



SE LAISSER GUIDER PAR LES RÉSULTATS :

repenser le Cadre fédéral
de prévention du suicide

**Rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales,
des sciences et de la technologie**

L'honorable Ratna Omidvar, Présidente
L'honorable Jane Cordy, Vice-présidente

JUIN 2023



SÉNAT | SENATE
CANADA

Pour de plus amples renseignements, prière de communiquer avec nous :

Par courriel : SOCI@sen.parl.gc.ca

Par la poste : Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Sénat, Ottawa (Ontario), Canada, K1A 0A4

Le rapport peut être téléchargé à l'adresse suivante :

<https://sencanada.ca/fr/comites/SOCI/rapports/44-1#?filterSession=44-1>

Le Sénat est actif sur Twitter : @SenatCA

Suivez le comité à l'aide du mot-clic #SOCI

This report is also available in English.

Avis aux lecteurs

Pendant son étude, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (le comité) a recueilli des témoignages et reçu des mémoires de personnes qui vivent ou ont vécu des expériences liées au suicide. Le comité remercie toutes les personnes qui se sont ouvertes à lui, car, même encore aujourd'hui, la stigmatisation du suicide empêche bien des gens d'en parler librement et franchement.

Puisque le suicide et sa prévention sont des sujets délicats, le comité souhaite avertir ses lecteurs que le présent rapport aborde les questions suivantes : l'idéation suicidaire, les méthodes de suicide, les tentatives de suicide, les actes de suicide, et la consommation des substances ainsi que la dépendance.

Si vous avez besoin d'aide, le gouvernement du Canada vous propose de faire appel aux [ressources](#) suivantes :

Si vous êtes en crise ou si une personne que vous connaissez est en crise

Si vous êtes en danger immédiat ou avez besoin d'un soutien médical d'urgence, composez le 911.

Si vous ou quelqu'un que vous connaissez pensez au suicide, appelez [Parlons suicide Canada](#) au 1-833-456-4566. Pour les résidents du Québec, composez le 1-866-277-3553 ou consultez le site suicide.ca/fr. Du soutien est disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Le portail [Espace Mieux-Être Canada](#) offre aussi gratuitement et en tout temps un service de soutien immédiat et confidentiel sur les problèmes de santé mentale et de consommation de substances. Des services virtuels sont offerts en français et en anglais, avec des services d'interprétation par téléphone disponibles dans plus de 200 langues et dialectes. Composez le 1-866-585-0445 ou textez MIEUX au 741741.

Pour trouver un centre de détresse près de chez vous, vous pouvez consulter le site [Parlons suicide Canada](#).

Pour les personnes autochtones

Composez le 1-855-242-3310 (sans frais) ou utilisez le service de clavardage de la [Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être](#) pour obtenir de l'aide.

La Ligne d'écoute est accessible à tous les Autochtones au Canada qui ont besoin d'un soutien affectif immédiat, d'une intervention d'urgence ou d'être aiguillés vers des services communautaires. Ses conseillers sont des personnes expérimentées et sensibilisées aux réalités culturelles des Autochtones, et ses services sont offerts en français et en anglais, de même qu'en cri, en ojibwé et en inuktitut sur demande.

Table des matières

Avis aux lecteurs	3
Table des matières	4
Membres du comité.....	5
Ordre de renvoi.....	7
Sommaire.....	9
Liste des recommandations	10
Partie 1 : Évaluation du Cadre fédéral de prévention du suicide	13
Introduction	13
Élaboration du Cadre fédéral de prévention du suicide.....	13
Tendances et données relatives au taux de suicide au Canada.....	15
Points forts du Cadre fédéral de prévention du suicide	16
Points faibles du Cadre fédéral de prévention du suicide	17
Les interventions fondées sur des données probantes	18
La collecte de données, la recherche et la mesure des résultats	22
Aider les groupes surreprésentés dans les statistiques sur le suicide au Canada : les Autochtones ainsi que les garçons et les hommes	32
Les peuples autochtones.....	33
Les garçons et les hommes.....	40
L'incidence de la consommation de substances et des dépendances	42
Pour un Cadre plus efficace	43
Conclusion.....	47
Partie 2 : La prévention du suicide au Canada	48
Défis liés aux champs de compétence	48
Expériences de certaines communautés racisées et ethniques	49
Santé mentale des jeunes	51
Outils, programmes et plans du gouvernement fédéral pour la prévention du suicide	53
Le portail d'Espace mieux-être Canada et l'application Mieux-être	53
La ligne nationale à trois chiffres en cas de crise.....	55
Le plan d'action national sur la prévention du suicide	56
La stratégie nationale de prévention du suicide.....	58
Suicide et prévention du suicide : récits de faits vécus	60
Annexe 1 : Liste des témoins.....	63
Annexe 2 : Liste des mémoires.....	65

Membres du comité

Les honorables sénateurs



Ratna Omidvar
Présidente



Jane Cordy
Vice-présidente



Wanda Thomas Bernard



Sharon Burey



Donna Dasko



Stan Kutcher



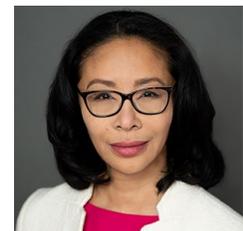
Frances Lankin, c.p.



Marilou McPhedran



Rosemary Moodie



F. Gigi Osler



Chantal Petitclerc



Judith G. Seidman

Membres d'office du comité :

L'honorable Marc Gold, c.p. ou Patti Laboucane-Benson
L'honorable Donald Neil Plett ou Yonah Martin

Autres sénateurs ayant participé à l'étude :

L'honorable Patricia Bovey (à la retraite)
L'honorable Patrick Brazeau
L'honorable Andrew Cardozo
L'honorable Margo Greenwood
L'honorable Yonah Martin
L'honorable Mary Jane McCallum
L'honorable Marie-Françoise Mégie
L'honorable Percy Mockler
L'honorable Dennis Glen Patterson
L'honorable Rose-May Poirier
L'honorable Mohamed-Iqbal Ravalia
L'honorable Josée Verner, c.p.

Service d'information et de recherche parlementaires :

Laura Blackmore, analyste

Direction des comités du Sénat :

Emily Barrette, greffière du comité
Marc-André Lanthier, adjoint administratif du comité
Lori Meldrum, adjointe administrative du comité

Direction des communications du Sénat :

Amely Coulombe, agente de communications, Comités

Ordre de renvoi

Extrait des *Journaux du Sénat* du jeudi 28 avril 2022 :

Avec le consentement du Sénat,

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur Kutcher, appuyée par l'honorable sénateur Boehm :

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, dès qu'il sera formé, le cas échéant, soit autorisé à étudier, afin d'en faire rapport, le Cadre fédéral de prévention du suicide, y compris :

- a) à déterminer si le Cadre a permis de faire diminuer les taux de suicide de façon importante, fondamentale et durable depuis son adoption;
- b) à examiner les taux de suicide chez la population canadienne et des groupes particuliers au Canada comme les Autochtones, les personnes radicalisées et les jeunes;
- c) à faire rapport sur la somme des subventions fédérales accordées aux initiatives et aux programmes de prévention du suicide de 2000 à 2020, et à déterminer quels critères fondés sur des données probantes en matière de prévention du suicide ont orienté les choix;
- d) à déterminer, pour chaque initiative ou programme mentionné au paragraphe c), s'il y a eu une baisse importante, fondamentale, durable et démontrable des taux de suicide chez la ou les populations ciblées;
- e) à formuler des recommandations pour que le Cadre fédéral de prévention du suicide du Canada et les subventions fédérales destinées aux activités de prévention du suicide soient fondés sur les meilleures données probantes disponibles concernant les causes de la baisse des taux de suicide;

Que le comité soumette au Sénat le rapport final sur son étude au plus tard le 16 décembre 2022.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée avec dissidence.

Extrait des *Journaux du Sénat* du mardi 6 décembre 2022 :

L'honorable sénatrice Omidvar propose, appuyée par l'honorable sénatrice Saint-Germain,

Que, nonobstant l'ordre du Sénat adopté le jeudi 28 avril 2022, la date du rapport final du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie concernant son étude du Cadre fédéral de prévention du suicide soit reportée du 16 décembre 2022 au 30 juin 2023.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le greffier intérimaire du Sénat,

Gérald Lafrenière

Sommaire

Dix ans se sont écoulés depuis que l'idée d'un cadre fédéral pour prévenir le suicide a pris forme dans la Loi sur le cadre fédéral de prévention du suicide. Conformément aux exigences de cette loi, le gouvernement du Canada a publié, en 2016, le Cadre fédéral de prévention du suicide (le Cadre), qui a pour objectif de « prévenir le suicide au Canada ». Or, pour l'ensemble de la population canadienne, sa mise en œuvre n'a pas eu d'effet significatif sur le taux de suicide au Canada, lequel n'a pratiquement pas changé depuis 20 ans. Cependant, ce taux apparemment stable occulte la surreprésentation de certaines populations : les Autochtones, et plus particulièrement les Inuits, ainsi que les garçons et les hommes.

Il est évident que le succès du Cadre reste limité. Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (le comité) a donc entrepris une étude pour évaluer l'efficacité du Cadre fédéral de prévention du suicide, en tenant compte des observations de la ministre de la Santé mentale et des Dépendances, de médecins et cliniciens experts, des défenseurs des droits et de personnes qui vivent ou ont vécu des situations liées au suicide. La ministre de la Santé mentale et des Dépendances a informé le comité que des travaux sont en cours pour mettre le Cadre à jour. Par conséquent, l'un des principaux objectifs de l'étude a été de déterminer les moyens permettant de renforcer la nouvelle version du Cadre.

Même si son étude était axée sur l'examen du Cadre, le comité reconnaît qu'à plusieurs égards, celui-ci est inextricablement lié à la grande question de la prévention du suicide au Canada; il remercie donc les témoins qui lui ont également fourni de l'information sur ce sujet. Puisqu'il n'a pas encore eu l'occasion de s'y pencher avec toute l'attention que mérite une question d'une telle importance, le comité a divisé le présent rapport en deux parties, la première portant sur l'évaluation du Cadre fédéral de prévention du suicide et les mesures recommandées pour l'améliorer, et la deuxième résumant les témoignages faits au comité sur la prévention du suicide de façon plus générale.

Liste des recommandations

Recommandation 1

Que le gouvernement du Canada s'engage à mettre à jour le Cadre fédéral de prévention du suicide pour en faire une approche qui permette de prévenir efficacement le suicide au Canada, et qu'il se donne comme priorités :

- de recenser et de promouvoir les soins de santé publique et les interventions cliniques, dont l'effet sur la prévention du suicide au Canada est attesté par des données probantes (baisse du taux de suicide ou des hospitalisations à la suite d'une tentative de suicide), comme la restriction des moyens;
- d'abandonner les interventions et les programmes qui ne reposent pas sur des données probantes;
- de remplacer les axes d'« espoir » et de « résilience » mentionnés dans le Cadre par ceux de « sens » et de « connectivité »;
- d'offrir des programmes fondés sur des données qui mesurent l'effet des interventions de prévention du suicide, à savoir : le taux de suicide, le nombre de consultations en salle d'urgence à cause d'une tentative de suicide, et le nombre d'hospitalisations liées à une tentative de suicide.

Recommandation 2

Que le gouvernement du Canada établisse des priorités précises dans le Cadre mis à jour, à savoir :

- répertorier à l'échelle locale les soins de santé publique et les interventions cliniques dont l'efficacité est attestée par des données probantes, et les adapter à l'échelle nationale;
- cibler les groupes dans lesquels le taux de suicide est disproportionnellement élevé, c'est-à-dire les Premières Nations, les Métis et les Inuits; les garçons et les hommes; les communautés racisées; et les personnes atteintes de maladies mentales;
- financer la recherche sur des initiatives prometteuses de prévention du suicide.

Recommandation 3

Que le gouvernement du Canada procède à un examen critique indépendant des programmes de prévention et d'intervention en matière de suicide générant des revenus et fonctionnant au Canada; et que les résultats de cet examen soient annexés au Cadre.

Recommandation 4

Que le Cadre mis à jour exige qu'une formation complète sur l'analyse comparative entre les sexes plus soit ajoutée à l'ensemble existant de ressources, d'instructions de développement, et de formation clinique et professionnelle sur la prévention et le traitement du suicide offert aux fournisseurs de soins de santé, afin de garantir que les soins de santé publique et les interventions cliniques répondent aux contextes culturels, historiques et socioéconomiques et des facteurs

contributifs genrés qui y sont associés, étant donné la diversité des personnes et des groupes ayant besoin de soins.

Recommandation 5

Que le gouvernement du Canada collabore avec les provinces, les territoires, et les organisations de la société civile pour améliorer la collecte et l'analyse de données nationales sur le suicide et la prévention du suicide au moyen des mesures suivantes :

- la création d'une base de données nationale sur a) le suicide et ses indicateurs, comme le taux de suicide et le nombre de consultations en salle d'urgence et d'hospitalisations liées à une tentative de suicide; b) les programmes de prévention du suicide efficaces et la recherche connexe; et c) les facteurs contributifs et les facteurs causals du suicide déterminés au moyen de l'Analyse comparative entre les sexes Plus;
- la normalisation des rapports des coroners;
- la collecte d'un ensemble suffisant de données démographiques et géographiques pour effectuer une analyse désagrégée;
- la collaboration avec les autorités provinciales et territoriales pour que les suicides et les tentatives de suicide soient déclarés à une autorité désignée.

Recommandation 6

Que l'Agence de la santé publique du Canada améliore ses rapports sur les progrès liés au Cadre en établissant des résultats mesurables concrets et en évaluant les programmes de prévention de suicide en fonction de ces repères.

Recommandation 7

Que le Cadre mis à jour reconnaisse explicitement les difficultés supplémentaires auxquelles sont confrontées certaines populations au Canada – habitants de localités rurales, éloignées et nordiques; personnes dont la langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais; réfugiés et immigrants; personnes handicapées; les communautés racisées – en matière d'accès aux soins de santé mentale, et fournisse des ressources et des programmes pour atténuer ces difficultés; et que le Cadre mis à jour reconnaisse le niveau élevé de stigmatisation lié au suicide et réagisse en favorisant l'accès aux soins de santé mentale dans toutes les communautés.

Recommandation 8

Que le gouvernement du Canada compare de nouveau devant le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie pour présenter le nouveau Cadre fédéral de prévention du suicide.

