent sur la population ou la collectivité en général, il sera possible d'améliorer les facteurs de protection (comme l'amélioration de la cohésion communautaire, la mise au point de programmes et de services adaptés à la culture, surtout au niveau communautaire, la création d'environnements sains et sûrs, la résilience et les stratégies d'adaptation).

La sensibilisation, la formation et les ressources axées sur la collectivité et adaptées à la culture contribueront à répondre aux besoins particuliers des personnes, des familles et des collectivités. De plus, dans le cadre de cette stratégie, la prévention du suicide est examinée dans le contexte des déterminants sociaux qui influent sur la qualité de vie et la santé de tous les Canadiens.

TIRER PARTI DES PARTENARIATS.

Il est nécessaire d'améliorer la coordination, la collaboration et les liens entre les ministères et les organismes du gouvernement, de même qu'entre les organisations non gouvernementales, les organismes autochtones, le secteur privé, les provinces et les territoires, les chercheurs, les coroners et les médecins légistes provinciaux, les collectivités, les intervenants et ceux qui ont vécu une expérience (c.-à-d., les survivants d'une tentative et les endeuillés). Les stratégies de prévention du suicide nécessitent des collaborations multidisciplinaires et multisectorielles qui s'attaquent à un large éventail de facteurs de risque et de facteurs de protection. Les partenariats sûrs et avertis permettront d'améliorer les efforts de prévention du suicide et de mieux les adapter aux diverses collectivités du Canada.



OBJECTIFS STRATÉGIQUES ET ENGAGEMENTS FÉDÉRAUX

Aux termes du présent Cadre, le gouvernement du Canada prendra des mesures pour atteindre trois objectifs stratégiques. Avec ses partenaires, notamment des organismes autochtones nationaux, le gouvernement fédéral fera la promotion du bien-être, améliorera la sensibilisation et favorisera la prévention du suicide par l'entremise de liens, de collaborations, de recherches et de pratiques exemplaires.

RÉDUIRE LA STIGMATISATION ET SENSIBILISER LE PUBLIC

La stigmatisation liée à la maladie mentale ainsi qu'au comportement et aux pensées suicidaires est un obstacle important à la prévention du suicide. La sensibilisation du public joue un rôle essentiel dans la prévention du suicide, car elle permet de changer les attitudes, les perceptions et les comportements. Les efforts de prévention qui encouragent l'espoir, la résilience et le rétablissement peuvent aider à réduire la stigmatisation, à améliorer les

connaissances générales sur le suicide, à habiliter les personnes qui cherchent de l'aide et à fournir aux autres le soutien au moment où ils en ont le plus besoin.

Le suicide touche de nombreux Canadiens. Certains vivent avec des pensées suicidaires ou un comportement suicidaire, comme l'automutilation. D'autres vivent avec une maladie mentale ou acceptent de vivre avec une telle maladie. Certains encore ont des relations étroites avec une personne qui présente un risque de suicide, une personne qui a fait une tentative de suicide ou une personne qui est endeuillée par le suicide. Certaines personnes ne veulent pas reconnaître ou accepter qu'elles ont besoin d'aide ou ne savent pas comment en obtenir. Tous peuvent bénéficier des connaissances plus vastes et accéder à des outils et à des services destinés à prévenir le suicide.

La transmission d'un message inapproprié (p. ex., un langage offensant, un contenu préjudiciable ou des images explicites, la glorification dans les médias ou autres interprétations) peut avoir des répercussions négatives et imprévues sur



la normalisation, la simplification et la glorification du suicide ou sur l'humiliation qui en découle. Les personnes peuvent ainsi avoir plus de difficulté à demander de l'aide ou à en donner. En outre, les détails et le langage utilisés pour décrire un décès par suicide peuvent stigmatiser davantage et entraver le rétablissement des personnes en deuil d'un être cher. La bonne communication d'un suicide nécessite une attention particulière. Les gens doivent se sentir en sécurité et respectés. Les messages publics doivent porter sur la présentation des faits essentiels, susciter l'espoir et encourager les gens à demander ou à donner de l'aide. Dans certains cas, la communication des expériences et des histoires personnelles peut aider les personnes touchées par un suicide.

Le gouvernement du Canada appuiera la collaboration entre les intervenants en matière de prévention du suicide, les chercheurs, les survivants d'une tentative de suicide et les endeuillés par le suicide destinée à fournir une orientation sur les manières les plus efficaces, sûres et appropriées de parler du suicide et de sa prévention dans le but de réduire la stigmatisation et d'améliorer la sensibilisation.

RELIER LES CANADIENS, L'INFORMATION ET LES RESSOURCES

En raison de la complexité du suicide, la prévention doit faire appel à diverses disciplines et à de nombreux points de vue pour veiller à l'adoption d'une approche générale dans l'ensemble du Canada qui optimise les efforts actuels et futurs. En vertu du présent Cadre, les résultats reposent sur une collaboration efficace et un échange des connaissances entre les domaines, les secteurs, les régions et les administrations afin de rendre les renseignements actuels facilement accessibles.

L'amélioration de la collaboration comblera l'écart entre les stratégies actuelles de prévention du suicide, car elle aidera à réduire la fragmentation et veillera à l'adoption d'une stratégie plus intégrée et proactive dans le continuum de la prévention du suicide, l'intervention durant une crise et la postvention après une tentative de suicide ou un suicide.

Le gouvernement du Canada élaborera des ressources sur le suicide et sa prévention, pour que les Canadiens aient accès à des renseignements et à d'autres services dont



ils ont besoin. Un site web fédéral donnant accès à des données, à des renseignements et à des ressources utiles en matière de suicide sera offert aux Canadiens dans les deux langues officielles. En outre, le gouvernement du Canada continuera de travailler avec ses partenaires pour mettre en place des mécanismes d'échange des renseignements et des données probantes sur la prévention du suicide avec les chercheurs, les collectivités, les organismes et les Canadiens.

Les ministères fédéraux collaboreront avec des partenaires et des intervenants externes œuvrant à la prévention du suicide afin d'échanger des connaissances dans le cadre de divers forums (p. ex., réunions, conférences nationales et outils en ligne), pour ainsi veiller à une représentation équilibrée et à la participation d'experts, d'organisations non gouvernementales, d'organismes autochtones, des endeuillés par le suicide, des survivants d'une tentative de suicide et du secteur privé.

ENCOURAGER L'UTILISATION DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION DANS LES ACTIVITÉS DE PRÉVENTION DU SUICIDE

La prévention efficace du suicide dépend de l'utilisation des données probantes issues de la recherche et de l'évaluation pour élaborer des politiques, faire de la sensibilisation communautaire, fournir des services de santé mentale ainsi que soutenir les familles et les collectivités. De meilleurs liens entre les chercheurs et les utilisateurs des résultats de recherche, de même que l'accès à des résumés en langage clair des données probantes actuelles, faciliteront l'utilisation des résultats de recherche.

Le gouvernement du Canada aidera à améliorer l'utilisation des résultats de recherche en appuyant des mécanismes qui favorisent le dialogue sur les données probantes actuelles, incluant l'échange et l'utilisation du savoir autochtone, ainsi que leur incidence sur les stratégies de prévention du suicide. Il existe déjà une gamme de ressources, de réseaux et de collaborations qui contribuent à l'atteinte de cet objectif.



Bien qu'il existe présentement une grande diversité de recherches sur le suicide en cours au Canada, il reste tout de même des écarts à combler dans les connaissances, comme les facteurs de protection contre le suicide selon les stades de la vie, les particularités de certaines populations (incluant les lesbiennes, les gais, les bisexuels, les transgenres, les bispirituels, les allosexuels, les personnes en questionnement, les personnes handicapées, les nouveaux arrivants, les réfugiés, les jeunes, les personnes âgées, les peuples autochtones et les premiers intervenants). En outre, nous devons mener d'autres analyses sur les expériences vécues liées au suicide, comme les pensées suicidaires et le comportement suicidaire, les expériences des survivants d'une tentative de suicide et les répercussions d'un suicide sur les proches. Nous devons approfondir notre compréhension des recherches aux niveaux

national, provincial, territorial et régional, amener les chercheurs et les groupes d'intervenants à uniformiser les priorités nationales en matière de recherche de manière à répondre aux besoins des collectivités, des intervenants de première ligne et des décideurs, et favoriser l'utilisation des connaissances, particulièrement chez les populations qui affichent des taux élevés de suicide.

L'atteinte de cet objectif passera par des partenariats avec les réseaux actuels de recherche, d'autres groupes d'intérêt pertinents, les provinces et les territoires dont le travail permettra de trouver de nouvelles pistes de collaboration, y compris la mise en œuvre d'un processus systématique visant à définir les priorités en matière de recherche sur la prévention du suicide au Canada.



LE CADRE FÉDÉRAL DE PRÉVENTION DU SUICIDE : VUE D'ENSEMBLE

VISION

Un Canada où on prévient le suicide et où chacun vit avec espoir et résilience.

MISSION

Prévenir le suicide au Canada par les partenariats, la collaboration et l'innovation, dans le respect de la diversité des cultures et des collectivités frappées par ce problème.

OBJET

Le Cadre oriente les efforts du gouvernement du Canada, conformément à la *Loi concernant l'établissement d'un cadre fédéral de prévention du suicide (2012)*.

OBJECTIFS STRATÉGIQUES

- » Réduire la stigmatisation et sensibiliser davantage le public.
- » Relier les Canadiens, l'information et les ressources.
- » Encourager l'utilisation de la recherche et de l'innovation dans les activités de prévention du suicide.

ÉLÉMENTS ÉTABLIS PAR LA LOI (ARTICLE 2 DE LA LOI)

- » Fournir des lignes directrices visant à sensibiliser et à informer davantage le public au sujet du suicide.
- » Diffuser des renseignements sur le suicide et sa prévention.
- » Définir les pratiques exemplaires.
- » Rendre publiques les statistiques existantes sur le suicide et les facteurs de risques connexes.
- » Promouvoir le recours à la recherche et aux pratiques fondées sur des preuves pour la prévention du suicide.
- » Promouvoir la collaboration et l'échange de connaissances entre domaines, secteurs, régions et administrations.

PRINCIPES DIRECTEURS

- » Renforcer l'espoir et la résilience.
- » Promouvoir la santé mentale et le bien-être.
- » Complémenter les initiatives actuelles de prévention du suicide.
- » S'appuyer sur la recherche en cours et sur les meilleures données probantes disponibles.
- » Appliquer une approche de santé publique.
- » Tirer parti des partenariats.