Recommandation 9

Que le Cadre mis à jour reconnaisse la crise de surreprésentation des Autochtones dans le taux de suicide au Canada, et :

- reconnaisse le savoir et les compétences autochtones en s’engageant directement auprès d’experts autochtones ayant une expérience vécue et vivante de la prévention du suicide;
- intègre la promotion de la vie dans les modèles de prévention du suicide;
- octroie du financement souple à des programmes pouvant être conçus et gérés de façon autonome par des Autochtones;
- élabore des programmes destinés à former des membres de collectivités autochtones sur les questions de soins et d’interventions en santé mentale; et
- fournisse aux Autochtones de soins adaptés à leur culture et tenant compte des traumatismes.

Recommandation 10

Que le Cadre mis à jour reconnaisse la surreprésentation des garçons et des hommes dans le taux du suicide au Canada, et :

- prenne acte du fait que les hommes et les femmes peuvent avoir besoin d’interventions thérapeutiques différentes;
- oriente la recherche vers des innovations en matière de traitement pour les garçons et les hommes;
- reconnaisse que la stigmatisation peut être plus forte à l’égard des garçons et des hommes qui parlent de santé mentale et de suicide et qui demandent des soins de santé mentale.

Recommandation 11

Que le Cadre mis à jour reconnaisse l’incidence de la consommation de substances et des dépendances sur la prévention du suicide au Canada, et que les mesures de financement et les programmes de la prévention du suicide comportent un volet de recherche et d’intervention axé sur ces problèmes.

Partie 1 : Évaluation du Cadre fédéral de prévention du suicide

Introduction

Le Cadre fédéral de prévention du suicide a été publié en 2016, après une période de consultation auprès de divers intervenants et du public. Le Cadre vise à donner une orientation au gouvernement fédéral sur la prévention du suicide, et à coordonner ses initiatives en la matière avec celles déployées par les provinces, les territoires et les organismes non gouvernementaux.

Le document ne donne aucun indice de mesure des résultats du Cadre au-delà de la mission de prévenir le suicide au Canada. Le moyen le plus évident de mesurer l'efficacité du Cadre est donc d'examiner le taux de suicide au pays. À part une faible baisse constatée en 2020 (que des témoins ont attribuée au filet social déployé pendant la pandémie de COVID-19), le taux de suicide annuel au Canada s'est maintenu à 11 ou 12 cas pour 100 000 personnes depuis l'an 2000, ce qui signifie que le Cadre n'a eu aucune incidence appréciable sur ce taux.

Aux fins de son étude, le comité a d'abord recueilli le témoignage de l'honorable Carolyn Bennett, ministre de la Santé mentale et des Dépendances. En plus de reconnaître les faiblesses du Cadre, la ministre Bennett s'était engagée à en publier une version améliorée à l'automne 2023. Guidé par cet engagement, le comité a cherché à comprendre quels seraient les meilleurs moyens de renforcer le Cadre. Ses discussions ont abouti à 11 recommandations. Le comité a entendu 23 témoins et a reçu cinq mémoires, de même que plusieurs compléments d'information de la part de témoins.

En vertu de l'ordre de renvoi du 28 avril 2022, le mandat du comité consistait à évaluer le Cadre fédéral de prévention du suicide, y compris par la collecte d'information détaillée sur les subventions fédérales accordées aux initiatives et aux programmes de prévention du suicide ainsi que sur les résultats attendus et la mesure dans laquelle ils ont été atteints. Le comité a demandé cette information à divers témoins, mais, au moment de publier le présent rapport, il n'avait obtenu que des renseignements de base sur le financement et les résultats de certains programmes. Le comité espère que la version mise à jour du Cadre permettra d'améliorer l'accès aux données publiques sur le financement des programmes, les résultats obtenus et les progrès accomplis.

Élaboration du Cadre fédéral de prévention du suicide

La *Loi sur le cadre fédéral de prévention du suicide* (la Loi), qui a reçu la sanction royale le 14 décembre 2012, « exige du gouvernement du Canada qu'il élabore un cadre fédéral de prévention du suicide en consultation avec les organisations non gouvernementales concernées, les entités compétentes des provinces et territoires et les ministères fédéraux visés¹ ».

¹ *Loi sur le cadre fédéral de prévention du suicide*, L.C. 2012, ch. 30, Sommaire.

Conformément à la Loi, l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) a organisé des consultations et des réunions avec d'autres ministères fédéraux, des organisations non gouvernementales, des organisations autochtones nationales, des représentants des gouvernements provinciaux et territoriaux, des intervenants du milieu communautaire et des membres du grand public pour recueillir des informations susceptibles d'éclairer l'élaboration du Cadre.

Le fruit de ces consultations – le Cadre fédéral de prévention du suicide – a été publié le 24 novembre 2016. « [Le Cadre] 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 suicide² ». La vision du Cadre est celle d'un « Canada où on prévient le suicide et où chacun vit avec espoir et résilience », et sa mission est de « [p]révenir 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 problème³ ».

La Loi charge le gouvernement du Canada d'exercer les six principales responsabilités suivantes liées au futur Cadre⁴ :

1. fournir des lignes directrices visant à sensibiliser et à informer davantage le public au sujet du suicide;
2. diffuser de l'information sur le suicide, notamment de l'information sur 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.

Ces six éléments législatifs ont été intégrés au Cadre et organisés sous trois objectifs stratégiques⁵ :

1. réduire la stigmatisation et sensibiliser davantage le public;
2. relier les Canadiens, l'information et les ressources;
3. encourager l'utilisation de la recherche et de l'innovation dans les activités de prévention du suicide.

² Agence de la santé publique du Canada, « [Introduction](#) », *Travailler ensemble pour prévenir le suicide au Canada : Cadre fédéral de prévention du suicide*, 24 novembre 2016.

³ Agence de la santé publique du Canada, « [Aperçu du Cadre](#) », *Travailler ensemble pour prévenir le suicide au Canada : Cadre fédéral de prévention du suicide*, 24 novembre 2016.

⁴ *Loi sur le cadre fédéral de prévention du suicide*, L.C. 2012, ch. 30, par. 2b).

⁵ Agence de la santé publique du Canada, « [Aperçu du Cadre](#) », *Travailler ensemble pour prévenir le suicide au Canada : Cadre fédéral de prévention du suicide*, 24 novembre 2016.

Le Cadre comportait aussi cinq principes directeurs destinés à orienter « l'approche adoptée et les mesures prises pour atteindre les objectifs stratégiques fixés dans le Cadre⁶ » :

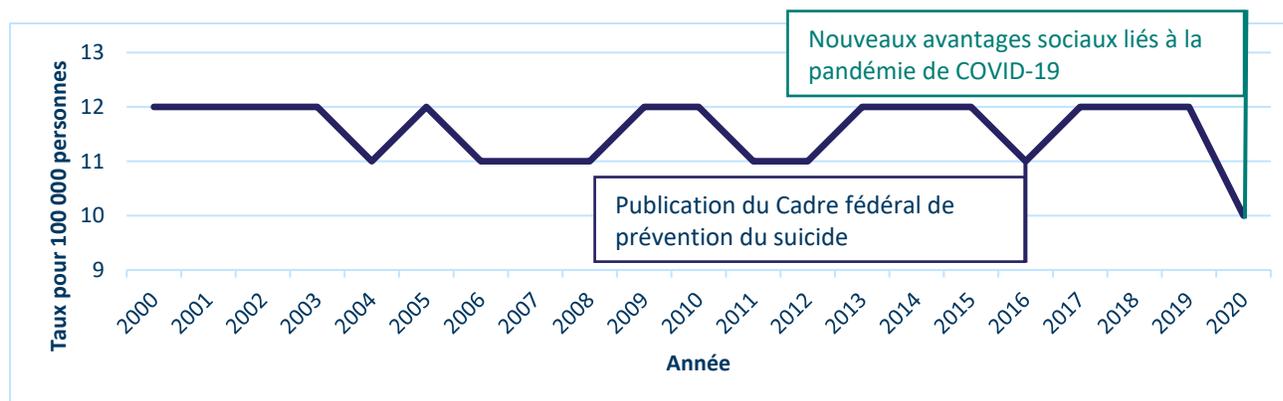
1. renforcer l'espoir et la résilience;
2. compléter les initiatives actuelles de prévention du suicide;
3. s'appuyer sur la recherche en cours et sur les meilleures données probantes disponibles;
4. appliquer une approche de santé publique;
5. tirer parti des partenariats.

En dépit d'un objectif, d'une vision, d'une mission, de trois objectifs stratégiques, de six grands éléments d'action législatifs et de cinq principes directeurs, le Cadre n'a pas permis concrètement de prévenir des suicides au Canada.

Tendances et données relatives au taux de suicide au Canada

Comme le montre la figure 1, le taux de suicide⁷ au Canada n'a pas beaucoup varié depuis 2000 : il se maintient à environ 11 cas pour 100 000 personnes⁸.

Figure 1 : Taux de suicide au Canada pour 100 000 personnes (2000-2020)



Source : Statistique Canada, « [Tableau 71-607-X : Visualisation de la mortalité au Canada : taux et effectifs par groupe d'âge pour certaines causes de décès](#) », base de données consultée le 13 décembre 2022.

Le D^r Tyler Black, professeur adjoint d'enseignement clinique au Département de psychiatrie de l'Université de la Colombie-Britannique, a présenté une vision plus nuancée de cette « stabilité » apparente. Il a affirmé qu'« il y a eu une tendance à la baisse légère, quoique significative » dans le taux de suicide de 2000 à 2012, suivie d'une hausse, mais ponctuée de deux années aberrantes

⁶ Agence de la santé publique du Canada, « [Aperçu du Cadre](#) », [Travailler ensemble pour prévenir le suicide au Canada : Cadre fédéral de prévention du suicide](#), 24 novembre 2016.

⁷ Les taux de mortalité (dont le taux de suicide) au Canada sont généralement présentés sous forme de taux par groupe d'âge pour 100 000 personnes au 1^{er} juillet de l'année visée.

⁸ Statistique Canada, « [Tableau 71-607-X : Visualisation de la mortalité au Canada : taux et effectifs par groupe d'âge pour certaines causes de décès](#) », base de données consultée le 13 décembre 2022.

en 2016 et en 2020⁹. En 2020, le taux de suicide a reculé pour atteindre 10 suicides pour 100 000 personnes, ce que les témoins ont expliqué par l'offre accrue de soutiens financiers et psychologiques aux Canadiens et par le besoin d'une plus grande solidarité pendant la pandémie de COVID-19. Nitika (Rewari) Chunilall, directrice des Programmes de prévention et de promotion de la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC), a abondé dans le même sens. Elle a indiqué que « le traumatisme collectif lié à la pandémie de la COVID-19 a pu entraîner une baisse des taux de suicide en 2020, reflétant peut-être les effets de la cohésion sociale et de la souffrance partagée¹⁰ ».

Bien qu'il y ait eu une légère baisse du taux de suicide, la ministre Bennett a observé que, de 2020 à 2022, de nombreuses personnes au Canada ont signalé davantage d'anxiété, de dépression et de solitude, et que les pensées suicidaires étaient « beaucoup plus répandues » en 2021 qu'en 2019¹¹. Statistique Canada a rapporté que, chez les adultes, la prévalence des idées suicidaires depuis le début de la pandémie atteignait 4,2 %, contre 2,7 % en 2019, avant la pandémie¹². Puisque des données détaillées pour l'année 2021 ne sont pas encore disponibles, il est difficile d'affirmer que la hausse des pensées suicidaires se traduira par une augmentation du taux de suicide.

Aussi bien les témoignages que les données montrent que la pandémie de la COVID-19 et les mesures connexes de soutien social qui ont été prises ont eu une plus grande incidence que le Cadre sur le taux de suicide au Canada.

« JE DIRAIS QUE L'ÉVALUATION DU CADRE FÉDÉRAL EST PLUTÔT MAUVAISE. S'IL N'Y AVAIT PAS EU LA PANDÉMIE DE LA COVID-19, LES MESURES DE SOUTIEN ÉCONOMIQUE, L'EFFET DE REGROUPEMENT ET AUTRES FACTEURS, JE NE PENSE PAS QU'IL Y AURAIT EU UNE DIMINUTION DE 17 % DES SUICIDES EN 2020. LES TAUX AUGMENTAIENT DEPUIS L'ADOPTION DU CADRE. »

D^R TYLER BLACK, PROFESSEUR ADJOINT D'ENSEIGNEMENT CLINIQUE, DÉPARTEMENT DE PSYCHIATRIE, UNIVERSITÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

Points forts du Cadre fédéral de prévention du suicide

Malgré les vives critiques formulées à l'égard de la version actuelle du Cadre, les témoins ont également ressorti les bons éléments qu'ils espèrent retrouver dans la version mise à jour.

⁹ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 5 octobre 2022 (D^r Tyler Black, professeur adjoint d'enseignement clinique, Département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique, à titre personnel).

¹⁰ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 20 octobre 2022 (Nitika (Rewari) Chunilall, directrice, Programmes de prévention et de promotion, Commission de la santé mentale du Canada).

¹¹ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 29 septembre 2022 (l'honorable Carolyn Bennett, C.P., députée, ministre de la Santé mentale et des Dépendances).

¹² Statistique Canada, « Prévalence des idées suicidaires chez les adultes au Canada : résultats de la deuxième Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale », *Rapports sur la santé*, 18 mai 2022.

Plusieurs experts ont vanté l'importance accordée aux soins de santé publique et aux interventions cliniques. E. David Klonsky, professeur de psychologie à l'Université de la Colombie-Britannique, a indiqué qu'un des points forts du Cadre est « qu'il dissocie le suicide de la maladie mentale et qu'il englobe une approche de santé publique¹³ ». De même, Mara Grunau, directrice générale de l'organisme Centre for Suicide Prevention, a affirmé que « pour réduire le suicide, nous avons besoin d'une approche en santé mentale axée sur les personnes et d'une approche en santé publique axée sur les populations¹⁴ ».

Les témoins ont aussi aimé le fait que le Cadre appuie l'échange de connaissances entre les chercheurs et les praticiens. Le D^r Sidney Kennedy, professeur de psychiatrie à l'Université de Toronto, a fait remarquer que le Cadre a comme point fort de relier les Canadiens, de fournir des informations et des ressources et d'accélérer la recherche¹⁵. La D^{re} Allison Crawford, cheffe adjointe des soins virtuels de santé mentale et des programmes d'extension du Centre de toxicomanie et de santé mentale, a ajouté que le Cadre « a regroupé divers partenaires pour faire le point sur la prévention du suicide au Canada¹⁶ ».