FONDEMENT

Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada



EFFORTS ACTUELS DE PRÉVENTION DU SUICIDE AU CANADA



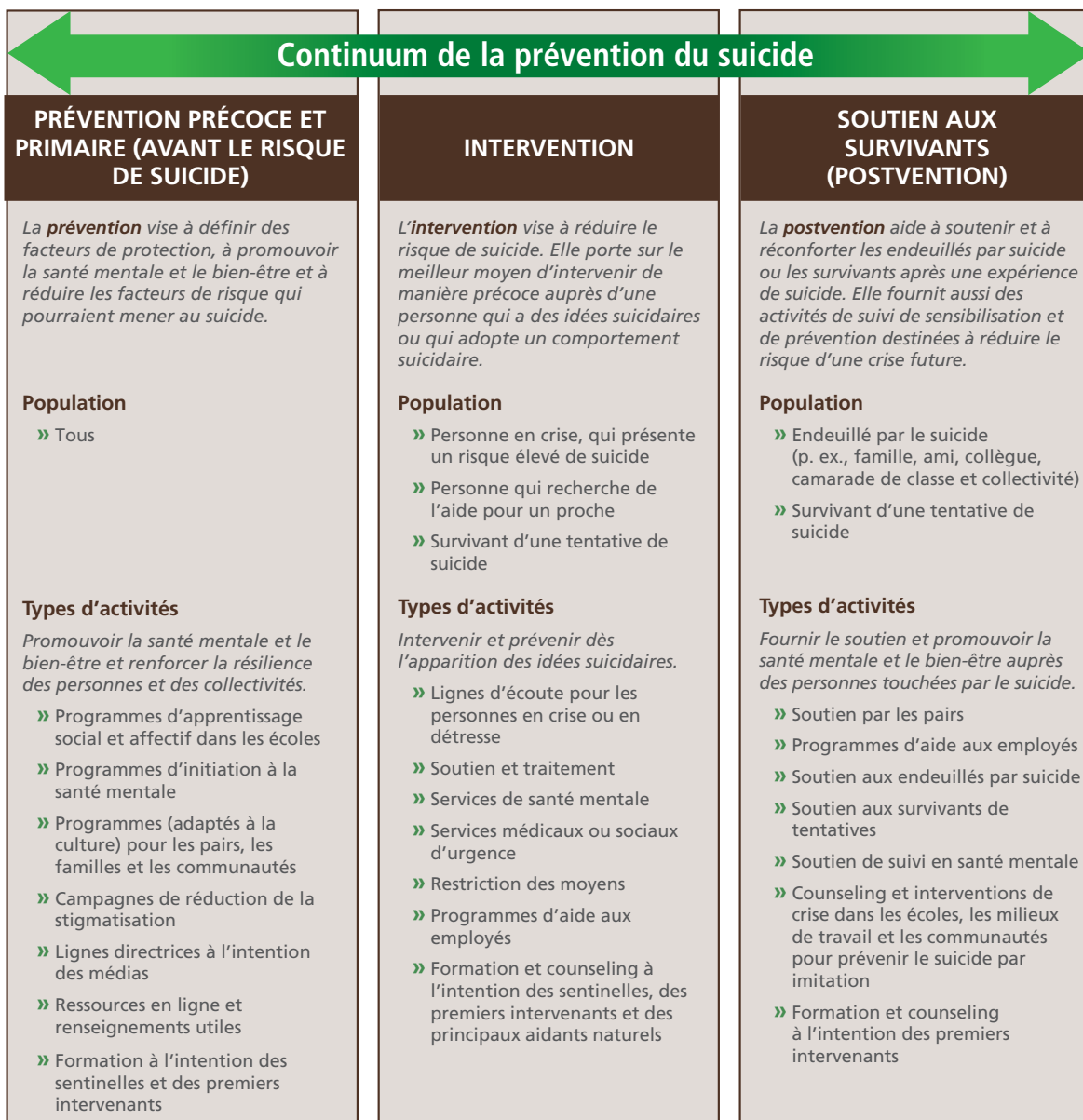
Une prévention efficace du suicide nécessite une approche complète qui prend en charge tout le continuum de prévention (conformément au schéma p. 17). Certains éléments communs de la prévention du suicide ont démontré leur efficacité, comme sensibiliser davantage, réduire la stigmatisation, améliorer l'accès aux soins en santé mentale et limiter les moyens⁵. Également, chaque élément doit être examiné dans le contexte local et élaboré en partenariat avec les populations visées. En ce sens, la prévention du suicide nécessite une approche qui rassemble toutes les administrations et mobilise le secteur de la santé, le milieu de l'éducation ainsi que les secteurs de l'emploi, du bien-être social et de la justice, sans oublier les chercheurs et autres intervenants⁵. Elle exige une gamme d'appuis et d'interventions destinés à réduire les facteurs de risque, à améliorer les facteurs de protection et à répondre aux besoins particuliers des divers groupes^{12,13}, incluant des interventions

adaptées aux groupes qui affichent un taux élevé de suicide.

Au Canada, il y a de nombreux travaux en cours en matière de prévention du suicide.

Au niveau national, la première stratégie en matière de santé mentale du Canada, ***Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada***, présente un plan pour améliorer la santé mentale de tous les Canadiens et des nouveaux arrivants, y compris les réfugiés. Elle accorde la priorité à la prévention du suicide⁹. Le document ***Plan d'action pour une stratégie nationale de prévention du suicide***, élaboré par l'Association canadienne pour la prévention du suicide, a aidé les travaux sur la prévention du suicide au Canada¹⁴. Au niveau international, le rapport de l'Organisation mondiale de la Santé, ***Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial***, encourage les pays à s'occuper de la prévention du suicide, car il s'agit d'un





problème de santé publique, et à adopter des stratégies destinées à traiter la maladie mentale, à promouvoir la santé mentale et le bien-être de même qu'à renforcer la résilience dans les collectivités⁵.

Aux niveaux local et régional, les collectivités misent sur une diversité de stratégies pour améliorer la santé mentale et réduire le nombre de suicide et ses répercussions (p. ex., programmes de soutien dans les écoles et les centres communautaires, initiatives de sensibilisation du public). Elles collaborent aussi avec des chercheurs pour évaluer l'efficacité de stratégies multivolets prometteuses, comme la formation destinée aux professionnels, la mobilisation des jeunes, les activités de sensibilisation du public à l'égard de la stigmatisation et les services d'aide en cas de crise (par téléphone et par internet) pour améliorer l'accès au soutien et au traitement. Ensemble, elles approfondissent notre compréhension des facteurs qui mènent les Canadiens au suicide et des facteurs qui renforcent la résilience et protègent contre le risque de suicide, comme la santé mentale et le bien-être.

Les activités régulières et systématiques de collecte, d'analyse et de diffusion des données au sujet de la surveillance du suicide, de même que la production de données probantes issues des activités de recherche sous-tendent tous les efforts de prévention du suicide. Les données et les résultats des recherches procurent les données probantes nécessaires pour définir la portée du problème au Canada (p. ex., l'incidence du suicide), faire le suivi des changements dans les taux de suicide, mieux comprendre les facteurs de risque et de protection, aider à l'élaboration de politiques et de programmes ainsi que pour évaluer les efforts de prévention. Les données et la recherche devraient fournir une description détaillée du suicide et aider les membres des collectivités, les décideurs et les planificateurs à mettre au point des interventions destinées aux bons groupes de personnes, au moment opportun. Elles devraient également être adaptées aux réalités des Premières Nations, des Inuits et des Métis*.

* Par exemple, respecter les principes de la recherche de PCAP (c.-à-d., propriété, contrôle, accès et possession) qui permettent aux Premières Nations d'avoir la propriété de leur information, d'assurer le contrôle de son utilisation et de la protéger. Le respect des principes de PCAP fait en sorte que les Premières Nations contrôlent le processus de collecte des données dans leurs collectivités. Les Premières Nations déterminent, dans le cadre de mandats et de protocoles appropriés, le mode d'accès des chercheurs externes et le respect nécessaire. Ces principes visent aussi à reconnaître le rôle important des chercheurs et des leaders des Premières Nations dans la recherche.



La création de la Coalition nationale pour la prévention du suicide (la Coalition) constitue un pas vers l'amélioration de la collaboration entre tous les secteurs. La Coalition est présidée conjointement par l'Association canadienne pour la prévention du suicide, la Commission de la santé mentale du Canada et l'Agence de la santé publique du Canada. Ses membres représentent des organismes sociaux et de santé qui œuvrent à la promotion de la santé mentale et à la prévention des maladies mentales et du suicide dans l'ensemble du Canada, notamment l'Assemblée des Premières Nations et l'Inuit Tapiriit Kanatami. Les membres actuels au niveau national incluent aussi les Instituts de recherche en santé du Canada, Santé Canada et le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, financé par le gouvernement fédéral. La Coalition a pour objet d'accroître l'efficacité de la prévention du suicide en reliant les personnes, les idées et les ressources à l'échelon pancanadien. Elle explore présentement les possibilités pour élargir sa composition pour inclure de nouveaux membres œuvrant à la prévention du suicide.

Aucune administration n'a la responsabilité exclusive de tous les domaines nécessaires pour mettre en place une stratégie complète de prévention du suicide. Cela dit, la prévention du suicide au Canada exige un engagement mutuel et une coopération pour déployer les efforts le long du continuum de prévention du suicide. Le Cadre mise sur de nombreux efforts en cours pour améliorer la collaboration entre les administrations, et s'ajoute aux travaux des organisations non gouvernementales, des organismes autochtones et des collectivités.



Gouvernement fédéral

Le gouvernement du Canada mène des activités pour améliorer la santé mentale et le bien-être de même que pour prévenir le suicide. Il promeut et protège la santé des Canadiens grâce à son rôle de leader, de partenaire, de bailleur de fonds, de responsable, de fournisseur d'information, d'organisme de réglementation et de fournisseur de services.

Le gouvernement fédéral finance et fournit une gamme de services de soins de santé, notamment ceux liés à la santé mentale et au suicide, aux membres actuels des Forces armées canadiennes, aux anciens combattants, aux membres actuels et anciens de la Gendarmerie royale du Canada et de Service correctionnel du Canada, aux populations autochtones, aux nouveaux arrivants, incluant les réfugiés, et aux détenus des pénitenciers fédéraux.

MEMBRES DES FORCES ARMÉES CANADIENNES

Avant 2010, le taux de suicide chez les hommes membres des Forces armées canadiennes n'était pas plus élevé que celui de la population générale du Canada (uniformisé en fonction de l'âge et du

sexe). Toutefois, au cours des cinq dernières années, le taux de suicide général a légèrement augmenté. Cette hausse est liée aux taux de suicide chez les jeunes hommes affectés à un poste d'une unité d'armes de combat au sein du commandement des forces terrestres (par opposition aux autres unités). Ce groupe était davantage exposé aux traumatismes psychologiques, surtout dans le cadre des opérations de combat en Afghanistan¹⁵.

Il existe des preuves que les personnes diagnostiquées avec un état de stress post-traumatique, notamment le personnel militaire à la suite d'un traumatisme lié au combat et les premiers intervenants qui assistent à un événement traumatique, doivent composer avec un risque accru de comportements suicidaires, incluant des pensées suicidaires, des plans de suicide et des tentatives de suicide^{16,17,18}. La prévalence de l'état de stress post-traumatique chez les membres actifs des Forces armées canadiennes a augmenté. Le nombre de membres qui ont signalé des symptômes de l'état de stress post-traumatique a presque doublé de 2002 à 2013, passant de 2,8 pour cent à 5,3 pour cent, alors que les taux de dépression sont demeurés stables, à environ 8 pour cent^{19,20}, taux



tout de même plus élevé que dans la population en générale au Canada.

Les Forces armées canadiennes disposent d'un système de soins de santé complet, au sein duquel la santé mentale constitue une priorité. Le programme de santé mentale comprend la sensibilisation et la promotion de la santé, la prestation de soins et de services cliniques ainsi qu'un programme de recherche visant à mieux comprendre le fardeau de la santé mentale au sein de la population et les façons d'améliorer les soins fournis. Les Forces armées canadiennes réalisent également des enquêtes détaillées sur chacun des décès par suicide, qui fournissent des renseignements essentiels qui mèneront à l'amélioration de la qualité des soins et des services de soutien destinés à leur personnel. Le document *Stratégie du médecin général en matière de santé mentale – Une Évolution de l'Excellence (2013)*²¹ et les recommandations du *Comité d'experts des Forces armées canadiennes sur la prévention du suicide (2010)*²² servent de fondement au programme de santé mentale Forces armées canadiennes.

ANCIENS COMBATTANTS DES FORCES ARMÉES CANADIENNES

Le risque de suicide chez les anciens combattants mâles des Forces armées canadiennes (anciens membres) entre 1972 et 2006 était une fois et demie plus élevé que chez les hommes de la population générale du Canada²³. Les anciens combattants libérés depuis 1998 ont une prévalence plus forte aux troubles de l'humeur et à l'anxiété que la population générale du Canada^{24,25}. En outre, le nombre combiné de membres actuels et anciens des Forces armées canadiennes qui reçoivent d'Anciens Combattants Canada des prestations d'invalidité liées au service en raison de problèmes de santé mentale a bondi en moyenne de 12 pour cent par année de 2008 à 2013²⁶.



Après leur libération, les anciens combattants reçoivent des soins de santé mentale des systèmes provinciaux et territoriaux publics. Anciens Combattants Canada facilite l'accès aux services de soins de santé et de rétablissement pour les problèmes de santé liés au service. Depuis 2000, conjointement avec les Forces armées canadiennes, Anciens combattants Canada a grandement amélioré sa capacité de fournir des soins de santé mentale aux anciens combattants admissibles. Il assure la gestion des cas complexes. En 2002, Anciens combattants Canada a fait appel à un réseau national croissant de cliniques pour traumatismes liés au stress opérationnel afin de fournir des soins spécialisés de santé mentale et d'établir un programme national de soutien par les pairs. La *Loi sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes* de 2006²⁷ a ajouté une gamme de soins de santé, de mesures de rétablissement et d'appuis financiers adaptés aux besoins de la transition des anciens combattants contemporains des Forces armées canadiennes et a fixé des compensations financières pour des invalidités permanentes, changeant sa priorité de la prestation de soins de santé chronique pour la promotion des aptitudes, du bien-être et de l'indépendance.