Points faibles du Cadre fédéral de prévention du suicide

À l'exception de quelques points forts bien précis, la majorité des témoignages devant le comité ont porté sur les points faibles du Cadre et les mesures à prendre pour le renforcer.

« LE CADRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE NE PEUT PAS ÊTRE FONDÉ SUR DES VŒUX PIEUX NI ÊTRE ÉPHÉMÈRE; IL DOIT ÊTRE ASSOCIÉ À DES RÉSULTATS TANGIBLES ET À DÉCLARATION OBLIGATOIRE, COMME UNE RÉDUCTION DES DÉCÈS, DES HOSPITALISATIONS OU DES TENTATIVES DE SUICIDE. LES GENS QUI ONT DES PENSÉES SUICIDAIRES ET LES FAMILLES QUI SURVIVENT À UN SUICIDE N'ONT PAS BESOIN DE DOCUMENTS CONTENANT DES PLATITUDES OU DES MOTS GENTILS, MAIS DE MESURES GOUVERNEMENTALES QUI CRÉENT DES AVANTAGES TANGIBLES ET MESURABLES. »

D^r TYLER BLACK, PROFESSEUR ADJOINT D'ENSEIGNEMENT CLINIQUE, DÉPARTEMENT DE PSYCHIATRIE, UNIVERSITÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

Le comité a appris que, dans sa forme actuelle, le Cadre n'encourage pas la mise en œuvre d'interventions et de programmes dont l'efficacité pour réduire le taux de suicide a été démontrée

¹³ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 5 octobre 2022 (E. David Klonsky, professeur, Département de psychologie, Université de la Colombie-Britannique, à titre personnel).

¹⁴ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 5 octobre 2022 (Mara Grunau, directrice générale, Centre for Suicide Prevention).

¹⁵ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 6 octobre 2022 (D^r Sidney Kennedy, professeur, Département de psychiatrie, Université de Toronto, à titre personnel).

¹⁶ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 5 octobre 2022 (D^{re} Allison Crawford, cheffe adjointe des soins virtuels de santé mentale et des programmes d'extension, et coprésidente d'ECHO Ontario et d'ECHO Ontario santé mentale, Centre de toxicomanie et de santé mentale).

par des données probantes, et que l'insuffisance et le manque de cohérence des données existantes ne permettent pas de déterminer l'impact réel des interventions et des programmes. Les témoins ont aussi fait valoir que le Cadre se situe davantage dans l'abstrait que dans le concret et qu'il accorde plus d'importance aux sentiments qu'aux faits.

« LA VISION QUI SOUS-TEND LE CADRE EST AXÉE SUR L'ESPOIR ET LA RÉSILIENCE, CE QUI EST TRÈS BIEN, MAIS JE POURRAIS SUGGÉRER D'INCLURE LE SENS ET LA CONNECTIVITÉ. JE PENSE QUE CE SERAIT TOUT AUSSI BIEN ACCUEILLI, MAIS DAVANTAGE FONDÉ SUR DES FAITS. »

E. DAVID KLONSKY, PROFESSEUR, DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE, UNIVERSITÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

Les interventions fondées sur des données probantes

À la base, les interventions fondées sur des données probantes sont des traitements, des programmes, des politiques et des pratiques dont l'efficacité a été prouvée par des résultats mesurables et des évaluations. De nombreux témoins ont dit au comité que la version actuelle du Cadre ne met pas l'accent sur l'utilisation d'interventions fondées sur des données probantes, ce qui peut non seulement entraîner le gaspillage de fonds publics, mais aussi, comme on l'a vu, se révéler inefficace pour prévenir le suicide. La D^{re} Joanna Henderson, directrice du Centre Margaret et Wallace McCain pour la santé mentale des enfants, des jeunes et des familles, a affirmé que « le Cadre doit être renforcé en mettant davantage l'accent sur l'intervention clinique, les pratiques éprouvées et les données sur les résultats obtenus¹⁷ ».

Les témoins sont revenus sur l'utilité des mesures de santé publique et des interventions cliniques prévues dans le Cadre. Ils ont expliqué que les deux approches correspondent à des niveaux de traitements différents, l'un général et l'autre individualisé. Selon Tyler Black, « [l']importance de l'aspect clinique vient du fait que nous savons que les gens qui ont une maladie mentale ou d'autres formes de souffrance peuvent interagir avec des professionnels, et que ces professionnels, s'ils ont les connaissances, la formation et le soutien nécessaires, peuvent en fait faire partie de la prévention du suicide¹⁸ ».

Toutefois, pour ce qui est de déterminer quelles pratiques fondées sur des données probantes à intégrer dans le Cadre actualisé, à l'heure actuelle, les options sont limitées, surtout pour ce qui est des interventions cliniques. E. David Klonsky a fait une mise en garde sur le degré d'efficacité de la plupart des interventions cliniques actuelles : « [c]'est mieux que rien, mais pas beaucoup

¹⁷ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 5 octobre 2022 (D^{re} Joanna Henderson, directrice, Centre Margaret et Wallace McCain pour la santé mentale des enfants, des jeunes et des familles, et chercheuse principale, Programme pour les enfants, les jeunes et les nouveaux adultes).

¹⁸ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 5 octobre 2022 (D^r Tyler Black, professeur adjoint d'enseignement clinique, Département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique, à titre personnel).

mieux¹⁹ ». Il a néanmoins reconnu que : « nous devons également mettre l'accent sur la mise au point de nouveaux traitements en utilisant les connaissances les plus récentes qui n'ont pas encore été intégrées aux traitements existants reconnus²⁰ ».

« LES PRATIQUES EXEMPLAIRES SONT IMPORTANTES, MAIS CE NE SONT PEUT-ÊTRE PAS DES TRAITEMENTS FONDÉS SUR DES DONNÉES TRÈS PROBANTES. JE PENSE ÉGALEMENT QU'IL Y A UN RISQUE À APPROUVER DES TRAITEMENTS EN FONCTION DE LEUR ACCESSIBILITÉ PLUTÔT QU'EN FONCTION DE L'EFFICACITÉ ET, EN FAIT, D'UNE SÉCURITÉ ÉPROUVÉES. »

D^R SIDNEY KENNEDY, PROFESSEUR DE PSYCHIATRIE, UNIVERSITÉ DE TORONTO

Le comité a appris que, jusqu'à présent, la restriction des moyens est la seule mesure de santé publique ayant une incidence démontrée sur le suicide. Des témoins ont aussi indiqué qu'il existe des preuves confirmant l'utilité d'enseigner aux médecins de première ligne à reconnaître, à diagnostiquer et à traiter la dépression.

Restriction des moyens

On entend par « moyens » les méthodes qu'une personne peut utiliser pour tenter de se suicider. La restriction des moyens diminue l'accès aux méthodes les plus courantes et les plus létales. Puisque, dans bien des cas, les crises qui déclenchent une tentative de suicide sont de courte durée, entraver et ralentir l'accès aux moyens permettant de se donner la mort est une bonne façon de prévenir le suicide.

« UNE PERSONNE QUI SURVIT À UNE TENTATIVE DE SUICIDE N'A QUE 20 % DE CHANCES DE MOURIR PAR SUICIDE PAR LA SUITE; IL EST DONC IMPORTANT D'ESSAYER D'EMPÊCHER LE PLUS POSSIBLE QUE LES GENS AIENT ACCÈS AUX MÉTHODES LES PLUS MEURTRIÈRES. »

D^R J. JOHN MANN, DIRECTEUR, CENTRE CONTE POUR LA PRÉVENTION DU SUICIDE, UNIVERSITÉ COLUMBIA

E. David Klonsky a fait remarquer que la restriction des moyens était « la seule intervention vraiment fondée sur des données probantes au niveau de la population » et a vivement recommandé qu'elle soit mise en valeur dans une version améliorée du Cadre²¹. Nitika (Rewari) Chunilall partageait son avis : « L'une des façons les plus efficaces de prévenir le suicide est

¹⁹ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 5 octobre 2022 (E. David Klonsky, professeur, Département de psychologie, Université de la Colombie-Britannique, à titre personnel).

²⁰ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 5 octobre 2022 (E. David Klonsky, professeur, Département de psychologie, Université de la Colombie-Britannique, à titre personnel).

²¹ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 5 octobre 2022 (E. David Klonsky, professeur, Département de psychologie, Université de la Colombie-Britannique, à titre personnel).

d'assurer la sécurité et la restriction des moyens²² ». Le Dr J. John Mann, directeur du Centre Conte pour la prévention du suicide à l'Université Columbia, a exposé son point de vue comme Américain²³ :

[C]omme vous le savez, au sud de la frontière, aux États-Unis, il existe un gros problème concernant les armes à feu que certains utilisent pour mettre fin à leurs jours. La moitié des suicides aux États-Unis sont le résultat de blessures auto-infligées par une arme à feu. Le problème avec les armes à feu, c'est que le taux de mortalité par tentative est extrêmement élevé, et il est très difficile de sauver des gens. Si nous pouvions empêcher les gens d'avoir accès aux méthodes les plus létales, ils seraient alors forcés d'utiliser des méthodes moins létales, ce qui nous donnerait une occasion de les décourager de passer à l'acte.

Tyler Black a informé le comité que le suicide au moyen d'une arme à feu n'était pas unique au contexte américain. Il a déclaré que, même si la pendaison et la suffocation étaient les moyens les plus courants de se suicider au Canada, dans l'ensemble, le suicide au moyen d'une arme à feu était plus fréquent dans les régions rurales et éloignées²⁴. Le Centre de prévention du suicide a fait un suivi et proposé des recommandations en vue de restreindre davantage l'accès aux armes à feu comme moyen de suicide à l'avenir, y compris en continuant à limiter la possession d'armes à feu et en renforçant la surveillance frontalière du trafic d'armes à feu²⁵.

Le Centre de prévention du suicide a fait part d'autres possibilités de restriction des moyens, notamment dans les transports (le train et le métro), l'infrastructure et les produits pharmaceutiques, car il n'y a pas actuellement d'initiatives entreprises pour contribuer à prévenir le suicide de cette manière²⁶.

²² Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 20 octobre 2022 (Nitika (Rewari) Chunilall, directrice, Programmes de prévention et de promotion, Commission de la santé mentale du Canada).

²³ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 6 octobre 2022 (Dr J. John Mann, directeur, Centre Conte pour la prévention du suicide, Université Columbia, à titre personnel).

²⁴ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 5 octobre 2022 (Dr Tyler Black, professeur adjoint d'enseignement clinique, Département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique, à titre personnel).

²⁵ Centre for Suicide Prevention, *Initiatives de prévention du suicide au Canada*, mémoire présenté au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 28 octobre 2022.

²⁶ Centre for Suicide Prevention, *Initiatives de prévention du suicide au Canada*, mémoire présenté au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 28 octobre 2022.

« MÊME SI LES GENS EN SONT À UN POINT OÙ ILS ONT UN DÉSIR SUICIDAIRE À CAUSE DE LA DOULEUR, DU DÉSESPOIR ET PEUT-ÊTRE D'UNE MOINS GRANDE CONNECTIVITÉ, ILS DOIVENT QUAND MÊME AVOIR LA CAPACITÉ DE FAIRE UNE TENTATIVE DE SUICIDE, CE QUI PRÉSUPPOSE UNE CERTAINE DOSE DE COURAGE POUR FAIRE QUELQUE CHOSE D'AUSSE EFFRAYANT, ET LES MOYENS PRATIQUES DE LE FAIRE. »

E. DAVID KLONSKY, PROFESSEUR, DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE, UNIVERSITÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

Formation des médecins de soins primaires

Des témoins ont parlé au comité du rôle que jouent les médecins de soins primaires pour identifier et prendre en charge les personnes à risque de se suicider. Selon eux, la formation donnée à cet égard s'est révélée utile pour prévenir le suicide. Il conviendrait donc d'étudier ce type de formation de plus près pour déterminer si son efficacité est attestée par des données probantes.

John Mann a présenté les résultats d'un article qu'il a rédigé en collaboration avec des pairs pour *l'American Journal of Psychiatry*, dans lequel il mentionne que : « la mesure probablement la plus efficace [pour prévenir le suicide] démontrée dans les études [...] est de former les médecins de soins primaires pour mieux reconnaître et diagnostiquer la dépression majeure pour ensuite la traiter plus efficacement²⁷ ». Il a également indiqué que la plupart des personnes qui se suicident aux États-Unis consulteront deux fois plus de médecins de soins primaires, d'internistes ou d'obstétriciens-gynécologues que de psychiatres ou de professionnels de la santé mentale, ce qui l'amène à conclure que les programmes de formation actuels pourraient être étendus aux médecins internes, aux urgentologues, aux obstétriciens-gynécologues, notamment, « ce qui pourrait avoir un effet multiplicateur²⁸ ».

Sidney Kennedy a précisé pour sa part que les médecins de soins primaires n'ont pas nécessairement à faire un dépistage dans toute la population : « Je pense que nous n'avons pas cerné, dans le cadre de nos services de santé mentale, les personnes qui ont besoin d'un traitement intensif, alors que les spécialistes ne font, en quelque sorte, presque pas d'interventions primaires. Ils font des interventions tertiaires²⁹. » John Mann a aussi souligné qu'« il est clair, d'après ce genre d'interventions en éducation médicale, qu'il faut un programme d'éducation permanente avec des cours de mise à jour; sinon, tout ce qui a été enseigné sera oublié après deux ans³⁰ ». La ministre Bennett a fait savoir quant à elle que le Collège des médecins de famille du Canada compte porter de deux à trois ans la résidence pour ajouter de la formation en santé

²⁷ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 6 octobre 2022 (D^r J. John Mann, directeur, Centre Conte pour la prévention du suicide, Université Columbia, à titre personnel).

²⁸ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 6 octobre 2022 (D^r J. John Mann, directeur, Centre Conte pour la prévention du suicide, Université Columbia, à titre personnel).

²⁹ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 6 octobre 2022 (D^r Sidney Kennedy, professeur, Département de psychiatrie, Université de Toronto, à titre personnel).

³⁰ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 6 octobre 2022 (D^r J. John Mann, directeur, Centre Conte pour la prévention du suicide, Université Columbia, à titre personnel).

mentale ainsi que sur les dépendances et la douleur³¹. Heather Jeffrey, sous-ministre déléguée à Santé Canada, a ajouté que cette prolongation était « précisément pour s'assurer que les nouveaux médecins de famille connaissent bien le domaine de la santé mentale et de la toxicomanie et se sentent prêts à traiter des cas de ce genre » afin d'éviter que des personnes soient aiguillées vers des spécialistes « qui sont en nombre insuffisant et dont tous les patients n'ont peut-être pas besoin³² ».

« S'IL ÉTAIT POSSIBLE DE FORMER LES MÉDECINS DE SOINS PRIMAIRES DU PAYS POUR QU'ILS PUISSENT MIEUX RECONNAÎTRE ET TRAITER LA DÉPRESSION, NOUS POURRIONS SAUVER BEAUCOUP DE VIES. »

D^R J. JOHN MANN, DIRECTEUR, CENTRE CONTE POUR LA PRÉVENTION DU SUICIDE, UNIVERSITÉ COLUMBIA

La collecte de données, la recherche et la mesure des résultats

Même si la collecte de données, les priorités de recherche et l'évaluation des résultats ont été désignées séparément comme des éléments à améliorer dans une future version du Cadre, elles sont toutes interdépendantes. Les priorités de recherche orientent la collecte des données, les données disponibles influent sur les possibilités de recherche et la qualité de l'évaluation des résultats dépend de l'exactitude des données recueillies.

« IL Y A AUSSI DES ANTÉCÉDENTS EN SUICIDOLOGIE DE GENS BIEN INTENTIONNÉS QUI ONT DES IDÉES, QUI CRÉENT DES TRAITEMENTS DE GROUPE ET QUI FONT DES CHOSES AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE QUI NE SONT PAS UTILES OU QUI SONT MÊME PARFOIS NUISIBLES ET RISQUENT MÊME D'ACCROÎTRE LE RISQUE DE SUICIDE. »

E. DAVID KLONSKY, PROFESSEUR DE PSYCHOLOGIE, UNIVERSITÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

Collecte et diffusion des données

On peut considérer la collecte et la diffusion des données comme l'assise sur laquelle reposent la recherche et les résultats. Les témoins ont fait ressortir les lacunes et les obstacles qui empêchent la collecte et la diffusion adéquates des données sur les suicides et les tentatives de suicide.

³¹ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 29 septembre 2022 (l'honorable Carolyn Bennett, C.P., députée, ministre de la Santé mentale et des Dépendances).

³² Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 29 septembre 2022 (Heather Jeffrey, sous-ministre déléguée, Santé Canada).

« INVESTIR POUR AVOIR UN ACCÈS RAPIDE À DES DONNÉES INFORMATIVES SUR LE SUICIDE ET LES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES CHANGERA LA DONNEE POUR LES COLLECTIVITÉS DE TOUT LE CANADA. LES DONNÉES JOUENT UN RÔLE CRUCIAL QUAND IL S'AGIT DE SAVOIR QUI EST À RISQUE, POURQUOI, DANS QUELLES CIRCONSTANCES, À QUELLE FRÉQUENCE, QUELS MOYENS SONT UTILISÉS ET OÙ SE TROUVENT LES POSSIBILITÉS D'INTERVENTION ET DE PRÉVENTION. IL DOIT S'AGIR D'UNE PRIORITÉ ABSOLUE, CAR L'ABSENCE D'UN ACCÈS RAPIDE À DES DONNÉES TIRÉES DE PLUSIEURS SYSTÈMES SIGNIFIE SOUVENT DES OCCASIONS MANQUÉES ET DES VIES PERDUES. »

NITIKA (REWARI) CHUNILALL, DIRECTRICE, PROGRAMMES DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION, COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA

Tant au Canada qu'ailleurs, l'un des problèmes que posent les données sur le suicide est que le taux de suicide est probablement sous-déclaré. Dans un mémoire présenté au comité, le Centre for Suicide Prevention a déclaré que le taux de suicide annuel au Canada est probablement de 10 à 30 % plus élevé que ce qui est déclaré³³. La sous-déclaration est un effet secondaire de la stigmatisation et du manque de normalisation de la manière dont les informations relatives au suicide sont enregistrées et communiquées.

Heather Jeffrey a cité comme principal facteur le fait que les coroners et les soignants veulent épargner à la famille la douleur de cette conclusion, compte tenu de la stigmatisation et du sentiment de culpabilité qu'elle peut susciter³⁴. Stephanie Priest, directrice générale du Centre de santé mentale et de bien-être de l'ASPC, a souligné que l'équipe de surveillance de l'Agence « s'emploie à resserrer les liens avec les coroners et les médecins légistes en chef pour remédier au problème ou à la déclaration erronée de certains décès, leur catégorisation et leur codage³⁵ ». Le phénomène de la sous-déclaration des suicides pourrait être plus marqué chez certains groupes de la population. Wendy Stewart, directrice de la succursale Bien-être Communautaire de la Métis Nation of Ontario, a mentionné que « les rares données sur la santé suggèrent que les statistiques les plus facilement accessibles sous-estiment les disparités et les résultats de la santé des Métis³⁶ ».

En ce qui concerne le type de données à recueillir, les témoins ont plaidé pour une plus grande normalisation entre les juridictions, en plus d'une approche maximaliste des données relatives au suicide. E. David Klonsky a recommandé que le Canada fasse une surveillance des tentatives de

³³ Centre for Suicide Prevention, *Écarts dans les données sur le suicide au Canada*, mémoire soumis au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 28 octobre 2022.

³⁴ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 29 septembre 2022 (Heather Jeffrey, sous-ministre déléguée, Santé Canada).

³⁵ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 29 septembre 2022 (Stephanie Priest, directrice générale, Centre de santé mentale et de bien-être, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention de maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada).

³⁶ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 19 octobre 2022 (Wendy Stewart, directrice, succursale Bien-être Communautaire, Métis Nation of Ontario, Ralliement national des Métis).

suicide n'ayant pas mené à un décès, et de l'idéation suicidaire, en précisant que « la plupart des tentatives ne se soldent pas par un décès³⁷ ». Il a ajouté qu'il est important de ne pas regrouper les données sur les suicides, les tentatives de suicide et les idées suicidaires et celles sur les actes d'automutilation non suicidaires, ces derniers étant beaucoup plus fréquents et souvent associés à des facteurs différents de ceux liés au suicide et aux tentatives de suicide³⁸. Rhonda Kropp, vice-présidente, Recherche – Stratégie aux Instituts de recherche en santé du Canada, a expliqué l'importance de définir la nature des données indispensables pour répondre à diverses questions, notamment les données de surveillance, les données de recherche et les méthodologies³⁹.

Les témoins ont également insisté sur la nécessité d'intégrer au système de soins des données plus opportunes et interconnectées. Tyler Black a parlé de l'importance de disposer de données opportunes, notant qu'« il faut un soutien fédéral, probablement, pour créer une surveillance en temps réel ou quasi réel »; il a ajouté plus tard que la capacité à diffuser les résultats à l'échelle nationale et à le faire rapidement est essentielle pour pouvoir les utiliser⁴⁰. À ce propos, Joanna Henderson a recommandé la mise en place et le financement d'une plateforme de données intégrées pour faciliter la collecte et la diffusion des données provenant des hôpitaux, des services communautaires de santé mentale, des programmes de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie et, ultimement, des professionnels de la recherche⁴¹. Rhonda Kropp a insisté sur l'importance de l'évaluation continue : « Nous avons l'occasion, je pense, de réfléchir à l'idée d'intégrer les évaluations dans la prestation même des soins afin d'obtenir des données probantes qui pourront être générées et utilisées plus rapidement qu'à l'heure actuelle⁴² ».

³⁷ E. David Klonsky, *Complément d'information*, mémoire soumis au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 27 octobre 2022.

³⁸ E. David Klonsky, *Complément d'information*, mémoire soumis au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 27 octobre 2022.

³⁹ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 29 septembre 2022 (Rhonda Kropp, vice-présidente, Recherche – Stratégie, Instituts de recherche en santé du Canada).

⁴⁰ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 5 octobre 2022 (D' Tyler Black, professeur adjoint d'enseignement clinique, Département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique, à titre personnel).

⁴¹ Joanna Henderson, *Information de suivi fournie au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie pour l'examen concernant le Cadre fédéral de prévention du suicide*, mémoire soumis au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 28 octobre 2022.

⁴² Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 29 septembre 2022 (Rhonda Kropp, vice-présidente, Recherche – Stratégie, Instituts de recherche en santé du Canada).

« IL FAUT UNIFORMISER LES DONNÉES DISPONIBLES POUR SUIVRE LA SITUATION À L'ÉCHELLE NATIONALE. IL FAUT QU'ELLES SOIENT PLUS ACTUELLES POUR QUE NOUS PUISSIONS DÉCELER LES TENDANCES À MESURE QU'ELLES SE DESSINENT. IL FAUT UNIFORMISER ENTRE LES PROVINCES — QUELLES DONNÉES ELLES RECUEILLENENT LORSQU'UNE PERSONNE MET FIN À SES JOURS. NOUS NE SAVONS PAS CE QUE NOUS MESURONS À L'HEURE ACTUELLE, ALORS IL EST TRÈS DIFFICILE DE BIEN ÉVALUER LES CHOSSES. »

D^{RE} ALLISON CRAWFORD, CHEFFE ADJOINTE DES SOINS VIRTUELS DE SANTÉ MENTALE ET DES PROGRAMMES D'EXTENSION, COPRÉSIDENTE D'ECHO ONTARIO ET D'ECHO ONTARIO SANTÉ MENTALE, CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE

Pour dissiper les préoccupations sur le manque de données, Joanna Henderson a rappelé qu'il ne faut pas laisser de côté les données déjà disponibles. À son avis, il faut « tirer parti de ce que nous avons déjà en place. Nous devons faire le meilleur usage des plateformes de données communes et des ensembles de données minimaux [et nous] ne pouvons pas attendre d'avoir de meilleures mesures parce qu'il nous faudra alors beaucoup de temps pour arriver à nos fins⁴³ ».

Allison Crawford a également dit qu'il faut se garder de trop compter sur les données quantitatives. En effet, celles-ci « sont importantes, mais les données qualitatives le sont tout autant, car elles permettent de bien comprendre les points de vue des gens avant de savoir ce qu'il faut mesurer dans la santé des populations⁴⁴ ».

Plusieurs témoins ont mentionné l'importance des données désagrégées, surtout dans le cas des groupes surreprésentés dans le taux de suicide. Tyler Black a posé la question suivante : « Si, comme pays, nous avons la prétention de nous soucier du suicide chez les 2ELGBTQI+, pourquoi n'avons-nous pratiquement aucune information sur les décès par suicide, les tentatives de suicide ou les hospitalisations qui y font suite à leur sujet⁴⁵? » Mara Grunau a également parlé de l'importance des données désagrégées. Elle a indiqué que « certains groupes de personnes ou groupes prioritaires sont plus touchés par le suicide que la population en général » et qu'actuellement, il n'y a pas de façon systématique plus pratique de recueillir les données⁴⁶. Elle a donc proposé d'élargir et de normaliser les certificats de décès ainsi que de collecter d'autres renseignements comme l'indigénité, l'ethnicité, la profession et l'identité de genre.

⁴³ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 5 octobre 2022 (D^{re} Joanna Henderson, directrice, Centre Margaret et Wallace McCain pour la santé mentale des enfants, des jeunes et des familles, et chercheuse principale, Programme pour les enfants, les jeunes et les nouveaux adultes).

⁴⁴ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 5 octobre 2022 (D^{re} Allison Crawford, cheffe adjointe des soins virtuels de santé mentale et des programmes d'extension, et coprésidente d'ECHO Ontario et d'ECHO Ontario santé mentale, Centre de toxicomanie et de santé mentale).

⁴⁵ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 5 octobre 2022 (D^r Tyler Black, professeur adjoint d'enseignement clinique, Département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique, à titre personnel).

⁴⁶ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 5 octobre 2022 (Mara Grunau, directrice générale, Centre for Suicide Prevention).

Priorités et programmes de recherche

Comme il y a peu de choix d'interventions contre le suicide fondées sur des données probantes, la recherche est un outil essentiel pour concevoir et étudier de nouvelles formes d'interventions et d'approches. Si, dans un Cadre mis à jour, on consacrait une part importante des efforts à la collecte de données, on préparerait la voie pour bien définir les priorités de recherche.

Les témoins ont fait remarquer qu'à l'heure actuelle, rien n'oriente la recherche sur la prévention du suicide au Canada. Gustavo Turecki a affirmé qu'« [i]l n'y a pas de politique claire au Canada pour promouvoir la recherche sur le suicide. Il y a certainement des recherches sur le suicide, mais il n'y a pas de plan d'action en tant que tel⁴⁷. » E. David Klonsky a ajouté qu'un obstacle à l'avancement de la recherche sur la prévention du suicide tient au manque de consensus chez les spécialistes sur la meilleure façon de comprendre le suicide et de traiter ce problème. Il a donc affirmé que le gouvernement du Canada devrait sans doute donner la priorité à certains champs de recherche, voire à des chercheurs en particulier⁴⁸.

« IL EST ESSENTIEL D'INVESTIR DANS LA RECHERCHE. NOUS DEVONS INVESTIR MASSIVEMENT DANS LE DÉVELOPPEMENT DE NOUVELLES CONNAISSANCES POUR CERNER PLUS PRÉCISÉMENT LES PERSONNES À RISQUE ET DÉTERMINER ENSUITE COMMENT MIEUX RÉPONDRE. »

D^R GUSTAVO TURECKI, PROFESSEUR TITULAIRE ET DIRECTEUR, DÉPARTEMENT DE PSYCHIATRIE, UNIVERSITÉ MCGILL

Certains témoins ont fait des observations précises sur l'importance d'employer des approches adaptées à la culture dans la collecte de données et la recherche. Stephanie Priest a reconnu qu'il existe des lacunes dans la recherche sur la stigmatisation structurelle. Elle a aussi insisté sur la nécessité « de mieux comprendre certains des autres obstacles systémiques plus larges et la manière dont ils influent sur les différents groupes en ce qui concerne la recherche d'aide en particulier, mais aussi comment ces obstacles nuisent à la prévention du suicide et à l'accès aux services⁴⁹ ».

Joanna Henderson a parlé du fait que la collecte de données et la recherche modernes ont été établies dans un système colonialiste⁵⁰ :

⁴⁷ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 6 octobre 2022 (D^r Gustavo Turecki, professeur titulaire et directeur, Département de psychiatrie, Université McGill, à titre personnel).

⁴⁸ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 5 octobre 2022 (E. David Klonsky, professeur, Département de psychologie, Université de la Colombie-Britannique, à titre personnel).

⁴⁹ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 29 septembre 2022 (Stephanie Priest, directrice générale, Centre de santé mentale et de bien-être, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention de maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada).