POPULATIONS AUTOCHTONES

Comme nous l'avons déjà mentionné, les taux de suicide chez certaines collectivités des Premières Nations et les Inuits du Canada sont de loin supérieurs à ceux de l'ensemble de la population canadienne. Ce ne sont pas toutes les collectivités autochtones qui affichent un taux de suicide plus élevé, bien que dans les quatre régions inuites du Canada, les taux de suicide soient de cinq à vingt fois supérieurs à la moyenne nationale³. Il n'y a aucune preuve historique que les sociétés inuites précédentes affichaient des taux particulièrement élevés de suicide. Le suicide chez les Inuits du Canada a commencé sa hausse dans les années 1960, surtout chez la première génération de jeunes gens qui ont grandi dans les collectivités établies. Le haut taux de suicide a été lié au traumatisme historique, aux pertes culturelles et aux bouleversements sociaux qui ont découlé de l'établissement et de la colonisation. Les recherches montrent un lien important entre le risque de suicide et les traumatismes résultant des politiques d'assimilation et du legs de la colonisation dans certaines collectivités. Par exemple, le réseau des pensionnats indiens, la « rafle des années



soixante[†] » et la relocalisation des familles, ainsi que la perte du langage, de la culture et des terres, ont eu une incidence néfaste sur plusieurs générations. Les répercussions à long terme de ces expériences sont la marginalisation, la perte de la culture, l'instabilité communautaire et familiale de même que les problèmes de santé mentale et de toxicomanie, qui peuvent contribuer au risque de suicide d'une personne²⁸.

Selon les recherches, les collectivités qui mettent un fort accent sur l'accès et la participation à la culture, sur la propriété communautaire et d'autres facteurs de protection, affichent des taux de suicide plus bas – parfois même nul²⁹. Les facteurs de protection particulièrement pertinents dans les collectivités des Premières Nations et des Inuits comprennent un fort sentiment de fierté culturelle, des enseignements traditionnels, des liens avec la collectivité, l'autonomie gouvernementale (y compris l'autonomie territoriale, linguistique, éducative et sanitaire), ainsi que l'accès aux services essentiels (services de police et de lutte contre les incendies) et au logement^{30,31}. Les collectivités ont déployé de nombreux efforts collectifs pour



rétablir la culture et favoriser la guérison, y compris les pratiques et le savoir traditionnels. Les facteurs sociaux déterminants de la santé, comme la pauvreté, le manque de logement adéquat, l'insécurité alimentaire et la sous-scolarisation, sont tous des facteurs liés qui peuvent avoir une incidence sur le taux de suicide chez les Autochtones.

Le gouvernement fédéral a pris des mesures pour aider à améliorer les facteurs de protection et de résilience dans les collectivités des Premières Nations, des Inuits et des Métis. La mise en œuvre de la *Convention de règlement relative aux pensionnats indiens* a débuté en 2007³². Cette Convention vise à rétablir les liens entre ceux qui ont fréquenté les

† Le terme « Sixties Scoop », traduit par « rafle des années soixante », désigne la stratégie canadienne amorcée dans les années 1960, pour « enlever » les enfants des peuples autochtones du Canada afin de les placer dans des pensionnats indiens au Canada ou dans des familles d'accueil, en général non autochtones, aux États Unis et en Europe de l'Ouest en vue de leur adoption



pensionnats indiens, leur famille, les collectivités et tous les Canadiens. En reconnaissant que ces processus ont été difficiles pour de nombreux anciens élèves et leur famille, elle encourage une meilleure compréhension des répercussions intergénérationnelles du legs des pensionnats indiens et presse le mouvement de réconciliation dans l'ensemble du pays. En 2008, le gouvernement fédéral a publié un énoncé d'excuse pour reconnaître les conséquences à long terme des pensionnats indiens, incluant leur incidence sur la culture, le patrimoine et la langue. La guérison est un processus continu pour de nombreuses collectivités autochtones du Canada.

La **Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones** (SNPSJA), dirigée par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada et élaborée en partenariat avec des organismes autochtones, appuie des projets communautaires de prévention du suicide chez les jeunes. En 2014–2015, la SNPSJA a soutenu environ

138 collectivités Inuits et des Premières Nations partout au Canada. En général, une demande de propositions est lancée et les collectivités peuvent présenter une demande de financement en fonction de critères régionaux. Le programme repose sur la prévention primaire, secondaire et tertiaire[‡], ainsi que sur le développement des connaissances, pour promouvoir les facteurs de protection et réduire les facteurs de risque qui contribuent au suicide chez les jeunes dans les collectivités des Premières Nations et des Inuits.

L'Assemblée des Premières Nations, la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada et les leaders autochtones de la santé mentale ont établi et mis en œuvre le **Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations** (le Continuum)¹⁰. Élaboré en partenariat avec les Premières Nations, il procure une stratégie coordonnée et complète à la mise en œuvre de programmes de santé mentale qui tiennent compte du rôle important de la culture, des traditions et de la langue. Le Continuum donne aux collectivités la souplesse nécessaire pour

‡ Les interventions primaires ou « en amont » visent à prévenir une personne d'atteindre le point où elle pense au suicide. Les préventions secondaires visent à reconnaître et à évaluer le risque immédiat de suicide. Les interventions tertiaires, également désignées « postventions », visent les soins, le soutien et le traitement spécial destinés à une personne qui adopte déjà un comportement suicidaire.



adapter les programmes à leurs particularités, à leur culture et à leur histoire. En plus d'aider les collectivités à donner suite à leurs priorités, il encourage aussi l'établissement de liens entre les Premières Nations, les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi que le gouvernement fédéral.

La Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada travaille aussi avec l'Inuit Tapiriit Kanatami, l'organisation inuite nationale, qui a publié une **Stratégie nationale de prévention du suicide chez les Inuits** (disponible en anglais). La stratégie agit comme un appel à l'action pour réduire le taux élevé de suicide chez les Inuits. Elle offre une compréhension commune du contexte du suicide dans les collectivités Inuits et fournit des lignes directrices permettant d'orienter des approches fondées sur des données probantes en matière de prévention du suicide. De plus, l'Inuit Tapiriit Kanatami élabore un cadre du continuum du mieux-être mental des Inuits qui mettra l'accent sur l'amélioration des services de mieux-être mental et le soutien pour les collectivités Inuits.

NOUVEAUX ARRIVANTS, INCLUANT LES RÉFUGIÉS

Dans l'ensemble, les immigrants de la première génération sont moins susceptibles de mourir par suicide que les personnes nées au Canada. Ce résultat peut être attribuable à l'effet de sélection, c'est-à-dire que les immigrants sont sélectionnés en fonction de critères liés à la santé physique et mentale, ou encore à une sous-déclaration des décès par suicide^{33,34}. Bien que le taux général soit inférieur, les divers groupes affichent une variation et les taux équivalent à ceux des pays d'origine. Nous en savons moins sur les pensées suicidaires et le comportement suicidaire chez les immigrants au Canada; les modèles de ces comportements peuvent varier d'une génération à l'autre et d'un groupe d'immigrants à l'autre³⁵. Pour les immigrants, les facteurs personnels, comme l'apprentissage de la langue du pays d'accueil, la fierté ethnique et l'attitude positive envers la culture du nouveau pays peuvent tenir lieu de facteurs de protection. En outre, les ressources sociales, comme le soutien de la famille et de la communauté ethnique, les liens à la culture et un accueil chaleureux dans le nouveau pays peuvent mener à une meilleure santé mentale positive³⁴.



Il y a eu moins de recherches sur les taux de suicide chez les réfugiés au Canada. Ces derniers risquent davantage de faire face à d'autres facteurs liés au comportement suicidaire, comme l'état de stress post-traumatique en raison d'une exposition à un traumatisme ou à la torture, du fait de quitter un pays ravagé par la guerre, où sévit un conflit sociopolitique ou où a eu lieu une catastrophe. Par exemple, certaines études montrent que les réfugiés établis dans les pays occidentaux souffrent dix fois plus de l'état de stress post-traumatique que les populations locales du même âge³⁶.

DÉTENUS DES PÉNITENCIERS FÉDÉRAUX

L'incarcération peut accroître certains facteurs de risque liés au suicide, comme l'isolement social et culturel ainsi que la séparation des êtres chers. Il existe bon nombre d'autres facteurs liés à une hausse du risque de suicide chez les détenus des pénitenciers fédéraux, souvent similaires à ceux de la population en général, notamment les problèmes de santé mentale ou une maladie mentale diagnostiquée, une ancienne tentative de suicide, les

problèmes de toxicomanie, un historique d'automutilation, un piètre soutien social et familial et un historique familial de suicide⁵. En outre, des événements et des situations importants peuvent accroître le risque chez cette population, comme des relations difficiles, la perte d'un être cher, une fête importante, le stress de la séparation et de la réunification, de même que les changements dans l'administration de la peine (p. ex., transfert vers un autre établissement, changement du niveau d'incarcération et refus d'une libération conditionnelle).

La surreprésentation chronique des hommes et des femmes autochtones (Premières Nations, Métis ou Inuits) dans le système correctionnel est bien documenté. Ces personnes représentent environ 22 pour cent de la population purgeant une peine de ressort fédéral^{37,38}, mais forment seulement environ quatre pour cent de la population canadienne³⁹. Les interventions fondées sur la culture autochtone, qui tiennent compte des histoires individuelles et sociales sont importantes pour répondre aux divers besoins en santé mentale des membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis dans les pénitenciers fédéraux.

5 Personnes purgeant une peine de ressort fédéral en établissement ou dans la collectivité (mise en liberté sous condition, libération conditionnelle par exemple).



Partenaires et intervenants

Les partenariats et la collaboration avec d'autres intervenants, incluant les provinces et les territoires, les organisations non gouvernementales, les organismes autochtones, le secteur privé et les collectivités sont nécessaires pour lutter contre le suicide et en faire la prévention. Par exemple, le gouvernement du Canada a établi la Commission de la santé mentale du Canada en 2007 pour tenir lieu de catalyseur à l'amélioration du système de santé mentale par la réunion des leaders et des organismes de l'ensemble du pays. En 2012, la Commission de la santé mentale du Canada a publié la première stratégie en matière de santé mentale du Canada, *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*, qui dresse un plan pour améliorer la santé mentale de tous les Canadiens et met l'accent sur la prévention du suicide⁹.

La Commission de la santé mentale du Canada contribue à l'élaboration de politiques sur la prévention du suicide en participant à divers comités consultatifs formés de représentants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ainsi que d'organisations non gouvernementales.

Elle collabore avec ses partenaires pour accroître le dialogue sur les approches efficaces en matière de prévention du suicide en favorisant l'échange des connaissances au sujet des pratiques exemplaires et en élaborant des ressources destinées à soutenir les activités de prévention du suicide dans les collectivités.

En outre, le gouvernement fédéral finance le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. La toxicomanie est un important facteur de risque du suicide⁶. Le Centre a pour mandat de réduire les dangers de l'alcool et des autres drogues sur la société. Cet organisme fournit l'orientation et des conseils sur les dépendances et les toxicomanies. Il est membre de la Coalition nationale pour la prévention du suicide.

Le Cadre améliorera la coordination des activités fédérales actuelles et la collaboration avec les autres intervenants qui œuvrent à réduire la stigmatisation, à l'échange de l'information et à l'application des résultats de recherche pour promouvoir des mesures destinées à prévenir le suicide.