⁵⁰ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 5 octobre 2022 (D^{re} Joanna Henderson, directrice, Centre Margaret et Wallace McCain pour la santé mentale des enfants, des jeunes et des familles, et chercheuse principale, Programme pour les enfants, les jeunes et les nouveaux adultes).

[I]l faut éviter de s'en tenir seulement à nos données probantes actuelles, parce qu'elles dénotent une vision colonisatrice du savoir. Une partie de la solution à l'avenir sera de travailler de concert avec la communauté et d'avoir un leadership communautaire ancré dans la culture. Nous pourrions ainsi élargir notre définition du savoir et des données probantes, et emprunter de nouvelles avenues qui déboucheront sur des résultats [...] [N]ous devons voir comment soutenir la production de nouvelles données probantes et l'innovation dans ce domaine si nous voulons vraiment obtenir de meilleurs résultats, et aussi élargir notre démarche de recherche pour que les données ainsi produites soient plus inclusives et tiennent compte de la culture, de l'identité et de l'intersectionnalité davantage que par le passé.

Wendy Stewart était du même avis. Elle a déclaré qu'« il est essentiel que les communautés métisses aient accès aux données sur la santé appropriées pour bien comprendre et influencer les initiatives à ce sujet à l'avenir » et que, pour ce faire, il faut « inclure les données sur la santé des Métis de façon significative afin de mettre à profit les meilleures données probantes, connaissances et pratiques existantes⁵¹ ». Jocelyn Formsma, directrice exécutive de l'Association nationale des centres d'amitié (ANCA) a ajouté : « Comme on le sait, bien des organisations, communautés et gouvernements autochtones ne possèdent pas la capacité nécessaire pour recueillir et analyser les données eux-mêmes⁵². » Elle a aussi indiqué que même lorsque les données sont là, la capacité permettant de les analyser et de les diffuser fait défaut⁵³.

« BIEN QUE LE CADRE COMPORTE MAINTENANT DES DONNÉES, C'EST LA PREMIÈRE FOIS QUE NOUS EN PRENONS CONNAISSANCE. LES DONNÉES ONT ÉTÉ PRÉSENTÉES SANS CONSULTATION. DANS CERTAINES ANALYSES CONJOINTES EFFECTUÉES À L'HEURE ACTUELLE, ON PENSE SOUVENT AUX MÉTIS APRÈS COUP. TOUT CE QUE NOUS DEMANDONS, C'EST QU'UNE DISCUSSION POUSSÉE — VOUS SAVEZ, UN DIALOGUE SUR LES DONNÉES — AIT LIEU DÈS LE DÉPART. NOUS VOULONS ÉGALEMENT QUE DES CONSULTATIONS COMPLÈTES AIENT LIEU AFIN DE DEMANDER AUX COMMUNAUTÉS CE QU'UNE DONNÉE VEUT DIRE PLUTÔT QUE DE L'INTERPRÉTER SANS NOUS ET DE NOUS LA PRÉSENTER PAR LA SUITE. »

WENDY STEWART, DIRECTRICE, SUCCURSALE BIEN-ÊTRE COMMUNAUTAIRE, MÉTIS NATION OF ONTARIO

⁵¹ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 19 octobre 2022 (Wendy Stewart, directrice, succursale Bien-être Communautaire, Métis Nation of Ontario, Ralliement national des Métis).

⁵² Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 19 octobre 2022 (Jocelyn W. Formsma, directrice exécutive, Association nationale des centres d'amitié).

⁵³ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 19 octobre 2022 (Jocelyn W. Formsma, directrice exécutive, Association nationale des centres d'amitié).

Mesure des résultats et évaluation des progrès

Pour bien évaluer les résultats d'une initiative, il faut pouvoir comparer les données à des résultats mesurables. Or, l'absence de résultats mesurables dans le Cadre s'ajoute aux problèmes déjà mentionnés concernant les données sur la prévention du suicide au Canada. Il est donc difficile d'évaluer l'efficacité du Cadre sous un autre angle que celui de son incidence sur le taux de suicide, qui a été négligeable.

« IL EST VRAIMENT DIFFICILE DE FAIRE UNE ANALYSE COMPLÈTE DE LA QUESTION LORSQU'IL N'Y A PAS SUFFISAMMENT DE DONNÉES ET D'INFORMATIONS SUR L'INCIDENCE RÉELLE ET CERTAINES DES MESURES PRÉVENTIVES QUI ONT PU ÊTRE UTILISÉES. »

KIMBERLY FAIRMAN, DIRECTRICE GÉNÉRALE, INSTITUT DE RECHERCHE EN SANTÉ CIRCUMPOLAIRE

Le comité a appris qu'il faudrait ajouter des résultats mesurables et une composante d'évaluation au Cadre. Selon Mara Grunau, « nous devons élaborer un cadre d'évaluation complémentaire afin de connaître au fur et à mesure l'utilité des efforts déployés. Nous devons pouvoir mesurer ce qui fonctionne, où et pourquoi en vue de soutenir le plus grand nombre possible de personnes⁵⁴. » Gustavo Turecki a fait valoir qu'« il faut prendre des mesures précises pour déterminer ce que le Cadre doit accomplir et dans quel délai⁵⁵ ». À propos de la régularité des évaluations, Allison Crawford a également expliqué que « [l]'évaluation fréquente — que nous appelons souvent évaluation itérative ou évaluation rapide — est très importante. Il ne faut pas la faire seulement à la fin. Nous devons déceler les lacunes à mesure qu'elles apparaissent⁵⁶ ».

« UNE FAIBLESSE ÉVIDENTE EST QUE LE CADRE N'INTÈGRE AUCUNE COMPOSANTE D'ÉVALUATION. »

L'HONORABLE SÉNATEUR PATRICK BRAZEAU

Bien que le Cadre lui-même ne comporte pas de mécanismes d'évaluation intégrés, une partie de la *Loi sur le cadre fédéral de prévention du suicide* charge l'ASPC de faire rapport « à la population canadienne sur ses réalisations et activités liées au cadre fédéral de prévention du suicide » dans les quatre ans suivant l'entrée en vigueur de la Loi et tous les deux ans par la suite⁵⁷. Trois rapports ont déjà été déposés, en 2016, en 2018 et en 2020. Lors de leur comparution devant le comité en

⁵⁴ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 5 octobre 2022 (Mara Grunau, directrice générale, Centre for Suicide Prevention).

⁵⁵ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 6 octobre 2022 (D^r Gustavo Turecki, professeur titulaire et directeur, Département de psychiatrie, Université McGill, à titre personnel).

⁵⁶ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 5 octobre 2022 (D^{re} Allison Crawford, cheffe adjointe des soins virtuels de santé mentale et des programmes d'extension, et coprésidente d'ECHO Ontario et d'ECHO Ontario santé mentale, Centre de toxicomanie et de santé mentale).

⁵⁷ *Loi sur le cadre fédéral de prévention du suicide*, L.C. 2012, ch. 30, art. 4.

septembre 2022, les représentants de l'ASPC ont confirmé que le prochain rapport d'étape serait déposé en décembre 2022⁵⁸.

Le 28 décembre 2022, le gouvernement du Canada a affiché en ligne le sommaire du *Rapport d'étape 2022 : Cadre fédéral de prévention du suicide*, le rapport complet étant disponible en ligne en février 2023⁵⁹. Le comité et le public ont pu obtenir des exemplaires anticipés du rapport intégral en format PDF. Le rapport comprend une section intitulée « Aperçu du suicide au Canada », qui donne un éventail de données sur le suicide et la prévention du suicide au Canada. Ces données remontent cependant en majeure partie à 2019-2020 et n'ont pas vraiment été mises à jour depuis le rapport d'étape de 2020⁶⁰. Elles tiennent compte par ailleurs des résultats de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale menée en 2020 (publiés à l'origine en 2021, et mis à jour en 2022). Le rapport indique que les résultats de la prochaine Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale seront disponibles à la fin de 2023 ou au début de 2024⁶¹.

Le rapport fait également le point sur les activités et les programmes mis en œuvre par différents ministères fédéraux entre novembre 2020 et novembre 2022, classés en fonction des trois objectifs stratégiques du cadre fédéral, soit réduire les préjugés et sensibiliser le public; relier les Canadiens, l'information et les ressources; et encourager l'utilisation de la recherche et de l'innovation dans les activités de prévention du suicide.

En ce qui concerne les populations autochtones, le rapport d'étape indique que le cadre fédéral « n'est pas un cadre élaboré et dirigé par les Autochtones ». Les lecteurs sont donc encouragés à « communiquer directement avec les organisations autochtones pour en savoir plus sur [les stratégies et les cadres de travail dirigés par les Autochtones] et sur la façon dont elles améliorent la vie des peuples autochtones du Canada⁶² ». Mis à part le fait que le gouvernement du Canada collaborera avec les Autochtones à l'élaboration d'un futur plan d'action, le rapport ne traite pas de l'importance de cibler les stratégies de prévention du suicide sur les populations surreprésentées dans le taux de suicide au Canada.

En conclusion, les auteurs du rapport reconnaissent « la nécessité d'évoluer et d'intégrer de nouvelles données issues de la recherche nationale et internationale, des politiques et des pratiques communautaires » et annoncent que le gouvernement fédéral, au lieu d'axer ses efforts sur le cadre fédéral, se concentrera sur l'élaboration du Plan d'action national pour la prévention du suicide, à propos duquel les consultations commenceront « dans les prochains mois⁶³ ». Le

⁵⁸ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 29 septembre 2022 (Candice St-Aubin, vice-présidente, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention de maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada).

⁵⁹ Gouvernement du Canada, *Rapport d'étape 2022 : Cadre fédéral de prévention du suicide*, 2023.

⁶⁰ « *Faits sur le suicide au Canada* », dans Gouvernement du Canada, *Le Cadre fédéral de prévention du suicide – rapport d'étape 2020*, 2020.

⁶¹ « *Aperçu du suicide au Canada* », dans Gouvernement du Canada, *Travailler ensemble pour prévenir le suicide au Canada — Cadre fédéral de prévention du suicide : Rapport d'étape 2022*, 2023.

⁶² « *Prévention du suicide et promotion de la vie chez les Autochtones* », dans Gouvernement du Canada, *Travailler ensemble pour prévenir le suicide au Canada — Cadre fédéral de prévention du suicide : Rapport d'étape 2022*, 2023.

⁶³ « *Aller de l'avant* », dans Gouvernement du Canada, *Travailler ensemble pour prévenir le suicide au Canada — Cadre fédéral de prévention du suicide : Rapport d'étape 2022*, 2023.

rapport confirme enfin que les futurs rapports d'étape feront état non seulement du cadre fédéral, mais aussi du plan d'action.

Évaluation des programmes fédéraux de prévention du suicide

Puisqu'aucun indice de mesure des résultats n'est actuellement fourni dans le Cadre, le gouvernement du Canada en sait peu sur les résultats attendus ainsi que sur l'avancement de bon nombre de programmes et initiatives de prévention du suicide qu'il finance.

Des témoins ont fait ressortir l'importance d'intégrer une composante d'évaluation et de communication de résultats dans les projets de prévention du suicide qui recevront des subventions fédérales, pour éviter de gaspiller des ressources à soutenir des programmes qui ne fonctionnent pas.

Allison Crawford a affirmé qu'« [i]l est essentiel d'examiner les résultats pour assurer un solide rendement du capital investi et déterminer l'orientation stratégique future⁶⁴ ». Joanna Henderson était du même avis. Elle a recommandé que tout programme gouvernemental de prévention du suicide soit « accompagné d'une évaluation réalisée au moyen de mesures fiables, valides et appropriées des résultats⁶⁵ ».

Conformément au mandat de son étude, le comité s'est intéressé aux données disponibles sur les programmes de prévention du suicide et de promotion de la vie financés par le gouvernement fédéral. Dans un complément d'information, l'ASPC lui a fourni une liste d'initiatives de financement consacrées à la santé mentale de 2016 à 2020⁶⁶ :

- De 2016 à 2020, l'ASPC a consacré près de 10 millions de dollars à des initiatives de prévention du suicide. Plus de la moitié de ces fonds (5 970 264 \$) ont été affectés en 2020 au lancement de Parlons suicide Canada.
- Les Instituts de recherche en santé du Canada ont investi plus de 17 millions de dollars dans des « initiatives de recherche sur la prévention du suicide, lesquelles sont dirigées par des chercheurs et axées sur les priorités ».
- Services aux Autochtones Canada (SAC) a investi 1,8 milliard de dollars dans le Programme de mieux-être mental qui prévoit le financement de la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les Inuits.

⁶⁴ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 5 octobre 2022 (D^e Allison Crawford, cheffe adjointe des soins virtuels de santé mentale et des programmes d'extension, et coprésidente d'ECHO Ontario et d'ECHO Ontario santé mentale, Centre de toxicomanie et de santé mentale).

⁶⁵ D^e Joanna Henderson, *Information de suivi fournie au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie pour l'examen concernant le Cadre fédéral de prévention du suicide*, mémoire soumis au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 28 octobre 2022.

⁶⁶ Agence de la santé publique du Canada, *Suivi pour SOCI*, mémoire présenté au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 31 octobre 2022.

- Service correctionnel Canada (SCC) a investi 481,5 millions de dollars dans des services de santé mentale conformes à la Stratégie de prévention du suicide et d'intervention qu'il a publiée en mai 2019.
- La Gendarmerie royale du Canada (GRC) a investi 7,75 millions de dollars dans ses programmes d'aide aux employés, de soutien aux personnes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, et de dépistage de la santé psychologique.

Un effet clair ou mesurable sur le taux de suicide n'a été indiqué pour aucune de ces initiatives de financement sauf celle de SCC, au sujet de laquelle on a précisé que « le nombre de suicides dans les établissements fédéraux est habituellement faible » et qu'en 2021-2022, « huit détenus sous responsabilité fédérale s'étaient suicidés⁶⁷ ».

Il a aussi été question de l'initiative de prévention du suicide de la CSMC, financée par le gouvernement fédéral, nommée Enraciner l'espoir. Nitika (Rewari) Chunilall a expliqué que, depuis 2018, la CSMC « travaille avec plusieurs communautés de partout au Canada pour mettre en œuvre une approche de prévention du suicide et de promotion de la vie [élaborée] au Canada par des communautés canadiennes⁶⁸ ». Aujourd'hui, ce modèle est utilisé en Saskatchewan, au Nouveau-Brunswick, à Terre-Neuve-et-Labrador et au Yukon.

En réponse à la demande d'informations plus détaillées du comité concernant les modes de financement du projet Enraciner l'espoir, la CSMC a confirmé que, depuis 2019, 1,2 million de dollars ont été accordés au projet par l'entremise de Santé Canada⁶⁹. La CSMC a déclaré que le financement du projet de démonstration de la recherche Enraciner l'espoir a été affecté à diverses activités entre 2019 et 2022 : chercheur principal et coûts de recherche; planification et coordination du projet; mesures de soutien et ressources pour la mise en œuvre; échange de pratiques prometteuses; résolution collaborative de problèmes; et coordination des communautés de pratique en matière de mise en œuvre et de recherche⁷⁰. La CSMC n'a pas fourni les montants précis alloués à chaque communauté ayant profité du projet Enraciner l'espoir, « puisque cela est de la responsabilité des bailleurs de fonds⁷¹ ». En outre, il n'a pas fourni d'information au comité. De plus, la CSMC n'a pas fourni au comité d'information détaillant l'efficacité de ses programmes de prévention du suicide. Dans l'ensemble, le comité n'est pas en mesure de déterminer si les fonds fournis à la CSMC pour la prévention du suicide ont eu un impact quelconque sur la réduction des taux de suicide au Canada.

⁶⁷ Agence de la santé publique du Canada, *Suivi pour SOCI*, mémoire présenté au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 31 octobre 2022.

⁶⁸ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 20 octobre 2022 (Nitika (Rewari) Chunilall, directrice, Programmes de prévention et de promotion, Commission de la santé mentale du Canada).

⁶⁹ Commission de la santé mentale du Canada, *Projet pilote Enraciner l'espoir – Question sur le financement*, mémoire soumis au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 20 janvier 2023.

⁷⁰ Commission de la santé mentale du Canada, *Projet pilote Enraciner l'espoir – Question sur le financement*, mémoire soumis au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 20 janvier 2023.

⁷¹ Commission de la santé mentale du Canada, *Projet pilote Enraciner l'espoir – Question sur le financement*, mémoire soumis au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 20 janvier 2023.

Aider les groupes surreprésentés dans les statistiques sur le suicide au Canada : les Autochtones ainsi que les garçons et les hommes

Le taux de suicide au Canada donne l'illusion d'une situation stable, mais lorsqu'on désagrège les données, on constate que certains groupes y sont surreprésentés. Pour exercer une véritable influence sur le taux de suicide au pays, nous devons nous concentrer davantage sur ces groupes, à savoir : les Autochtones, les garçons et les hommes.

« SI NOUS VOULONS RÉDUIRE LE PLUS POSSIBLE LES TAUX DE SUICIDE AU CANADA, NOUS DEVONS AXER LA RECHERCHE, LES PROGRAMMES ET LES ÉVALUATIONS SUR LES POPULATIONS OÙ IL Y A LE PLUS DE SUICIDES. LES CHERCHEURS S'ENTENDENT SUR LE FAIT QUE CES POPULATIONS SONT LES AUTOCHTONES ET LES HOMMES. SI ON POUVAIT RÉDUIRE DE MOITIÉ LES SUICIDES DANS CES DEUX GROUPES SEULEMENT, CELA CHANGERAIT TOUTE LA SITUATION AU CANADA. »

L'HONORABLE SÉNATEUR PATRICK BRAZEAU

Dans un mémoire soumis au comité, le D^r Rob Whitley, professeur agrégé de psychiatrie à l'Université McGill, a abondé dans le même sens. Il a indiqué que « toute stratégie de prévention du suicide doit être axée sur les hommes, étant donné qu'ils représentent plus de 75 % des suicides », et doit mettre précisément l'accent sur les groupes surreprésentés, comme les hommes autochtones, les vétérans et les hommes atteints de maladie mentale⁷².

L'honorable sénateur Patrick Brazeau a demandé au comité « de reconnaître le genre des hommes et des garçons et de mobiliser des ressources pour les dissuader de poser ce dernier geste fatal », et il a recommandé qu'au cours « de la prochaine décennie, quand le gouvernement fédéral va s'attaquer à ce problème et mettre en œuvre des programmes [de prévention du suicide], surtout pour les peuples autochtones, il faut qu'il soit indiqué en termes forts qu'on cible » les Autochtones ainsi que les garçons et les hommes⁷³.

⁷² D^r Rob Whitley, *Témoignage écrit présenté par M. Rob Whitley (Université McGill) au comité sénatorial responsable de l'étude du Cadre fédéral de prévention du suicide*, mémoire soumis au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 19 octobre 2022.

⁷³ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 20 octobre 2022 (l'honorable sénateur Patrick Brazeau).

« AUJOURD'HUI, JE DIRAIS QUE LE CADRE FÉDÉRAL DE PRÉVENTION DU SUICIDE N'A PAS MONTRÉ SA VÉRITABLE EFFICACITÉ À CE JOUR. DEPUIS SA PUBLICATION, LES DÉCÈS PAR SUICIDE SONT RESTÉS STABLES OU ONT AUGMENTÉ, DE MANIÈRE DISPROPORTIONNÉE POUR CERTAINES POPULATIONS, COMME LES HOMMES, LES MEMBRES DES PREMIÈRES NATIONS, LES INUITS ET LES MÉTIS, LES JEUNES ET LA COMMUNAUTÉ 2SLGBTQIA+. »

NITIKA (REWARI) CHUNILALL, DIRECTRICE, PROGRAMMES DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION, COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA

Les peuples autochtones

« TANT QUE LA SURREPRÉSENTATION DES AUTOCHTONES POUR CE QUI EST DU TAUX DE SUICIDE CHEZ LES AUTOCHTONES N'EST PAS MIEUX TRAITÉE, JE VAIS MAINTENIR MA POSITION ET AFFIRMER QUE LE GOUVERNEMENT N'EST PAS PRÉOCCUPÉ PAR LA PRÉVENTION DU SUICIDE CHEZ LES AUTOCHTONES. »

L'HONORABLE SÉNATEUR PATRICK BRAZEAU

Les peuples autochtones ne sont pas plus susceptibles ni plus à risque que le reste de la population de se suicider, et ils ne sont pas non plus tous surreprésentés dans les statistiques sur le suicide. Les Autochtones vivent des situations bien différentes selon qu'ils sont membres des Premières Nations, Métis ou Inuits et selon qu'ils vivent dans une réserve, en milieu urbain ou en zone rurale. Des réalités différentes signifient des visions différentes des soins et des interventions, et il y a beaucoup de pain sur la planche à cet égard, selon ce qu'a appris le comité.

« POUR LES AUTOCHTONES, LES TAUX DE SUICIDE FONT PEUR. NOUS CONSTATONS UNE SURREPRÉSENTATION GRAVE CHEZ LES PREMIÈRES NATIONS ET LES INUITS, LES JEUNES INUITS, HOMMES OU FEMMES, ÉTANT 24 FOIS PLUS NOMBREUX QUE LES NON-AUTOCHTONES À MOURIR. À NOTER QUE J'UTILISE L'EXPRESSION "SURREPRÉSENTATION" AU LIEU DE "RISQUE ACCRU", CAR LE RISQUE N'EST PAS INHÉRENT AUX PEUPLES AUTOCHTONES, MAIS REFLÈTE LES TRAUMATISMES CAUSÉS PAR LA COLONISATION ET LA DISCRIMINATION SYSTÉMIQUE. »

D^R TYLER BLACK, PROFESSEUR ADJOINT D'ENSEIGNEMENT CLINIQUE, DÉPARTEMENT DE PSYCHIATRIE, UNIVERSITÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

La promotion de la vie chez les Inuits : la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les Inuits

Lorsqu'il a témoigné, Natan Obed, président de l'Inuit Tapiriit Kanatami, a déclaré que les « taux de suicide chez les Inuits sont de 6 à 25 fois plus élevés que les taux nationaux, selon la région et la démographie⁷⁴ ». Il a toutefois ajouté « qu'à titre de peuple, nous ne sommes pas plus à risque d'avoir des tendances suicidaires pour la seule raison que nous sommes des Inuits », précisant qu'une « multitude de facteurs nous ont placés dans ce scénario⁷⁵ ». Il a poursuivi en indiquant que, même si le problème du suicide est un défi canadien, « le gouvernement doit absolument tenir compte des caractéristiques uniques des Inuits dans la façon dont il répond à la crise actuelle⁷⁶ ».

En conséquence, pour mieux aider les Inuits, Natan Obed a recommandé qu'on applique la politique sur l'Inuit Nunangat au Cadre et qu'on y fasse référence dans la mise en œuvre de ce dernier⁷⁷ :

Avant l'adoption de la politique sur l'Inuit Nunangat, on tenait compte des Inuits d'une manière fragmentée lorsqu'on abordait des questions qui les concernaient. Lorsque la politique sur l'Inuit Nunangat est appliquée au Cadre, à sa mise en œuvre et aux fonds associés, elle serait également une aide essentielle à la mise en œuvre.

Natan Obed a indiqué que la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les Inuits lancée en 2016 était « la première stratégie [à profiter] d'un financement fédéral dès le premier jour⁷⁸ ». Il a ajouté⁷⁹ :

Notre stratégie est axée sur la sensibilisation aux enjeux généraux, sur les données probantes et sur les Inuits. La stratégie vise d'abord et avant tout à créer l'équité sociale, à favoriser la continuité culturelle, à élever des enfants inuits en santé, à assurer l'accès à un continuum de services en matière de mieux-être mental pour les Inuits, à soulager les traumatismes et les deuils non résolus et à mobiliser les connaissances inuites pour la résilience et la prévention du suicide.

⁷⁴ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 19 octobre 2022 (Natan Obed, président, Inuit Tapiriit Kanatami).

⁷⁵ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 19 octobre 2022 (Natan Obed, président, Inuit Tapiriit Kanatami).

⁷⁶ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 19 octobre 2022 (Natan Obed, président, Inuit Tapiriit Kanatami).

⁷⁷ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 19 octobre 2022 (Natan Obed, président, Inuit Tapiriit Kanatami).

⁷⁸ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 19 octobre 2022 (Natan Obed, président, Inuit Tapiriit Kanatami).

⁷⁹ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 19 octobre 2022 (Natan Obed, président, Inuit Tapiriit Kanatami).

Natan Obed a précisé que le but de la Stratégie est de « changer la vie des membres de la communauté [et] leur donner plus de ressources », pour que les personnes exposées au risque de suicide aient les ressources dont elles ont besoin et qu'elles gardent ainsi l'espoir⁸⁰.

La promotion de la vie comme forme de prévention du suicide

Les témoins autochtones ont recommandé que la promotion de la vie soit intégrée aux mesures de prévention du suicide et ont souligné l'importance du lien culturel. Wendy Stewart a indiqué que, dans la vision métisse du monde, « le suicide et la promotion de la vie sont interreliés » et que « [t]oute mesure qui promeut la vie peut aussi prévenir le suicide⁸¹ ».

Selon ce qu'a appris le comité, un financement axé uniquement sur la prévention du suicide pourrait exclure des interventions précoces qui empêcheraient des Autochtones d'atteindre un point critique. Natan Obed a déclaré qu'il a « souhaité qu'il y [ait plus d'occasions] qui soient uniquement des programmes issus de la communauté qu'on célébrerait uniquement pour leur caractère réjouissant⁸² ». Wendy Stewart a souligné qu'« un modèle de prévention du suicide sans optique de promotion de la vie fait fi des circonstances uniques du peuple métis, de nos histoires et des effets continus de la colonisation sur notre bien-être⁸³ ».

Jocelyn Formsma a ajouté⁸⁴ :

À mon avis, qu'il s'agisse de prévention du suicide ou de santé mentale, les gouvernements dépenseront probablement l'argent de toute façon. Il s'agit de savoir où ils mettent la priorité. Vous allez consacrer de l'argent au système de protection de l'enfance, au système judiciaire, aux prisons. Vous payez donc pour cela de toute façon.

Ce que nous disons, c'est que si nous investissons dès le départ dans la prévention, dans les liens et dans ce qui donne de la force, alors nous verrons les nombres diminuer en aval. Nous voulons voir l'investissement initial. Nous verrons plus de personnes désireuses de rester en vie et de continuer à contribuer à la vie de leur communauté si nous parvenons à investir les fonds nécessaires en amont.

⁸⁰ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 19 octobre 2022 (Natan Obed, président, Inuit Tapiriit Kanatami).

⁸¹ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 19 octobre 2022 (Wendy Stewart, directrice, succursale Bien-être Communautaire, Métis Nation of Ontario, Ralliement national des Métis).

⁸² Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 19 octobre 2022 (Natan Obed, président, Inuit Tapiriit Kanatami).

⁸³ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 19 octobre 2022 (Wendy Stewart, directrice, succursale Bien-être Communautaire, Métis Nation of Ontario, Ralliement national des Métis).

⁸⁴ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 19 octobre 2022 (Jocelyn W. Formsma, directrice exécutive, Association nationale des centres d'amitié).

À propos des répercussions du colonialisme sur le bien-être des Autochtones, Kimberly Fairman, directrice générale de l'Institut de recherche en santé circumpolaire, a dit ceci⁸⁵ :

J'aimerais également souligner l'importance de la culture, de la langue et du mode de vie pour les peuples autochtones qui ont été perturbés par les systèmes coloniaux et qui doivent être rétablis, car ce sont des éléments d'identité qu'il faut soutenir.

« JE PRIVILÉGIERAI LA NÉCESSITÉ D'AIMER NOS ENFANTS. NOUS DEVONS LES FAIRE GRANDIR DANS UN MILIEU SÛR ET SAIN, LES NOURRIR SUFFISAMMENT, LES ÉDUCER, MAIS, AVANT TOUT, LES PROTÉGER. CE SERAIT MA PRIORITÉ SI JE DEVAIS N'EN CHOISIR QU'UNE SEULE. »

NATAN OBED, PRÉSIDENT, INUIT TAPIIRIT KANATAMI

Un nouveau modèle de soins dispensés par et pour les Autochtones

Des témoins ont expliqué combien il est important que les soins et les interventions soient accessibles à tous les Autochtones, qu'ils vivent en milieu urbain ou rural ou dans une région éloignée. De plus, les membres de la communauté devraient être consultés au sujet des soins et, dans la mesure du possible, les dispenser eux-mêmes.

Le sénateur Brazeau a évoqué la réalité actuelle dans les communautés autochtones et dit que « nous avons des non-Autochtones et des travailleurs de la santé qui ne sont pas nécessairement sensibilisés à la réalité et aux cultures autochtones. Cela pose problème⁸⁶ ». Jocelyn Formsma a abondé dans ce sens en ajoutant : « [n]ous constatons invariablement que les résultats sont meilleurs lorsque nous bâtissons nos propres programmes⁸⁷ ».