PROVINCES ET TERRITOIRES

Les provinces et les territoires sont principalement responsables de fournir des services directs de soins de santé et de soutien, incluant pour les problèmes de santé mentale et de suicide, notamment des services d'hospitalisation, l'intervention en situation de crise, le traitement et le suivi, de même que des services pour les patients externes. Ils assument aussi la responsabilité de l'éducation et des écoles, où ils peuvent mettre en place des programmes de prévention du suicide et des sentinelles (p. ex., personnes qui jouent un rôle dans la prévention du

suicide parce qu'elles sont le principal contact des personnes potentiellement à risque).

Certaines administrations ont mis ou mettront en œuvre des initiatives et des stratégies de prévention du suicide, notamment la Colombie-Britannique, l'Alberta, le Manitoba, la Nouvelle-Écosse, le Nunavut et le Québec**. D'autres administrations luttent contre le suicide dans le cadre de stratégies plus larges de santé mentale et de prévention des blessures, comme le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, les Territoires du Nord-Ouest, l'Ontario, l'Île-du-Prince-Édouard et la Saskatchewan.

** En 1998, le Québec a mis en œuvre la première stratégie provinciale de prévention du suicide au Canada. La Stratégie québécoise d'action face au suicide, *S'entraider pour la vie*, comprenait une approche à volets multiples axée sur des interventions ciblées visant les jeunes, les professionnels de la santé et les communautés locales. Plus récemment, le Programme de santé publique du Québec 2003-2012 comprenait des mesures complètes de prévention du suicide. Plusieurs initiatives sont en vigueur ou en cours d'élaboration dans cette province, notamment celles qui suivent :

- Élaboration et mise en œuvre de guides relatifs aux bonnes pratiques de prévention du suicide à l'intention des gestionnaires et des intervenants des régions du Québec.
- Élaboration et diffusion de formations et d'outils fondés sur les pratiques exemplaires à l'intention des intervenants.
- Activités menées auprès des médias pour encourager la couverture adéquate des suicides.
- Création d'une banque de données nationale sur les suicides (projet en cours).
- Déploiement d'un réseau de sentinelles de prévention du suicide dans toutes les régions du Québec.
- Établissement d'un service téléphonique de prévention du suicide.
- Mise en œuvre d'activités de sensibilisation du public et des intervenants aux risques que représentent les médicaments et les armes à feu gardés à la maison ainsi qu'aux mesures pour en limiter l'accès.



Les stratégies de prévention du suicide varient dans l'ensemble du pays. Elles peuvent prendre la forme de documents sur la santé mentale, de programmes de prévention dans les collectivités et les écoles, de lignes d'écoute, de services d'aide et d'intervention en cas de détresse accessibles en tout temps, de services de soutien communautaire et de ressources pour les familles et les personnes en deuil. Les responsables régionaux de la santé jouent également un rôle primordial dans la prestation des services de santé mentale et connexes dans de nombreuses administrations. Il peut s'agir de services de santé mentale et de santé publique (p. ex., dépistage, évaluation de la santé, orientation et traitement précoce), ainsi que de la prestation de services de postobservation et de suivi après que la personne ait eu son congé de l'hôpital. Les coroners et les médecins légistes provinciaux consignent des renseignements importants qui constituent le fondement de la surveillance du suicide au Canada.

Le Cadre fédéral tiendra lieu d'assise à la collaboration et à la mobilisation avec les provinces et territoires. Il s'ajoutera aux stratégies et aux initiatives actuelles en favorisant l'échange d'information entre les régions et les administrations de même qu'en relevant les pratiques prometteuses

qui aideront à répondre aux besoins des collectivités dans l'ensemble du Canada.

ORGANISMES AUTOCHTONES

De nombreux organismes autochtones et de nombreuses collectivités font de la prévention du suicide une priorité et de nombreux travaux en cours abordent cette question.

Le 28 janvier 2015, l'Assemblée des Premières Nations a annoncé la publication du *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations* (le Continuum), élaboré pour améliorer les résultats en matière de mieux-être mental au sein des Premières Nations¹⁰. Le Continuum est le fruit d'un partenariat entre les Premières Nations, les leaders autochtones en matière de santé mentale, Santé Canada et d'autres ministères. Il a pour but de soutenir l'intégration des programmes fédéraux, provinciaux et territoriaux dans un système global de mieux-être mental pour les Premières Nations. En outre, le Continuum vise à renforcer les programmes fédéraux de mieux-être mental et à appuyer la prestation de services adaptés à la culture. Il fournit aussi aux collectivités l'orientation nécessaire pour adapter, optimiser et



ajuster leurs programmes et leurs services de santé mentale en fonction de leurs propres priorités. Le Continuum repose sur une approche axée sur les forces pour développer les collectivités, dans le but de reconnaître et de miser sur les forces de la collectivité.

Les Inuits du Canada travaillent à la prévention du suicide et de nombreuses collectivités ont des programmes rattachés au territoire ciblant les jeunes et misent sur la culture pour renforcer la résilience. L'organisme inuit national, Inuit Tapiriit Kanatami, a publié en juillet 2016 la **Stratégie nationale de prévention du suicide chez les Inuits** (disponible en anglais). Ce plan stratégique national comporte des principes directeurs et des priorités stratégiques nationales. Il tient lieu d'appel à l'action destiné à réduire les taux alarmants de suicide chez les Inuits. L'Inuit Tapiriit Kanatami travaille également sur un cadre du continuum de mieux-être mental chez les Inuits qui met en lumière les occasions continues de renforcer l'intégration et mise sur les forces des collectivités et la résilience pour améliorer les services de mieux-être mental et le soutien pour les Inuits du Canada.

ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES

Bien que les Canadiens comptent sur leurs gouvernements pour assurer le leadership sur les enjeux en matière de santé publique, incluant la prévention du suicide, une grande part du travail a lieu au niveau communautaire au sein des organisations non gouvernementales.

Ces organisations, comme l'Association canadienne pour la prévention du suicide, jouent un rôle essentiel en fournissant des renseignements et des ressources au public sur le suicide. Certaines organisations non gouvernementales mènent de la recherche au niveau communautaire, appuient l'élaboration de politiques, élaborent et mettent œuvre des programmes, font de la sensibilisation et donnent de la formation, élaborent et distribuent des documents éducatifs et de sensibilisation en plus de collaborer avec les médias pour sensibiliser et prévenir le suicide. Dans de nombreux cas, ces organisations et ces agences tiennent lieu d'agents de première ligne pour la prestation de services de lignes d'écoute en cas de détresse, la gestion des crises et le counseling. En outre, elles défendent souvent les intérêts de ceux qui ont le plus besoin des services sociaux, des services de santé et de soutien.



Les organisations non gouvernementales jouent un rôle continu essentiel dans le rassemblement des représentants de divers secteurs, comme les écoles, les entreprises, le milieu de la santé, les services sociaux, la justice et les lieux de travail, et dans le rayonnement auprès des gens des différents milieux relativement à tous les aspects de la prévention du suicide. Notons entre autres, la promotion de l'élaboration des activités de prévention du suicide, la concertation des collaborations dans les domaines de recherche, de l'éducation et de la formation ainsi que l'appui à l'élaboration de services pour les Canadiens qui vivent ou qui sont affectés par des pensées suicidaires ou un comportement suicidaire de même que pour leurs collectivités, leur famille et leurs amis.

Conformément au Cadre, le gouvernement du Canada collaborera avec des partenaires et des intervenants de divers secteurs pour améliorer les efforts de collaboration et partager des pratiques exemplaires. Le *Plan d'action pour une stratégie nationale de prévention du suicide*, élaboré par l'Association canadienne pour la prévention du suicide, encourage tous les segments de la société canadienne et toutes les administrations à collaborer pour prévenir le suicide et aider les personnes touchées par un suicide¹⁴. Conformément au

programme *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada* et au rapport *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial* de l'Organisation mondiale de la Santé, la prévention efficace du suicide exige une collaboration entre le secteur public, le secteur privé, les organisations non gouvernementales et les bénévoles^{5,9}.

EMPLOYEURS

Le lieu de travail est un environnement où de nombreux adultes passent beaucoup de temps, et les employeurs jouent un rôle important dans l'amélioration de la santé de la population canadienne. Les coûts économiques et opérationnels d'une piètre santé mentale au sein de la main-d'œuvre sont énormes et, ainsi, les employeurs prennent des mesures pour mettre en place des milieux de travail sécuritaires et sains.

Au cours des dernières années, les entreprises et les organismes ont investi dans la santé mentale de leurs employés dans le cadre de programmes ciblant la promotion du bien-être et de la santé, l'éducation et la formation de même que par la mise en œuvre de nouvelles politiques, de nouveaux avantages sociaux et de nouvelles ressources destinés à



appuyer les personnes aux prises avec un problème de santé mentale. En outre, certains employeurs ont mis en place des programmes destinés à soutenir des projets communautaires destinés directement aux personnes touchées par une maladie mentale à l'intention de leurs employés et des consommateurs (p. ex., Fondation de Postes Canada pour la santé mentale).

Par ailleurs, certaines grandes entreprises privées encouragent la santé mentale par des campagnes de sensibilisation du public (p. ex., programme Cause pour la cause de Bell Canada) et par le soutien financier de programmes et services communautaires dans l'ensemble du Canada. Ce secteur peut continuer à transmettre son expertise et ses ressources pour susciter le dialogue public sur la prévention du suicide, établir des partenariats et des collaborations afin d'élaborer des programmes ciblant la prévention du suicide, de permettre des interventions et de faire de la recherche ainsi que d'élaborer et d'offrir des solutions technologiques et des manières innovatrices d'améliorer l'échange d'information et de réduire la stigmatisation à l'égard du suicide.

Pour aller de l'avant, les secteurs privé et public continueront de jouer des rôles essentiels dans la création et le maintien de communautés et de lieux de travail sains ainsi que dans la prévention du suicide. Plus particulièrement, les entreprises et les organismes peuvent favoriser la sensibilisation et la compréhension, aider à réduire la stigmatisation liée à la maladie mentale et à la dépression et encourager les comportements en matière de recherche d'aide au sein de la population active. Le fait de miser sur des solutions pratiques et efficaces (p. ex., formation des gestionnaires, activités de mobilisation des employés et ressources) et de mettre en œuvre la *Norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail*^{††40} favoriseront et protégeront davantage la santé mentale et le bien-être auprès des travailleurs canadiens. Les employeurs peuvent également contribuer à la recherche indispensable sur la santé mentale et la prévention du suicide au travail, en particulier, en aidant à mesurer et à évaluer l'incidence et l'efficacité des diverses approches, solutions et programmes.

†† La Norme nationale sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail est un ensemble de lignes directrices volontaires, d'outils et de ressources axés sur la promotion de la santé psychologique des employés et la prévention des préjudices psychologiques liés à des facteurs propres au milieu de travail. Le gouvernement du Canada a appuyé la CSMC dans l'élaboration de la norme.



COLLECTIVITÉS, SENTINELLES ET PREMIERS INTERVENANTS

De nombreuses collectivités du Canada ont lancé des campagnes locales de sensibilisation destinées à favoriser les discussions saines sur le suicide, à promouvoir la santé mentale et le bien-être des citoyens et à fournir un soutien aux endeuillés par le suicide. Dans l'ensemble du Canada, les centres de crise des collectivités offrent un soutien émotionnel et des services d'intervention en cas de crise, notamment des lignes d'écoute pour les personnes en détresse. Bon nombre de ces services font appel à du personnel formé et à des intervenants bénévoles. Ces efforts reçoivent de plus l'appui de sentinelles – des personnes qui entrent en contact avec les personnes à risque et qui sont dans une position « d'ouvrir les portes de l'aide » (p. ex., les professionnels de la santé, les membres de la famille, les enseignants et toute autre personne au sein de la collectivité). Les sentinelles ont reçu une formation sur les manières de reconnaître les signaux d'alarme et d'y intervenir de manière appropriée. Elles comprennent aussi des premiers intervenants – comme les policiers, les ambulanciers, les pompiers, les agents du

service correctionnel et autres travailleurs des services d'urgence – qui, non seulement jouent un rôle en prévention du suicide, mais peuvent faire face à un risque accru de suicide en raison de leur exposition à des traumatismes dans le cadre de leur travail. Le soutien en santé mentale et du bien-être fourni par la communauté des premiers intervenants contribue à la résilience des organisations où ils travaillent et à celle de la société canadienne.

SURVIVANTS

Chaque personne touchée par le suicide peut contribuer à améliorer notre compréhension collective du suicide. Plus particulièrement, l'expérience des endeuillés par le suicide et des survivants d'une tentative de suicide procure des connaissances de première main de la complexité du suicide et peut donner lieu à des manières de prévenir d'autres suicides. Les endeuillés et les survivants d'une tentative de suicide ont un point de vue unique de l'incidence d'un suicide et des facteurs qui influent sur le suicide, et ce point de vue doit être partagé avec attention pour permettre de trouver des solutions durables qui suscitent de l'espoir et assurent la guérison dans le cadre de la prévention du suicide.



Certains organismes nationaux et locaux fournissent des ressources et un appui par les pairs ou en groupe aux survivants (p. ex., groupes de pairs pour les survivants d'une tentative de suicide, groupes d'endeuillés et ressources). La formation de groupes d'auto-assistance pour les survivants et les endeuillés a bondi dans le monde entier depuis 2000⁵. L'Association canadienne pour la prévention du suicide compile les ressources ainsi que les services de counseling et de soutien destinés aux survivants d'un suicide dans chaque province et territoire pour savoir ce qui est mis à la disposition des survivants.

La Commission de la santé mentale du Canada, financée par le gouvernement fédéral, a élaboré un *Guide à l'intention des endeuillés par le suicide* et collabore avec des partenaires pour développer et promouvoir d'autres outils, ressources et programmes de formation à l'intention des survivants⁴¹. D'autres organismes accordent de plus en plus leur attention aux survivants dans les recherches et les activités de prévention du suicide. Des groupes de survivants se sont également formés pour appuyer les populations vulnérables et militer de manière active en faveur de la prévention du suicide au Canada. À l'avenir, il y aura de plus en plus de projets qui tiendront compte du point de vue du survivant.

MÉDIAS ET MÉDIAS SOCIAUX

Toutes les formes de médias jouent un rôle important dans la modification des attitudes et la sensibilisation à l'égard du suicide et constituent une source primordiale d'information qui atteint un auditoire très vaste et varié. Il existe de nombreux préjugés au sujet du suicide. Les recherches montrent que la déclaration inappropriée d'un suicide peut susciter des comportements imitateurs⁴². La transmission de messages responsables dans les médias publics peut jouer un rôle important pour secouer les préjugés.

Bien que les médias sociaux fassent l'objet de critiques en ce qui concerne la cyberintimidation et le suicide, ils peuvent aussi contribuer à établir des liens sociaux qui favoriseront la santé mentale et le bien-être, chez les jeunes en particulier. En outre, l'appui des médias sociaux pourrait améliorer l'accès aux ressources et aux services pour ceux qui sont les plus à risque. Les chercheurs, les cliniciens et autres professionnels explorent la manière dont les médias sociaux peuvent aider à prévenir le suicide⁴³.



PROCHAINES ÉTAPES

Pour atteindre ses objectifs stratégiques en vertu du Cadre, le gouvernement du Canada continuera son travail avec ses partenaires et lancera de nouvelles activités relativement aux priorités mutuelles. Ces partenaires sont les provinces et les territoires, les organismes autochtones nationaux, la Commission de la santé mentale du Canada, la Coalition nationale pour la prévention du suicide, l'Association canadienne pour la prévention du suicide, d'autres organismes œuvrant à la prévention du suicide ainsi que des chercheurs et des personnes qui ont vécu une expérience liée au suicide.

SURVEILLANCE DE LA MISE EN ŒUVRE ET COMPTE RENDU DE L'ÉTAT D'AVANCEMENT

Conformément à la *Loi concernant l'établissement d'un cadre fédéral de prévention du suicide*, le gouvernement du Canada publiera un rapport à l'intention des Canadiens d'ici décembre 2016, puis tous les deux ans par la suite, sur l'état d'avancement et les activités menées en vertu du Cadre. L'élaboration du rapport se fera par les mécanismes fédéraux actuels en ce qui concerne les rapports destinés au public de même que par les ressources en ligne sur la prévention du suicide du gouvernement du Canada.

Le premier rapport d'étape qui sera complété d'ici décembre 2016 portera sur l'état d'avancement des activités menées en vertu du Cadre et tiendra lieu de guide pour les activités de planification des années subséquentes (p. ex., déceler les ajustements nécessaires pour donner suite aux nouvelles données probantes et souligner les domaines à améliorer).



CONCLUSION

Le gouvernement du Canada doit jouer un rôle important dans la prévention du suicide, car il doit harmoniser ses efforts pour engendrer des répercussions plus profondes.

Le présent Cadre oriente les initiatives fédérales, s'ajoute aux travaux des autres organismes et mise sur des stratégies réussies pour prévenir le suicide au Canada. Il vise à élaborer de nouvelles lignes directrices relatives à la sensibilisation du public afin de réduire la stigmatisation, relier les Canadiens, échanger les renseignements et les connaissances pour améliorer la collaboration et augmenter l'utilisation de la recherche et des pratiques exemplaires.

À court terme, ces mesures amélioreront la contribution du gouvernement fédéral à l'égard de la prévention du suicide. À terme, elles permettront de réduire les taux de suicide en faisant disparaître la stigmatisation et le silence relatifs au suicide, en encourageant les gens à discuter ouvertement de la prévention du suicide, et en favorisant l'élaboration d'initiatives de prévention du suicide dans l'ensemble du Canada au moyen des pratiques exemplaires fondées sur les connaissances et la recherche.

Nous souhaitons remercier les nombreux intervenants, notamment les provinces et les territoires, les organisations non gouvernementales, les organismes autochtones et le public, y compris ceux touchés par le suicide, pour les commentaires passionnés formulés sur un vaste éventail de renseignements sur les nombreuses stratégies et activités actuelles de prévention du suicide ainsi que sur les nombreux défis liés à la prévention du suicide. Le Cadre a tenu compte de ces commentaires afin de donner une image nette du contexte canadien et de ses diverses collectivités.

Il est possible de prévenir le suicide. La collaboration entre les toutes les administrations et entre les divers secteurs et les nombreuses collectivités est essentielle pour provoquer le changement. Le Cadre aide à préparer la voie à une méthode plus complète et mieux coordonnée de prévention du suicide au Canada, une voie qui encourage la santé mentale et le bien-être, éveille l'espoir et raffermi la résilience.



ANNEXE A : LE SUICIDE AU CANADA

En 2012, le suicide était la neuvième cause de mortalité au Canada¹. On a rapporté le décès par suicide de 3 926 Canadiens – une moyenne de plus de dix personnes par jour – en 2012. En outre, plus de 16 000 Canadiens ont fait un séjour à l'hôpital suite à une automutilation en 2011-2012⁴⁴.

Ces chiffres sous-estiment toutefois l'ampleur du problème⁴⁵. Plusieurs facteurs contribuent à la sous-déclaration. Les décès par suicide peuvent être classés à tort sous les causes accidentelles ou indéterminées. La sous-déclaration peut aussi être liée à la stigmatisation ainsi qu'à des problèmes juridiques et financiers pour les familles, les médecins et d'autres personnes⁴⁶. De plus, certaines personnes ne cherchent jamais à obtenir de l'aide médicale ou professionnelle et sont par conséquent absentes des dossiers des soins de santé.

Bien que le suicide soit une tragédie qui peut avoir une incidence sur toute personne, quels que soient son âge, ses acquis, son sexe ou sa situation socioéconomique, certains segments de la population affichent des taux de suicide plus élevés.

Les suicides chez les hommes et les garçons représentent 75 pour cent de tous les décès par suicide.

Au cours de la vie, les hommes font face à des taux de décès par suicide plus élevés (environ trois fois plus élevés que pour les femmes). Par exemple, en 2012, les trois quarts (2 972) des 3 926 décès par suicide déclarés visaient des hommes et des garçons. Plus précisément, les hommes d'âge moyen (de 49 à 59 ans) présentent les taux de suicide les plus élevés. Les hommes de plus de 80 ans ont des taux de suicide parmi les plus élevés de tous les groupes d'âge et représentent la majorité (environ 80 pour cent) des décès par suicide chez les personnes âgées¹.

Les femmes ont un taux d'automutilation plus élevé.

Les femmes sont hospitalisées en raison d'un épisode d'automutilation à un taux d'une fois et demie plus élevé que les hommes⁴⁴. L'automutilation peut être une réponse à une détresse psychologique et constitue un facteur de risque lié au suicide⁴⁷.



Chez les jeunes (de 15 à 24 ans), le suicide arrive au deuxième rang des principales causes de décès.

Chaque année, environ 500 jeunes meurent par suicide au Canada¹. Parce que les jeunes ne meurent pas en général de causes naturelles, le suicide représente un pourcentage relativement élevé de tous les décès dans les groupes d'âge plus jeunes (25 %). Comparativement aux jeunes femmes, les jeunes hommes ont, du point de vue historique, des taux de suicide plus élevés. Cependant, il existe une tendance croissante des taux de suicide chez les jeunes femmes (entre 10 et 19 ans) au cours des deux dernières décennies⁴⁸.

Depuis cinq ans, on remarque une tendance à la hausse chez les jeunes dans le nombre d'hospitalisations par suite d'automutilation (p. ex., empoisonnement ou blessure), cette hausse étant surtout observée chez les jeunes femmes⁴⁹.

Les pensées suicidaires et le comportement suicidaire affichent une prévalence disproportionnée chez les jeunes LGBTQ.

On ignore combien de jeunes touchés par le suicide s'identifient comme étant lesbiennes, gais, bisexuels, transgenres et bispirituels ou allosexuels/en questionnement (LGBTQ) ou comme étant confrontés à des interrogations au sujet de leur orientation sexuelle ou de

leur identité sexuelle. Un nombre croissant d'études confirment que les pensées suicidaires et le comportement suicidaire affichent une prévalence disproportionnée chez les personnes LGBTQ, en particulier chez les jeunes, comparativement à leur pairs non LGBTQ^{50,51}.

Les taux de suicide sont élevés dans certaines collectivités métisses et des Premières Nations, surtout chez les jeunes. Les taux de suicide sont plus élevés dans toutes les régions inuites du Canada.

Les Premières Nations et les Inuits du Canada affichent des taux de suicide parmi les plus élevés du monde. La prévalence du suicide est un problème important dans certaines collectivités des Premières Nations et des Métis; toutes les régions inuites présentent des taux de suicide élevés.

Bien que le suicide ne soit pas un problème universel dans toutes les collectivités des Premières Nations et des Métis, il s'agit d'un défi important dans de nombreuses collectivités de l'ensemble du pays. Le suicide et l'automutilation sont les principales causes de mortalité chez les jeunes et les adultes des Premières Nations jusqu'à l'âge de 44 ans⁵². Les jeunes des Premières Nations meurent par suicide environ de cinq à six fois plus souvent que



les jeunes non autochtones⁵³. Les taux de suicide des Inuits sont parmi les plus élevés du monde, soit 11 fois la moyenne nationale⁵⁴. Parmi les jeunes qui vivent dans l'Inuit Nunangat, les hommes affichent des taux de suicide 35 fois supérieurs et les femmes, des taux 28 fois supérieurs à ceux du reste du Canada⁵⁵. Treize pour cent des adultes des Premières Nations vivant dans des réserves ont fait une tentative de suicide à un moment ou à un autre au cours de leur vie⁵⁶. Nous en savons moins sur les taux de suicide chez les Métis.

L'incidence du suicide dans les pénitenciers fédéraux est plus grande que dans la population canadienne.

Entre 2000 et 2014, une moyenne de neuf détenus de pénitenciers fédéraux se sont suicidés chaque année. Parmi cette population, les hommes ont passé à l'acte plus souvent que les femmes. Les femmes incarcérées dans les pénitenciers fédéraux affichent, en proportion, un plus grand nombre de tentatives de suicide et d'automutilation que les hommes⁵⁷.

Les survivants d'une tentative de suicide et les endeuillés par le suicide affichent un risque de suicide plus élevé.

On estime qu'il y a entre 25 et 30 tentatives de suicide au sein de la population générale

pour chaque décès par suicide⁵⁸. Les survivants d'une tentative de suicide sont les personnes qui ont survécu après avoir délibérément posé des gestes pour mettre fin à leur vie ou qui ont eu de la difficulté à composer avec des pensées suicidaires. Une tentative de suicide antérieure est un important facteur de risque du suicide dans la population en générale.