« NOUS DEVONS NOUS ASSURER QUE LES SERVICES DE CRISE SONT CULTURELLEMENT ADAPTÉS ET VALABLES POUR TOUS CEUX QUI EN ONT BESOIN. LES SERVICES DE CRISE FOURNIS PAR ET POUR LES COLLECTIVITÉS DES PREMIÈRES NATIONS, DES INUITS ET DES MÉTIS CONSTITUENT UNE PRIORITÉ PARTICULIÈRE. »

D^{RE} ALLISON CRAWFORD, MÉDECIN EN CHEF, PARLONS SUICIDE CANADA

La D^{re} Polina Anang, professeure adjointe de psychiatrie au Max Rady College of Medicine de l'Université du Manitoba, a fait observer que « l'alliance thérapeutique est l'aspect le plus salulaire

⁸⁵ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 20 octobre 2022 (Kimberly Fairman, directrice générale, Institut de recherche en santé circumpolaire).

⁸⁶ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 20 octobre 2022 (l'honorable sénateur Patrick Brazeau).

⁸⁷ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 19 octobre 2022 (Jocelyn W. Formsma, directrice exécutive, Association nationale des centres d'amitié).

de la thérapie axée sur la communication » et que la « plupart des patients inuits préfèrent la thérapie axée sur la communication aux options psychopharmacologiques⁸⁸ ». Toutefois, un obstacle aux soins des patients inuits est que la plupart des cliniciens qui pratiquent la thérapie axée sur la communication ne restent pas assez longtemps dans les communautés pour établir une alliance thérapeutique.

Pour résoudre le problème des soins communautaires dans les régions éloignées et nordiques, Polina Anang a proposé le renforcement des capacités locales, ce qui permettrait non seulement d'assurer la continuité des soins, mais aussi de mettre en valeur la culture et de dépasser la barrière des langues⁸⁹.

Polina Anang a reconnu que même s'il n'est peut-être pas possible de « demeurer dans la communauté et de décrocher une maîtrise en travail social ou un diplôme en psychologie », il est possible pour les universités de travailler avec les communautés à la création de formations de qualité uniformisées pouvant être suivies à l'intérieur des communautés⁹⁰. Elle a mentionné que ces formations pourraient être suivies à distance ou en présentiel et « cibler les intervenants déjà sur le terrain, à un titre quelconque, dans les centres de soins ou dans les salles communautaires⁹¹ ». Elle a de plus proposé qu'on ajoute des tâches de formation au mandat des professionnels de la santé mentale qui se rendent dans les communautés nordiques⁹².

Des témoins ont signalé également qu'à cause du manque d'options de soins en santé mentale dans le réseau public, les communautés éloignées et les communautés nordiques étaient particulièrement vulnérables aux fournisseurs privés douteux, générateurs de revenus, qui manquent de normalisation et les soins peuvent laisser à désirer. Polina Anang a affirmé que « lorsqu'il y a une forte demande et un état de détresse encore plus prononcé, des entités du secteur privé peuvent tenter de combler les lacunes avec des offres qui contiennent tous les mots à la mode, mais très peu d'expertise fondée sur des preuves⁹³ ». Ce phénomène n'est pas propre aux communautés rurales, éloignées et nordiques du Canada, et la ministre Bennett a indiqué qu'elle

⁸⁸ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 19 octobre 2022 (D^e Polina Anang, professeure adjointe de psychiatrie, Max Rady College of Medicine, Université du Manitoba, à titre personnel).

⁸⁹ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 19 octobre 2022 (D^e Polina Anang, professeure adjointe de psychiatrie, Max Rady College of Medicine, Université du Manitoba, à titre personnel).

⁹⁰ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 19 octobre 2022 (D^e Polina Anang, professeure adjointe de psychiatrie, Max Rady College of Medicine, Université du Manitoba, à titre personnel).

⁹¹ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 19 octobre 2022 (D^e Polina Anang, professeure adjointe de psychiatrie, Max Rady College of Medicine, Université du Manitoba, à titre personnel).

⁹² Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 19 octobre 2022 (D^e Polina Anang, professeure adjointe de psychiatrie, Max Rady College of Medicine, Université du Manitoba, à titre personnel).

⁹³ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 19 octobre 2022 (D^e Polina Anang, professeure adjointe de psychiatrie, Max Rady College of Medicine, Université du Manitoba, à titre personnel).

serait heureuse que le comité propose que le gouvernement fédéral mène « un examen externe sur certains des intervenants du secteur privé qui œuvrent dans le domaine de la prévention du suicide⁹⁴ ».

« LES TRAVAILLEURS INUITS EN SANTÉ MENTALE REVITALISERONT LA THÉRAPIE AXÉE SUR LA COMMUNICATION ET CRÉERONT UNE NOUVELLE ACCEPTATION CULTURELLE DE LA SANTÉ MENTALE COMME ÉTANT INTRINSÈQUEMENT AVANTAGEUSE POUR LES MEMBRES DE LA COLLECTIVITÉ. ILS DÉMANTÈLERONT LES STIGMATES DE LA SANTÉ MENTALE EN DONNANT L'EXEMPLE D'UNE OUVERTURE À LA FOIS AUX VALEURS TRADITIONNELLES INUITES — INUIT QAUJIMAJATUQANGIT — ET À LA VALIDATION PSYCHOLOGIQUE DE L'ACCEPTATION DES ÉMOTIONS ET DU COURAGE DE PARTAGER SES SENTIMENTS AVEC LES AUTRES. LES PRESTATAIRES INUITS DE SERVICES EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE AMÉLIORERONT LA RÉSILIENCE DE LEUR COLLECTIVITÉ EN TRANSFÉRANT LA RESPONSABILITÉ DU BIEN-ÊTRE. »

D^{RE} POLINA ANANG, PROFESSEURE ADJOINTE DE PSYCHIATRIE, MAX RADY COLLEGE OF MEDICINE, UNIVERSITÉ DU MANITOBA

La participation des Autochtones

Un représentant des Services aux Autochtones Canada a indiqué que le gouvernement du Canada collabore avec des membres des Premières Nations ainsi que des collectivités inuites et métisses pour « [s]outenir l'évaluation des résultats par les Autochtones⁹⁵ ». Jocelyn Formsma a confirmé que l'Association nationale des centres d'amitié avait récemment pris part aux consultations du gouvernement fédéral, tout en faisant ressortir un élément de la relation de nation à nation qui nuit à la participation des Autochtones : « Lorsque se tiennent plusieurs dialogues et conversations, de même que la planification de mesures et la planification stratégique liées aux questions autochtones, nous nous rendons compte que les forums fédéraux sont tous bâtis selon un modèle de représentation, ce qui ne nous permet pas d'y participer⁹⁶ ». Elle a ajouté que la relation de nation à nation laisse peu de place aux Autochtones des milieux urbains, affirmant ceci : « nous voulons faire entendre notre voix ailleurs que dans le cadre de la relation de nation à nation, afin de donner le point de vue et de faire part de la réalité et de l'expérience des centaines de milliers de personnes que nous aidons chaque jour et des millions de personnes que nous aidons chaque année⁹⁷ ».

Wendy Stewart, du Ralliement national des Métis, a reconnu qu'il y avait récemment eu des changements positifs à la table de concertation technique sur la santé et qu'on avait entamé « un

⁹⁴ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 29 septembre 2022 (l'honorable Carolyn Bennett, C.P., députée, ministre de la Santé mentale et des Dépendances).

⁹⁵ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 29 septembre 2022 (D^r Tom Wong, médecin en chef de la santé publique, Services aux Autochtones Canada).

⁹⁶ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 19 octobre 2022 (Jocelyn W. Formsma, directrice exécutive, Association nationale des centres d'amitié).

⁹⁷ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 19 octobre 2022 (Jocelyn W. Formsma, directrice exécutive, Association nationale des centres d'amitié).

dialogue constructif avec Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada [...] et SAC⁹⁸ ». En revanche, elle a affirmé que, depuis 2016, les Métis sont absents des rapports d'étape et des plans d'action et qu'il n'y a toujours rien « pour répondre adéquatement aux besoins du peuple métis⁹⁹ ».

« À L'AVENIR, NOUS SAURONS QUE NOTRE ENGAGEMENT A ÉTÉ SIGNIFICATIF À L'ÉGARD DU CADRE LORSQUE LES TAUX DE SUICIDE CHEZ LES MÉTIS ET LES APPROCHES FONDÉES SUR LA DISTINCTION EN MATIÈRE DE PROMOTION DE LA VIE ET D'INTERVENTIONS CONTRE LE SUICIDE SERONT INCLUS ET FINANCÉS. »

CASSIDY CARON, RALLIEMENT NATIONAL DES MÉTIS

Alors que des témoins ont mis l'accent sur l'importance cruciale d'inclure les Autochtones dans les décisions en matière de financement et de programmes qui touchent les collectivités, ils ont exhorté le gouvernement à reconnaître le fardeau financier et émotionnel ainsi que les ressources requises que les consultations et l'engagement peuvent leur imposer. Wendy Stewart a noté que « nous pouvons tous, en tant qu'Autochtones, dire que la mobilisation est épuisante. Nos communautés sont épuisées¹⁰⁰ ». Elle a précisé qu'il était particulièrement difficile pour les organisations d'avoir à traiter avec les multiples administrations et entités qui les sollicitent¹⁰¹. Jocelyn Formsma a ajouté que la « capacité que nous avons ne correspond pas aux besoins » et que la capacité de l'ANCA de participer de façon constructive aux consultations n'a pas augmenté au même rythme que le nombre d'invitations qu'elle reçoit¹⁰².

Le sénateur Brazeau a aussi fait remarquer qu'« il se fait de nombreuses interventions autochtones d'un bout à l'autre du pays, mais que les connaissances à ce sujet ne sont pas très répandues parmi les experts de ce domaine précis. S'il y avait des ressources pour les gens et les collectivités

⁹⁸ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 19 octobre 2022 (Wendy Stewart, directrice, succursale Bien-être Communautaire, Métis Nation of Ontario, Ralliement national des Métis).

⁹⁹ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 19 octobre 2022 (Wendy Stewart, directrice, succursale Bien-être Communautaire, Métis Nation of Ontario, Ralliement national des Métis).

¹⁰⁰ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 19 octobre 2022 (Wendy Stewart, directrice, succursale Bien-être Communautaire, Métis Nation of Ontario, Ralliement national des Métis).

¹⁰¹ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 19 octobre 2022 (Wendy Stewart, directrice, succursale Bien-être Communautaire, Métis Nation of Ontario, Ralliement national des Métis).

¹⁰² Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 19 octobre 2022 (Jocelyn W. Formsma, directrice exécutive, Association nationale des centres d'amitié).

autochtones qui mettent en œuvre ces processus d'intervention, cela aiderait les professionnels de la santé à lutter contre ce fléau, collectivement¹⁰³ ».

Les garçons et les hommes

Le comité n'a pas reçu autant de témoignages sur les garçons et les hommes et reconnaît que cette population devrait être prise en compte de manière plus approfondie dans les futures études sur la prévention du suicide au Canada. Les témoignages recueillis mettent clairement en évidence la nécessité d'orienter davantage la recherche et les interventions sur ce groupe.

« UN HOMME CANADIEN SE SUICIDE TOUTES LES TROIS HEURES. LA FRÉQUENCE DÉCHIRANTE DE CES SUICIDES DONNE À PENSER QU'UNE STRATÉGIE DE PRÉVENTION DU SUICIDE EFFICACE DOIT VISER EXPRESSÉMENT LES HOMMES. »

D^R ROB WHITLEY, PROFESSEUR AGRÉGÉ DE PSYCHIATRIE, UNIVERSITÉ MCGILL

Le sénateur Brazeau a affirmé qu'il y a « certains faits de base à propos du suicide masculin et des principes de prévention que nous devons tous et toutes connaître¹⁰⁴ ». Rob Whitley a mentionné pour sa part que les trois principaux déterminants sociaux de la santé mentale et du suicide masculins sont les facteurs liés à la profession, à l'emploi et à l'éducation, les facteurs liés à la famille et au divorce, ainsi que les expériences négatives durant l'enfance¹⁰⁵. E. David Klonsky a ajouté que ce n'étaient pas que les taux de pensées suicidaires et de tentatives de suicide étaient plus élevés pour les hommes et les garçons, mais plutôt que « les taux de décès par suicide sont plus élevés chez les hommes », en raison notamment du fait que ceux-ci choisissent des moyens suicidaires drastiques, comme les armes à feu¹⁰⁶. Tyler Black était d'accord et a ajouté que les hommes étaient plus susceptibles que les femmes d'utiliser des armes à feu pour se suicider¹⁰⁷.

¹⁰³ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 20 octobre 2022 (l'honorable sénateur Patrick Brazeau).

¹⁰⁴ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 20 octobre 2022 (l'honorable sénateur Patrick Brazeau).

¹⁰⁵ D^r Rob Whitley, *Témoignage écrit présenté par M. Rob Whitley (Université McGill) au comité sénatorial responsable de l'étude du Cadre fédéral de prévention du suicide*, mémoire soumis au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 19 octobre 2022.

¹⁰⁶ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 5 octobre 2022 (E. David Klonsky, professeur, Département de psychologie, Université de la Colombie-Britannique, à titre personnel).

¹⁰⁷ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 5 octobre 2022 (D^r Tyler Black, professeur adjoint d'enseignement clinique, Département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique, à titre personnel).

« QUAND ON SAIT QUE TROIS SUICIDES SUR QUATRE SONT COMMIS PAR DES HOMMES, PEUT-ÊTRE QUE CELA VEUT DIRE QUE NOUS AVONS TOUT SIMPLEMENT FAIT CE QUE NOUS AVONS TOUJOURS FAIT DANS LE PASSÉ, C'EST-À-DIRE PENSER QUE LES HOMMES SONT FORTS, QUE LES HOMMES SONT CENSÉS ÊTRE DES DURS ET QUE LES HOMMES N'ONT PAS BESOIN D'AIDE, QU'ILS VONT SE DÉBROUILLER SEULS. JE SUIS LA PREUVE VIVANTE QUE CELA N'EST PAS VRAI. CELA N'EST TOUT SIMPLEMENT PAS VRAI. »

L'HONORABLE SÉNATEUR PATRICK BRAZEAU

Le sénateur Brazeau a fait remarquer qu'« il y a un écart ou une disparité gigantesque entre ce qui est offert aux femmes et ce qui est offert aux hommes » et que, « dans ce cas précis, d'après ce que les données montrent », il faudrait soumettre la prévention du suicide à une analyse comparative entre les sexes¹⁰⁸.