Pour chaque décès par suicide, on compte également un minimum de sept à dix survivants (environ de 28 000 à 40 000 par année) qui sont profondément affectés par le décès⁵⁹. Les endeuillés par le suicide sont des personnes dont un proche s'est suicidé : des membres de la famille, des amis, des pairs, des collègues de travail, des enseignants, des fournisseurs de services de santé et de services sociaux, des travailleurs communautaires, des cliniciens en santé mentale et du personnel des services correctionnels ainsi que les premiers intervenants qui se trouvent souvent en première ligne lorsque survient un suicide (comme les policiers, les pompiers, les ambulanciers et d'autres employés des services d'urgence). Le deuil des survivants est lié à des effets néfastes sur la santé mentale et sur la situation socio-économique, dont la dépression, l'anxiété, la séparation et les difficultés financières. Il est aussi rattaché à un risque élevé de suicide chez les familles déjà endeuillées par le suicide.



Les endeuillés par le suicide ont en général besoin de soutien pour surmonter leur peine et faire face au traumatisme afin de guérir des points de vue émotionnel, physique et spirituel⁵⁹.



ANNEXE B : FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION LIÉS AU SUICIDE

De nombreux facteurs influent sur la santé mentale des personnes et des collectivités. Aucune cause unique n'explique ou ne permet de prévoir le suicide. Le suicide émerge d'une combinaison de facteurs qui varient d'une personne à l'autre au cours de la vie.

Les facteurs de risque sont des caractéristiques ou des conditions qui, conjointement à d'autres facteurs, peuvent rendre une personne plus vulnérable au suicide. Les facteurs de protection sont des aptitudes et des ressources qu'ont les personnes, les familles, les collectivités et la société dans son ensemble pour aider à renforcer la résilience et la capacité à faire face à l'adversité.

Les facteurs de risque et de protection varient d'une personne à l'autre et peuvent changer au fil du temps. La probabilité qu'une personne pensera au suicide, fera une tentative de suicide ou se suicidera peut augmenter ou diminuer en raison de l'interaction complexe de ces facteurs personnels, relationnels, socioéconomiques et culturels⁶¹. Le renforcement des facteurs

de protection devrait être un processus permanent pour contrer le risque de suicide et raffermir la résilience chez les personnes, les familles et les collectivités.

De nombreux facteurs individuels ou personnels peuvent accroître le risque de suicide, incluant la maladie mentale (p. ex., la dépression), une tentative de suicide, une perte récente, une piètre santé physique, une dépendance (p. ex., toxicomanie ou problème de jeu, etc.) ainsi qu'un historique de violence familiale (p. ex., abus ou négligence envers un enfant) et un comportement d'automutilation⁶. Les mécanismes limités de résolution de problème et d'adaptation, le sentiment de se sentir seul ou d'être un fardeau pour les autres en particulier, peuvent accroître la vulnérabilité d'une personne. Les pensées suicidaires et le comportement suicidaire peuvent arriver lorsqu'une personne fait face à d'importants facteurs de stress et à des expériences de la vie, notamment les conflits interpersonnels (p. ex., la fin d'une relation importante), la victimisation par les pairs (p. ex., intimidation, cyberintimidation), le harcèlement et la



discrimination, les problèmes d'individuation (p. ex., personnels, sexuels, culturels) et l'exposition à un traumatisme (p. ex., abus sexuel, négligence, abus physique, génocide, guerre, accidents, perte importante, décès par suicide, décès par homicide, torture ou catastrophes naturelles)⁵.

Des facteurs socioéconomiques, comme un désavantage économique (p. ex., pauvreté, chômage, itinérance^{††62}, logement inadéquat, soins de santé inadéquats, absence d'activités récréatives et obstacles dans l'obtention des ressources), l'isolement social, une faible scolarisation ou une alphabétisation déficiente de même que l'instabilité communautaire peuvent aussi influencer sur le risque de suicide. À l'inverse, un sentiment d'inclusion sociale, un soutien social et communautaire positif, l'accès aux services de santé et aux services sociaux ainsi qu'un solide réseau social (p. ex., famille et école) sont des facteurs importants de bien-être et d'une réduction du risque de suicide⁶.

Les antécédents personnels et l'historique social à la base de l'expérience des Autochtones du Canada sont des facteurs

importants en prévention du suicide, notamment l'histoire du colonialisme et des déplacements, les expériences négatives liées au bien-être des enfants, les systèmes d'adoption et les pensionnats, les antécédents familiaux en matière de toxicomanie, la pauvreté, la perte de la culture, les conditions de vie inadéquates ainsi que le traumatisme et la violence. Ces expériences ont des répercussions intergénérationnelles, qui se traduisent par une scolarisation plus faible, un revenu inférieur, un taux de chômage supérieur, des taux supérieurs de toxicomanie et des niveaux plus élevés d'incarcération. Comme toutes ces répercussions augmentent les facteurs de risque liés au suicide, elles peuvent influencer les Premières Nations, les Inuits, les Métis et leurs collectivités.

Le renforcement des facteurs de protection, comme une haute estime de soi, des relations saines (p. ex., des liens familiaux et sociaux), une identité culturelle ainsi que des aptitudes d'adaptation et de résolution de problèmes²⁸, peuvent atténuer le risque de suicide. Un compte rendu médiatique responsable et la sensibilisation du public

†† Le suicide chez les itinérants est un problème connu de santé. Les périodes d'itinérance précoce, transitionnelle ou chronique sont liées à un taux élevé de suicide et de pensées suicidaires chez les adultes et les jeunes.



aident aussi à réduire le risque de suicide⁴². Pour les Inuits, l'identité culturelle, une douleur apaisée et le développement socioéconomique constituent des facteurs accroissant la résilience.

La culture désigne les manières dont les pratiques traditionnelles et le savoir traditionnel influent sur une personne ou une collectivité ou les façonnent. Pour plusieurs personnes, l'identité est liée aux traditions, aux valeurs, à la langue et à la culture. Elle est essentielle à la qualité de la vie, au sentiment d'appartenance et à l'interdépendance au sein de la famille et de la collectivité¹⁰. La culture crée un mode de vie collectif, et se reflète dans les croyances, les coutumes, les traditions et la langue transmises d'une génération à une autre. Les stress liés à l'acculturation et aux bouleversements sont des facteurs de risque liés au suicide qui touchent les personnes de diverses manières, notamment certaines Premières Nations, les Inuits, les Métis, les nouveaux arrivants, les réfugiés et les détenus des pénitenciers fédéraux⁵.

Certains segments de la population et certaines collectivités (p. ex., les personnes qui vivent dans la même région ou qui sont liées par association ou par des traits communs, comme l'ethnicité, la culture, la

religion ou l'orientation sexuelle) peuvent vivre des expériences qui accroissent le risque de suicide. La marginalisation, l'inégalité, le racisme, le harcèlement, la discrimination, l'isolement et la stigmatisation peuvent avoir des répercussions à long terme sur la santé mentale et le bien-être. Par exemple, les lesbiennes, les gais, les bisexuels, les transgenres, les bispirituels, les allosexuels et les personnes en questionnement (LGBTQ) peuvent avoir à composer avec l'homophobie ou la transphobie, en plus des autres formes de marginalisation qui influent négativement sur leur santé mentale. La stigmatisation sociale liée à la communication ou à l'expression de son identité ou de son orientation sexuelle peut mener à l'isolement et à l'aliénation, même à la perte du soutien par les pairs, du soutien familial et du soutien social⁵¹. Ces expériences qui se croisent peuvent influencer fortement sur la santé mentale et le bien-être des personnes et des communautés LGBTQ. Les principaux facteurs d'une santé mentale et d'un bien-être positifs pour les personnes LGBTQ comprennent le soutien de la famille et des amis, en particulier pour les jeunes, de même que les communautés et les lieux de travail coopératifs et inclusifs.



Un seul suicide peut gravement toucher des communautés entières, rapidement et sur de longues périodes. Lorsqu'il se produit un décès par suicide dans une collectivité ou dans une région affichant des acquis culturels et sociaux similaires, il y a une probabilité d'une hausse du risque que d'autres membres de cette collectivité ou d'autres personnes vivant dans cette région tentent de se suicider ou se suicident (c.-à-d., une vague de suicides). La vision culturelle du suicide, le degré de stigmatisation ou le soutien communautaire et la disponibilité des services adaptés à la culture peuvent avoir une grande incidence sur les gens du point de vue de

la recherche d'aide ou de l'accès au soutien nécessaire au rétablissement, au deuil et à la guérison.

Les efforts en vue de renforcer l'identité individuelle et la cohésion communautaire peuvent aider à réduire le risque de suicide. Ces approches doivent tenir compte des réalités historiques et actuelles ainsi que des caractéristiques communautaires (p. ex., langue, culture, foi, tradition, facteurs socioéconomiques, identité et expression sexuelles, orientation sexuelle, ethnicité et aptitudes) pour répondre de manière appropriée et sécuritaire aux divers besoins de tous les Canadiens.



GLOSSAIRE

L'**approche multisectorielle** reconnaît la nature complexe du suicide et s'inspire du savoir-faire d'un éventail de disciplines, de professions et de perspectives, en veillant à la coordination et à la collaboration entre celles-ci, afin de lutter contre le suicide suivant une méthode holistique et collective.

Le terme **autochtone** désigne un « natif d'une région ». Les peuples autochtones sont les descendants des peuples ou des occupants originaux d'un territoire avant la colonisation ou la création de l'état actuel⁶⁴. Les peuples autochtones du monde entier ont des cultures, des langues, des traditions, des histoires ainsi que des systèmes sociaux, juridiques et politiques uniques et distinctifs. Au Canada, le terme est souvent utilisé de manière interchangeable pour désigner les peuples autochtones, les Indiens ou les Premières Nations.

L'**automutilation** et les blessures auto-infligées sont des comportements dirigés vers soi dans le but de se causer des blessures. L'automutilation et les blessures auto-infligées peuvent être faits dans l'intention de se suicider ou non⁶⁹.

Une **autorité sanitaire régionale** est une structure de gouvernance régionale mise en place par un gouvernement provincial pour s'occuper de l'exécution et de l'administration des services de santé dans une zone géographique précise⁶⁷.

Un **comportement suicidaire** fait référence à un éventail de comportements qui vont du fait de réfléchir au suicide ou de l'envisager (idéation), de planifier le suicide, d'avoir l'intention de se suicider et de tenter de se suicider, au fait de se suicider. L'inclusion de l'idéation dans le comportement suicidaire est une question complexe à laquelle réfléchit le milieu universitaire sur une base continue et constructive. La décision d'inclure l'idéation dans le comportement suicidaire a été prise pour des raisons de simplicité puisque les diverses sources d'information prises en compte dans le présent rapport ne s'entendent pas sur la question de l'idéation.



La **continuité culturelle** fait référence à la persistance d'éléments culturels dans le temps (soit le lien avec le passé, le présent et l'avenir). Pour les communautés autochtones, plusieurs facteurs peuvent contribuer à la continuité culturelle, dont les traditions, les connaissances linguistiques, les revendications territoriales, l'autonomie gouvernementale, de même que la disponibilité d'installations culturelles et la prestation de services adaptés à la culture pour ce qui est de l'éducation, de la santé, de la police et de la lutte contre les incendies. La continuité culturelle favorise le sentiment de persévérance et d'attachement collectif au fil du temps, ce qui devient un facteur de protection contre les comportements autodestructeurs. La transmission du patrimoine culturel d'une génération à l'autre est importante si l'on veut assurer la continuité culturelle.

L'**idéation suicidaire** se rapporte au fait de réfléchir au suicide, d'envisager le suicide ou de planifier un suicide⁶⁹. L'idéation suicidaire peut aller de pensées fugaces à une planification détaillée et à des tentatives de suicide qui n'entraînent pas la mort. Bien que la plupart des gens qui sont aux prises avec une idéation suicidaire ne se rendent pas à la tentative de suicide, il s'agit d'un facteur de risque.

Les **inégalités en santé** sont des différences mesurables dans l'état de santé de différents groupes.

L'**intervention en cas de crise** fait référence aux mesures et aux activités directes visant à empêcher une personne d'envisager le suicide ou de faire une tentative de suicide. Les interventions peuvent être immédiates au moment d'une crise grave, lorsque le risque de suicide est élevé, après une tentative de suicide ou pendant une certaine période. Ces mesures et ces activités visent à aider une personne à se rétablir, à réduire sa douleur et ses souffrances et à renforcer sa capacité de s'adapter et de mener une vie saine d'un point de vue émotionnel, cognitif et comportemental (p. ex., ligne d'assistance téléphonique en cas de crise, counseling individuel ou de groupe et programmes d'aide aux employés).

Les **lignes directrices** sont une ou des recommandations concernant un plan d'action précis.



La **maladie mentale** est caractérisée par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement liées à un état de détresse et de dysfonctionnement marqué. Elle découle d'une interaction complexe de facteurs génétiques, biologiques, environnementaux et relatifs à la personnalité; elles touchent des personnes de tous les âges, niveaux de scolarité, niveaux de revenus et cultures.

Une **perspective axée sur la santé de la population** vise à améliorer l'état de santé de la population. L'action est orientée sur la santé de toute une population ou sous-population, notamment sur la réduction des inégalités en santé entre les groupes de population.

Les **peuples autochtones** désignent collectivement les peuples originaux de l'Amérique du Nord et leurs descendants. La constitution canadienne reconnaît trois groupes d'Autochtones : les Indiens (souvent appelés Premières Nations), les Métis et les Inuits. Ces trois groupes distincts ont leur propre histoire ainsi que leurs propres langues, pratiques culturelles et croyances⁶³. Il est préférable de désigner les peuples autochtones par leur identité propre (p. ex., Anishinaabe, Haida, Siksika), qui décrit avec une plus grande précision les aspects uniques et la culture du peuple⁶⁴.

La **postvention** fait référence aux activités de prévention du suicide qui fournissent du soutien aux personnes touchées par le suicide (comme les personnes endeuillées par un suicide). Ces activités sont essentielles pour pouvoir surmonter un suicide et réduire le nombre de suicides éventuels; elles peuvent inclure le soutien par les pairs, les programmes d'aide aux employés, le counseling, etc.

La **prévention du suicide** est un terme générique qui définit les efforts collectifs des gouvernements, des organisations civiques locales, des praticiens en santé mentale et des professionnels connexes visant à renforcer le niveau de sécurité relativement aux comportements suicidaires et à réduire l'incidence du suicide.

Le terme **principales causes de décès** fait référence aux causes importantes de décès, qui peuvent être classées en fonction du nombre de décès par tranche de 100 000 habitants. Au Canada, on parle du cancer, des maladies du cœur, des AVC, des infections chroniques des voies respiratoires, des accidents, du diabète, de la maladie d'Alzheimer, de la grippe et des pneumonies, du suicide et des maladies du rein. Fait à noter, les trois principales causes mises ensemble représentaient 55 pour cent de tous les décès en 2011.



La **promotion de la santé** est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci⁶⁵. Les activités de promotion de la santé visent à créer des environnements favorables, à accroître la sensibilisation et la mobilisation de la communauté, à échanger de l'information sur les outils communautaires disponibles, à faire le lien entre les individus et les ressources et à fournir des programmes qui aident les victimes et les familles à perfectionner leurs compétences en matière de résilience.

Être en **questionnement** se rapporte au processus d'exploration et de découverte de son genre, de son orientation sexuelle ou de son identité sexuelle chez une personne qui n'est pas certaine, qui est toujours en exploration ou qui est inquiète de l'étiquette sociale que l'on pourrait lui apposer.

La **résilience** désigne le processus dynamique par lequel les ressources psychologiques, sociales, culturelles et physiques sont utilisées pour s'adapter au changement et favoriser le bien-être pour contrer la maladie, les blessures ou les difficultés. La résilience peut exister à divers niveaux, y compris individuel, familial et communautaire. Les Inuits du Canada œuvrent à renforcer la résilience au sein de leur population. Pour les Inuits, la résilience consiste à s'adapter au stress, au bien-être mental, au développement, à la famille, à la collectivité et à la société.

La **restriction des moyens** fait référence aux techniques, aux politiques et aux procédures conçues pour limiter l'accès ou la disponibilité des moyens ou des méthodes d'automutilation⁶⁶.

Le **rétablissement** est le processus par lequel les personnes se trouvant dans le continuum du suicide sont en mesure de participer activement à leur propre bien-être. Le rétablissement mise sur les forces de la personne, de la famille et de la communauté et peut être favorisé par un éventail de services et de traitements. Les principes du rétablissement englobent l'espoir, l'autodétermination et la responsabilité.

Le **savoir autochtone** se rapporte à l'information qui s'appuie sur la vision du monde autochtone et qui est transmise d'une génération à l'autre par des sociétés sacrées, des pratiques culturelles et la langue. Ce savoir est le plus souvent conservé et enseigné par les aînés et les praticiens de la culture, mais il peut aussi se transmettre à des personnes de tout âge. En plus des pratiques culturelles, le savoir autochtone est considéré comme étant un outil de guérison dans le cadre de services adaptés à la culture.



Le **savoir-faire culturel** concerne les connaissances, les compétences et les attitudes propres à la culture qui sont nécessaires pour aider différentes populations. Il s'agit notamment d'être au courant des attitudes, des visions du monde, des réalités culturelles et des environnements propres aux différentes cultures et d'être sensibilisé aux attitudes personnelles à l'égard des différences culturelles. Par conséquent, les responsables des services adaptés à la culture doivent comprendre les communautés qu'ils desservent ainsi que les influences culturelles qui ont une incidence sur les comportements individuels. La sécurité culturelle est un prolongement de ce concept, mais elle va au-delà de la sensibilisation et tient compte des rapports de force. Les services sûrs du point de vue culturel sont respectueux et inclusifs et rendent certaines populations et communautés en mesure de participer à la prise de décisions.

Le terme **sentinelle** fait référence aux personnes qui peuvent jouer un rôle dans la prévention du suicide parce qu'elles ont un lien privilégié avec les individus potentiellement à risque de suicide. Il s'agit notamment des personnes formées et désignées pour aider (comme les personnes qui travaillent dans le domaine de la médecine, du travail social, des soins infirmiers et de la psychologie) et des membres de la communauté qui n'ont peut-être pas suivi une formation officielle en prévention du suicide, mais qui deviennent des sentinelles potentielles (p. ex. guides spirituels, personnel des services de loisirs, policiers, entraîneurs, enseignants et conseillers). Les membres de la famille et les amis peuvent aussi devenir des sentinelles, surtout auprès des enfants et des jeunes. Les sentinelles peuvent ouvrir la voie vers l'aide aux personnes à risque de suicide. La formation et les outils destinés aux sentinelles permettent de renforcer les connaissances, les attitudes et les compétences pour cerner le risque de suicide ou orienter la personne vers de l'aide au besoin.

Le **soutien** est le fait d'offrir de l'aide, de l'encouragement ou du réconfort à des personnes ou à des communautés aux prises avec des difficultés. Il peut s'agir de sensibilisation, de réduction de la stigmatisation, de transmission d'information et de prestation de services.

La **stigmatisation** fait référence à des attitudes négatives et défavorables et au comportement ainsi engendré. Il s'agit d'une forme de préjudice qui transmet la peur et des renseignements erronés, étiquette les personnes et entretient les stéréotypes⁶⁹. La stigmatisation à l'égard des personnes qui ont eu des comportements suicidaires, des survivants à des tentatives de suicide et des endeuillés par le suicide peut empêcher bon



nombre de personnes de demander de l'aide pour elles-mêmes ou pour des proches, ce qui les empêche d'accéder aux réseaux de soutien et au traitement dont elles ont besoin pour se rétablir.

Le **suicide** est le fait de mettre fin à sa vie intentionnellement⁶⁹. De nombreux facteurs et contextes peuvent contribuer au fait qu'une personne envisage de se suicider, tente de se suicider ou se suicide (p. ex., une perte, une dépendance, un traumatisme pendant l'enfance ou un autre traumatisme, la dépression, une maladie physique grave, une maladie mentale ou de grands changements dans sa vie).

Le **suicide par imitation** fait référence au processus par lequel un suicide ou un geste suicidaire dans une école, une communauté ou un secteur géographique augmente la probabilité que d'autres personnes fassent une tentative de suicide ou se suicident. Il peut mener à une vague de suicides; on observe alors plusieurs suicides rattachés les uns aux autres suite à un premier suicide⁷⁰.

La **surveillance (ou surveillance de la santé publique)** est la collecte, l'analyse et l'interprétation systématiques et continues des données relatives à la santé nécessaires pour planifier, mettre en œuvre et évaluer les pratiques de santé publique⁷¹.

Un **survivant endeuillé** par le suicide est une personne qui a été touchée ou endeuillée par la perte d'une personne par le suicide.

Un **survivant d'une tentative de suicide** est une personne qui a vécu une tentative de suicide.

Le **taux de suicide** est mesuré par Statistique Canada comme étant le nombre de décès par suicide au cours d'une année donnée par tranche de 100 000 personnes.

Une **tentative de suicide** est une action auto-infligée non mortelle menant potentiellement à une blessure dont l'objectif était de mettre fin à sa vie. La tentative de suicide peut avoir ou non une intention ou un résultat mortel⁶⁹. Une intention suicidaire fait référence au but ou à l'objectif de mettre fin à sa vie plutôt qu'au comportement en soi. Une intention suicidaire peut être difficile à évaluer puisqu'il peut y avoir une certaine ambivalence ou même dissimulation.



RÉFÉRENCES

- ¹ Statistique Canada. *Décès et taux de mortalité, selon certains groupes de causes, le groupe d'âge et le sexe, Canada*. Tableau CANSIM 102-0561, Ottawa (Ontario) : Statistique Canada; 2015.
- ² Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. *Psychiatric Diagnoses in 3275 Suicides: A Meta-Analysis*. *BMC Psychiatry*. 2004;4(37):1–11.
- ³ Bobet E. *Statistiques relatives au suicide dans les régions inuites, 1999–2003*. Document non publié; 2004.
- ⁴ Organisation mondiale de la Santé. *Health Impact Assessment: The determinants of health*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé; 2016. Sur Internet : www.who.int/hia/en/ [cité le 18 avril 2016].
- ⁵ Organisation mondiale de la Santé. *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé; 2014.
- ⁶ McLean J, Maxwell M, Platt S, Harris F, Jepson R. *Risk and Protective Factors for Suicide and Suicidal Behaviour: A Literature Review*. Édimbourg : Scottish Government Social Research; 2008.
- ⁷ Schneidman E. *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Northvale (NJ): Jason Aronson, Inc.; 1993.
- ⁸ *Loi concernant l'établissement d'un cadre fédéral de prévention du suicide*. 2012, ch. 30.
- ⁹ Commission de la santé mentale du Canada. *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. Ottawa (Ontario) : Commission de la santé mentale du Canada; 2012.
- ¹⁰ Assemblée des Premières Nations et Santé Canada. *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations – Rapport sommaire*. Ottawa (Ontario) : Santé Canada; 2015.
- ¹¹ Suicide Prevention Research Centre. *Suicide Prevention: The Public Health Approach*. Waltham (MA): Suicide Prevention Research Centre; 2015.
- ¹² Autorité sanitaire des Premières Nations. *Hope, Help, and Healing. A planning toolkit for First Nations and Aboriginal communities to prevent and respond to suicide*. West Vancouver (C.B.) : Autorité sanitaire des Premières Nations; 2015.



- ¹³ Joshi P, Damstrom-Albach D, Ross I, Hummelet C. *Strengthening the Safety Net: A Report on the Suicide Prevention, Intervention and Postvention Initiative for BC*. Vancouver, Colombie Britannique : Crisis Intervention and Suicide Prevention Centre of BC; 2009.
- ¹⁴ Association canadienne pour la prévention du suicide. *Plan d'action pour une stratégie nationale de prévention du suicide*, 2e édition. Winnipeg (Manitoba) : Association canadienne pour la prévention du suicide; 2009.
- ¹⁵ Rolland-Harris E, Whitehead J, Matheson H, Zamorski M. *Rapport du médecin général : Rapport de 2015 sur la mortalité par suicide dans les Forces armées canadiennes (de 1995 à 2014)*. Ottawa (Ontario) : Ministère de la Défense nationale; 2015.
- ¹⁶ Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, de Graaf R, Asmundson GJ, ten Have M, et coll. *Anxiety disorders associated with suicidal ideation and suicide attempts in the National Comorbidity Survey*. *J Nerv. Ment. Dis*, 2005;193:450–4.
- ¹⁷ Sareen J, Cox BJ, Stein MB, Afifi TO, Fleet C, Asmundson GJ. *Physical and mental comorbidity, disability, and suicidal behavior associated with posttraumatic stress disorder in a large community sample*. *Psychosomatic Medicine*. 2007;69:242–8.
- ¹⁸ Tarrier N, Gregg L. *Suicide risk in civilian PTSD patients: Predictors of suicidal ideation, planning, and attempts*. *Social Psychiatry Psychiatry Epidemiology*. 2004;39:655–61.
- ¹⁹ Statistique Canada. *Taux de certains troubles mentaux et problèmes d'alcool éprouvés par les membres réguliers à temps plein des Forces canadiennes au cours des 12 mois précédant l'enquête de 2013*. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada; 2014.
- ²⁰ Ministère de la Défense nationale et Forces armées canadiennes. *Le supplément FC de l'enquête de Statistique Canada sur la santé mentale dans les collectivités canadiennes*. Ottawa (Ontario) : Ministère de la Défense nationale; 2002.
- ²¹ Ministère de la Défense nationale. *Stratégie du médecin général en matière de santé mentale : Groupe des Services de santé des Forces canadiennes – Une Évolution de l'Excellence*. Ottawa (Ontario) : Ministère de la Défense nationale; 2013.
- ²² Zamorski M. *Rapport du comité d'experts des Forces canadiennes sur la prévention du suicide*. Ottawa (Ontario) : Ministère de la Défense nationale; 2010.
- ²³ Statistique Canada. *Étude du cancer et de la mortalité chez les membres des Forces canadiennes : causes de décès*. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada; 2011.



- ²⁴ Thompson JM, Van Til L, Poirier A, Sweet J, McKinnon K, Pedlar D et coll. *Santé et bien-être des vétérans des Forces canadiennes : Conclusions de l'Enquête sur la vie après le service militaire de 2013. Rapport technique*. Ottawa (Ontario) : Anciens Combattants Canada; 2014.
- ²⁵ Thompson JM, Van Til L, Sweet J, Poirier A, McKinnon K, Pedlar D et coll. *Canadian Armed Forces Veterans: Mental health findings from the 2013 Life After Service Survey*. Charlottetown (Î.P.É.) : Anciens Combattants Canada; 2015.
- ²⁶ Données fournies par la Direction de la statistique d'Anciens Combattants Canada; 2015.
- ²⁷ *Loi sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes*. 2005, ch. 21.
- ²⁸ Centre for Suicide Prevention. *Suicide prevention resource toolkit*. Calgary (Alberta) : Centre for Suicide Prevention; 2013.
- ²⁹ Kirmayer LJ, Brass GM, Holton T, Paul K, Simpson C, Tait C. *Suicide chez les Autochtones au Canada*. Ottawa (Ontario) : Fondation autochtone de guérison; 2007.
- ³⁰ Centre for Suicide Prevention. *Statistics among Canada's Aboriginal peoples. Alert #52*, Calgary (Alberta) : Centre for Suicide Prevention; 2003.
- ³¹ Chandler MJ, Lalonde C. *Cultural Continuity as a Hedge against Suicide in Canada's First Nations*. *Transcultural Psychiatry*. 1998;35(2):191–219.
- ³² *Convention de règlement relative aux pensionnats indiens*; 2006.
- ³³ Malenfant EC. *Le suicide chez les immigrants au Canada*. *Rapports sur la santé*. 2004;15(2):917.
- ³⁴ Association canadienne pour la santé mentale, division de la Colombie-Britannique. *Suicide fact sheet*. Vancouver (C.B.) : Association canadienne pour la santé mentale; 2012.
- ³⁵ Hansson E, Tuck A, Lurie S. *Rates of mental illness and suicidality in immigrant, refugee, ethnocultural, and racialized groups in Canada: A review of the literature*. *Can. J. Psych*. 2012;57:111.
- ³⁶ Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, Rashid M, Ryder AG, Guzder J. et coll. *Common mental health problems in immigrants and refugees: General approach in primary care*. *Journal de l'Association médicale canadienne*. 2011;183(12):E959–67.
- ³⁷ Service correctionnel du Canada. *Rapport sur les plans et les priorités 2016–2017*, Ottawa (Ontario) : Service correctionnel du Canada; 2016.



- ³⁸ Service correctionnel du Canada. *Recherche en un coup d'œil : Profil des délinquants autochtones de sexe masculin : aperçus de la garde et de la surveillance*. Ottawa (Ontario) : Service correctionnel du Canada; 2014.
- ³⁹ Statistique Canada. *Les peuples autochtones au Canada : Premières Nations, Métis et Inuits*. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada; 2014.
- ⁴⁰ Groupe CSA et Bureau de normalisation du Québec. *Santé et sécurité psychologiques en milieu de travail – Prévention, promotion et lignes directrices pour une mise en œuvre par étapes*. Ottawa (Ontario) : Conseil canadien des normes; 2013.
- ⁴¹ Commission de la santé mentale du Canada. *Guide à l'intention des endeuillés par suicide*. Ottawa (Ontario) : Commission de la santé mentale du Canada; 2016.
- ⁴² Organisation mondiale de la Santé et Association internationale pour la prévention du suicide. *La prévention du suicide : Indications pour les professionnels des médias*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé; 2008.
- ⁴³ Coyle S. *Social media and suicide prevention*. *Social Work Today*. 2014;(14)8.
- ⁴⁴ Skinner R, McFaull S, Draca J, Frechette M, Thompson W. *Suicide and self-inflicted injury hospitalizations in Canada (1979–2012)* [rapport non publié]. Ottawa (Ontario) : Agence de la santé publique du Canada; 2015.
- ⁴⁵ Rockett IRH, Kapusta ND, Bhandari R. *Suicide Misclassification in an international context: Re-visitation and update*. *Suicidol Online*. 2011;2:48–61.
- ⁴⁶ Campbell LA, Jackson L, Bassett R, Bowes MJ, Donahue M, Cartwright J, et coll. *Recherche sur la surveillance et la prévention du suicide en Nouvelle-Écosse : pertinence de l'utilisation des dossiers des médecins légistes*. *RMTC*. Sept;2011:31(4).
- ⁴⁷ Emanuel LL, Taylor L, Hain A, Combes JR, Hatlie MJ, Karsh B, et coll. *Programme d'éducation en sécurité des patients – Canada (PESP – Canada)*, module 13 du programme d'étude. Ottawa (Ontario) : Institut canadien pour la sécurité des patients; 2015.
- ⁴⁸ Skinner R, McFaull S. *Le suicide chez les enfants et les adolescents au Canada : tendances et différences entre les sexes, 1980–2008*. *JAMC*. 2012;12:1029–34.
- ⁴⁹ Institut canadien d'information sur la santé. *Blessures auto-infligées chez les jeunes au Canada*. Ottawa (Ontario) : Institut canadien d'information sur la santé; 2014.



- ⁵⁰ King M, Semlyen J, Tai SS, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D, et coll. *A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self-harm in lesbian, gay and bisexual people*. BMC Psychiatry. 2008;8:70.
- ⁵¹ Dyck DR. *Rapport sur les résultats et recommandations : Sommet sur la prévention du suicide chez les jeunes LGBTQ*. Toronto (Ontario) : Fonds Égale Canada pour les droits de la personne; 2012.
- ⁵² Santé Canada. *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada, 2000*. Ottawa (Ontario), Imprimeur de la Reine; 2003.
- ⁵³ Santé Canada. *Savoir et AGIR : la prévention du suicide chez les jeunes des Premières nations*. Ottawa (Ontario) : Imprimeur de la Reine; 2002.
- ⁵⁴ Inuit Tapiriit Kanatami. *Inuit in Canada: A statistical profile. Referencing Health Canada, 2005, Suicide statistics for Inuit Regions, 1991–2003* [données non publiées]. Ottawa (Ontario) : Santé Canada; 2008.
- ⁵⁵ Oliver L, Peters PA, Kohen DE. *Taux de mortalité chez les enfants et les adolescents vivant dans l’Inuit Nunangat, 1994–2008*. Rapports sur la santé. 2012;23(3).
- ⁵⁶ Centre de gouvernance de l’information des Premières Nations. *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) Phase 2 (2008/10) : Rapport national sur les adultes, les adolescents et les enfants qui vivent dans les communautés des Premières Nations*. Ottawa (Ontario) : Centre de gouvernance de l’information des Premières Nations; 2012.
- ⁵⁷ Données fournies par Service correctionnel du Canada, décembre 2014.
- ⁵⁸ Crosby AE, Han B, Ortega L, Parks SE, Gfroerer J. *Suicidal thoughts and behaviors among adults aged ≥18 years: United States, 2008–2009*. MMWR Surveillance Summaries. 2011;60:(S513).
- ⁵⁹ Association canadienne pour la prévention du suicide. *Le suicide au Canada*. Waterloo (Ontario) : Association canadienne pour la prévention du suicide; 2015. Sur Internet : <http://suicideprevention.ca/understanding/what-is-suicide/> [cité le 18 avril 2016].
- ⁶⁰ Association canadienne pour la prévention du suicide. *Grieving*. Waterloo (Ontario) : Association canadienne pour la prévention du suicide; 2015. Sur Internet : <http://suicideprevention.ca/grieving/> [cité le 18 avril 2016].
- ⁶¹ Centers for Disease Control and Prevention. *Injury prevention and control – Suicide: risk and protective factors*. Atlanta (GA): Centers for Disease Control; 2015. Sur Internet : www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/riskprotectivefactors.html [28 août 2015, cité le 18 avril 2016].



- ⁶² Le Rond-point de l'itinérance. *Dépression et suicide*. Toronto (Ontario) : Observatoire canadien sur l'itinérance; 2015. Sur Internet : <http://homelesshub.ca/about-homelessness/mental-health/depression-and-suicide> [cité le 18 avril 2016].
- ⁶³ Affaires autochtones et du Nord Canada. *Peuples et collectivités autochtones*. Ottawa (Ontario) : Affaires autochtones et du Nord Canada; 2015. Sur Internet : www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100013785/1304467449155 [10 avril 2015, cité le 18 avril 2016].
- ⁶⁴ Organisation nationale de la santé autochtone. *Terminologie*. Ottawa (Ontario) : Organisation nationale de la santé autochtone; 2016. Sur Internet : www.naho.ca/publications/topics/terminology/ [cité le 18 avril 2016].
- ⁶⁵ Organisation mondiale de la Santé. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, 425–430. 1986.
- ⁶⁶ U.S. Department of Health and Human Services (HHS) Office of the Surgeon General et National Action Alliance for Suicide Prevention. *2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action*. Washington (DC) : Department of Health and Human Services; 2012.
- ⁶⁷ Manitoba Centre for Health Policy. *Concept: Regional Health Authorities in Manitoba*. Winnipeg (Manitoba): Manitoba Centre for Health Policy; 2013. Sur Internet : <http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/viewConcept.php?printer=Y&conceptID=1218> [12 décembre 2013, cité le 18 avril 2016].
- ⁶⁸ Commission de la santé mentale du Canada. *Stigmatisation*. Ottawa (Ontario) : Commission de la santé mentale du Canada; 2016.
- ⁶⁹ Crosby AE, Ortega L, Melanson C. *Self-directed violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements*. Atlanta (GA) : Centers for Disease Control and Prevention; 2011.
- ⁷⁰ Headspace. *Suicide contagion*. Melbourne, Australie : Headspace; 2015.
- ⁷¹ Organisation mondiale de la Santé (2015). *Surveillance de la santé publique*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé; 2016. Sur Internet : www.who.int/topics/public_health_surveillance/en/ [cité le 18 avril 2016].