Une méta-analyse présentée au comité concluait que chez les hommes, « il s'avère que non seulement les causes peuvent parfois être genrées, au niveau sociologique ou psychologique, mais qu'en plus, ils sollicitent moins l'aide psychologique ou le soutien social lorsqu'ils en auraient besoin » et qu'ils « sont donc doublement à risque¹⁰⁹ ». Rob Whitley a fait valoir que les hommes et les femmes peuvent nécessiter un traitement différent : « [a]ctuellement, le système de santé mentale offre deux modalités de guérison principales : médication et thérapies par la parole »; or, des recherches portent à croire que les hommes préfèrent les « modalités de guérison par l'action », ce qui comprend l'exercice physique et la guérison religieuse et traditionnelle¹¹⁰. Comme chez les femmes, « [i]l n'existe pas de solution unique par rapport à la maladie mentale et la prévention du suicide chez les hommes¹¹¹ ».

¹⁰⁸ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 20 octobre 2022 (l'honorable sénateur Patrick Brazeau).

¹⁰⁹ Sophie Roy, *La prévention du suicide et les besoins en santé mentale des hommes et des garçons canadiens : recherche, programmes et services*, mémoire présenté au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 17 octobre 2022.

¹¹⁰ D^r Rob Whitley, *Témoignage écrit présenté par M. Rob Whitley (Université McGill) au comité sénatorial responsable de l'étude du Cadre fédéral de prévention du suicide*, mémoire soumis au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 19 octobre 2022.

¹¹¹ D^r Rob Whitley, *Témoignage écrit présenté par M. Rob Whitley (Université McGill) au comité sénatorial responsable de l'étude du Cadre fédéral de prévention du suicide*, mémoire soumis au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 19 octobre 2022.

« DE NOMBREUSES CAMPAGNES SUR LA SANTÉ MENTALE CHEZ LES HOMMES ET LA PRÉVENTION DU SUICIDE CHEZ LES HOMMES METTENT L'ACCENT SUR LEUR SUPPOSÉ SILENCE ET LEUR RÉTICENCE À PARLER DE LEURS PROBLÈMES. CES CAMPAGNES ADOPTENT SOUVENT UN TON ACCUSATEUR QUI DONNE LIEU À UN DISCOURS PRÉJUDICIABLE REPROCHANT AUX HOMMES LEURS PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE. L'APPROCHE, CONNUE SOUS LE NOM DE CULPABILISATION DE LA VICTIME DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, EST SOIGNEUSEMENT ÉVITÉE DANS LES CAMPAGNES SUR LA SANTÉ MENTALE CHEZ LES FEMMES. »

D^R ROB WHITLEY, PROFESSEUR AGRÉGÉ DE PSYCHIATRIE, UNIVERSITÉ MCGILL

L'incidence de la consommation de substances et des dépendances

Le comité a appris que la consommation de substances et les dépendances, qui ont de vastes répercussions, ont aussi une incidence sur le suicide et sa prévention. Des témoins ont établi un rapport entre la consommation de substances, les stratégies de réduction des méfaits et la prévention du suicide.

Rob Whitley a qualifié les décès par surdose de drogues de « suicide au ralenti » et a fait valoir que la consommation de substances et les dépendances sont des troubles qui devraient « être ciblés dans le cadre des efforts de prévention du suicide en amont¹¹² ».

Des témoins ont aussi parlé des répercussions de la consommation de substances sur certains groupes de personnes, à savoir les Autochtones ainsi que les garçons et les hommes. Rob Whitley a fait observer que la consommation de substances et les dépendances touchent davantage les hommes que les femmes, et que la « recherche révèle que les hommes comptent pour environ 80 % des décès par surdose liée aux drogues¹¹³ ».

Wendy Stewart a indiqué qu'à l'heure actuelle, les Métis « n'ont aucun accès à des services et à des mesures de soutien culturellement appropriés en matière de toxicomanie¹¹⁴ ». Natan Obed a reconnu que les « toxicomanies et l'alcoolisme sont des fléaux dans les communautés inuites » et a affirmé que « [n]ous devons réussir à avoir une relation plus facile à conserver, plus normale avec ces substances et comprendre les rapports qui existent entre les politiques et les attitudes à l'égard

¹¹² D^r Rob Whitley, *Témoignage écrit présenté par M. Rob Whitley (Université McGill) au comité sénatorial responsable de l'étude du Cadre fédéral de prévention du suicide*, mémoire soumis au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 19 octobre 2022.

¹¹³ D^r Rob Whitley, *Témoignage écrit présenté par M. Rob Whitley (Université McGill) au comité sénatorial responsable de l'étude du Cadre fédéral de prévention du suicide*, mémoire soumis au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 19 octobre 2022.

¹¹⁴ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 19 octobre 2022 (Wendy Stewart, directrice, succursale Bien-être Communautaire, Métis Nation of Ontario, Ralliement national des Métis).

des substances et les idées et les risques de suicide¹¹⁵ ». Le sénateur Brazeau a ajouté que « [l'alcoolisme est] un problème qu'il faut régler dans les collectivités autochtones », tout en reconnaissant que « ça ne se réglera pas du jour au lendemain », étant donné les profondes blessures laissées par les traumatismes intergénérationnels¹¹⁶.

« QUAND J'AI INTERROGÉ LES JEUNES, NOUS AVONS SURTOUT PARLÉ DES CHANGEMENTS QU'ILS SOUHAITAIENT DANS LEURS COMMUNAUTÉS, DE LEURS OBJETS DE FIERTÉ ET DE CE QU'ILS VOULAIENT AMÉLIORER POUR LEURS ENFANTS. QUAND JE LEUR AI DEMANDÉ QUELLE ÉTAIT LA CHOSE QU'ILS VOULAIENT VOIR DISPARAÎTRE, LEUR RÉPONSE UNANIME A ÉTÉ L'ALCOOL. »

D^{RE} POLINA ANANG, PROFESSEURE ADJOINTE DE PSYCHIATRIE, MAX RADY COLLEGE OF MEDICINE, UNIVERSITÉ DU MANITOBA

Pour un Cadre plus efficace

Divers témoins ont laissé entendre qu'il faut restructurer le Cadre en fonction de principes directeurs généraux adaptables et applicables à des circonstances personnelles pour en améliorer l'utilité et l'efficacité. Les principes fondamentaux relèveraient d'une approche en santé publique comprenant des interventions individuelles au niveau clinique. En plus des principes généraux ci-mentionnés, des témoins ont insisté sur la nécessité d'avoir un Cadre plus efficace pour cibler les populations surreprésentées.

E. David Klonsky a indiqué qu'il pourrait y avoir des principes universels guidant la prévention du suicide qui peuvent s'appliquer ensuite à « des contextes très différents de façon idéologique et qui tiennent compte des différences entre les collectivités¹¹⁷ ». Tyler Black a avancé ceci : « Ce que nous devons faire, c'est cibler une approche fondée sur des principes à l'égard du risque de suicide, puis peut-être utiliser le déploiement de ces principes vers des cibles très préoccupantes comme cadre de travail¹¹⁸ ».

¹¹⁵ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 19 octobre 2022 (Natan Obed, président, Inuit Tapiriit Kanatami).

¹¹⁶ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 20 octobre 2022 (l'honorable sénateur Patrick Brazeau).

¹¹⁷ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 5 octobre 2022 (E. David Klonsky, professeur, Département de psychologie, Université de la Colombie-Britannique, à titre personnel).

¹¹⁸ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 5 octobre 2022 (D^r Tyler Black, professeur adjoint d'enseignement clinique, Département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique, à titre personnel).

« JE PENSE QUE LES FACTEURS DU SUICIDE — LA DOULEUR, LE DÉSESPOIR, LA SOLITUDE ET LA CAPACITÉ SONT QUATRE PRINCIPES UNIVERSELS QUI PEUVENT ÊTRE APPLIQUÉS PARTOUT. »

E. DAVID KLONSKY, PROFESSEUR, DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE, UNIVERSITÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

À la lumière des témoignages qu’il a entendus ainsi que de l’expertise dont lui ont fait profiter les intervenants, et compte tenu du fait que le gouvernement du Canada a l’intention de poursuivre ses efforts pour améliorer la prévention du suicide au Canada, le comité fait les recommandations suivantes :

Recommandation 1

Que le gouvernement du Canada s’engage à mettre à jour le Cadre fédéral de prévention du suicide pour en faire une approche qui permette de prévenir efficacement le suicide au Canada, et qu’il se donne comme priorités :

- de recenser et de promouvoir les soins de santé publique et les interventions cliniques, dont l’effet sur la prévention du suicide au Canada est attesté par des données probantes (baisse du taux de suicide ou des hospitalisations à la suite d’une tentative de suicide), comme la restriction des moyens;
- d’abandonner les interventions et les programmes qui ne reposent pas sur des données probantes;
- de remplacer les axes d’« espoir » et de « résilience » mentionnés dans le Cadre par ceux de « sens » et de « connectivité »;
- d’offrir des programmes fondés sur des données qui mesurent l’effet des interventions de prévention du suicide, à savoir : le taux de suicide, le nombre de consultations en salle d’urgence à cause d’une tentative de suicide, et le nombre d’hospitalisations liées à une tentative de suicide.

Recommandation 2

Que le gouvernement du Canada établisse des priorités précises dans le Cadre mis à jour, à savoir :

- répertorier à l’échelle locale les soins de santé publique et les interventions cliniques dont l’efficacité est attestée par des données probantes, et les adapter à l’échelle nationale;
- cibler les groupes dans lesquels le taux de suicide est disproportionnellement élevé, c’est-à-dire les Premières Nations, les Métis et les Inuits; les garçons et les hommes; les communautés racisées; et les personnes atteintes de maladies mentales;
- financer la recherche sur des initiatives prometteuses de prévention du suicide.

Recommandation 3

Que le gouvernement du Canada procède à un examen critique indépendant des programmes de prévention et d'intervention en matière de suicide générant des revenus et fonctionnant au Canada; et que les résultats de cet examen soient annexés au Cadre.

Recommandation 4

Que le Cadre mis à jour exige qu'une formation complète sur l'analyse comparative entre les sexes plus soit ajoutée à l'ensemble existant de ressources, d'instructions de développement, et de formation clinique et professionnelle sur la prévention et le traitement du suicide offert aux fournisseurs de soins de santé; afin de garantir que les soins de santé publique et les interventions cliniques répondent aux contextes culturels, historiques et socioéconomiques et des facteurs contributifs genrés qui y sont associés, étant donné la diversité des personnes et des groupes ayant besoin de soins.

Recommandation 5

Que le gouvernement du Canada collabore avec les provinces, les territoires, et les organisations de la société civile pour améliorer la collecte et l'analyse de données nationales sur le suicide et la prévention du suicide au moyen des mesures suivantes :

- la création d'une base de données nationale sur a) le suicide et ses indicateurs, comme le taux de suicide et le nombre de consultations en salle d'urgence et d'hospitalisations liées à une tentative de suicide; b) les programmes de prévention du suicide efficaces et la recherche connexe; et c) les facteurs contributifs et les facteurs causals du suicide déterminés au moyen de l'Analyse comparative entre les sexes Plus;
- la normalisation des rapports des coroners;
- la collecte d'un ensemble suffisant de données démographiques et géographiques pour effectuer une analyse désagrégée;
- la collaboration avec les autorités provinciales et territoriales pour que les suicides et les tentatives de suicide soient déclarés à une autorité désignée.

Recommandation 6

Que l'Agence de la santé publique du Canada améliore ses rapports sur les progrès liés au Cadre en établissant des résultats mesurables concrets et en évaluant les programmes de prévention de suicide en fonction de ces repères.

Recommandation 7

Que le Cadre mis à jour reconnaisse explicitement les difficultés supplémentaires auxquelles sont confrontées certaines populations au Canada – habitants de localités rurales, éloignées et nordiques; personnes dont la langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais; réfugiés et immigrants; personnes handicapées; les communautés racisées – en matière d'accès aux soins de santé mentale, et fournisse des ressources et des programmes pour atténuer ces difficultés; et que

le Cadre mis à jour reconnaisse le niveau élevé de stigmatisation lié au suicide et réagisse en favorisant l'accès aux soins de santé mentale dans toutes les communautés.

Recommandation 8

Que le gouvernement du Canada comparaisse de nouveau devant le Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie pour présenter le nouveau Cadre fédéral de prévention du suicide.

Recommandation 9

Que le Cadre mis à jour reconnaisse la crise de surreprésentation des Autochtones dans le taux de suicide au Canada, et :

- reconnaisse le savoir et les compétences autochtones en s'engageant directement auprès d'experts autochtones ayant une expérience vécue et vivante de la prévention du suicide;
- intègre la promotion de la vie dans les modèles de prévention du suicide;
- octroie du financement souple à des programmes pouvant être conçus et gérés de façon autonome par des Autochtones;
- élabore des programmes destinés à former des membres de collectivités autochtones sur les questions de soins et d'interventions en santé mentale; et
- fournisse aux Autochtones de soins adaptés à leur culture et tenant compte des traumatismes.

Recommandation 10

Que le Cadre mis à jour reconnaisse la surreprésentation des garçons et des hommes dans le taux du suicide au Canada, et :

- prenne acte du fait que les hommes et les femmes peuvent avoir besoin d'interventions thérapeutiques différentes;
- oriente la recherche vers des innovations en matière de traitement pour les garçons et les hommes;
- reconnaisse que la stigmatisation peut être plus forte à l'égard des garçons et des hommes qui parlent de santé mentale et de suicide et qui demandent des soins de santé mentale.

Recommandation 11

Que le Cadre mis à jour reconnaisse l'incidence de la consommation de substances et des dépendances sur la prévention du suicide au Canada, et que les mesures de financement et les programmes de la prévention du suicide comportent un volet de recherche et d'intervention axé sur ces problèmes.

Conclusion

Les témoignages et les données disent la même chose : le Cadre fédéral de prévention du suicide ne va pas assez loin pour empêcher que des gens ne s'enlèvent la vie au Canada. Il est guidé par l'intuition plutôt que par la recherche de méthodes éprouvées. L'occasion a été donnée au comité d'examiner le Cadre afin de comprendre ce qui ne fonctionne pas et ce qu'il faut changer pour le rendre plus efficace.

Le comité a appris que les données sur les suicides et les tentatives de suicide manquent pour le moins d'uniformité ou qu'elles ne sont carrément pas disponibles. L'insuffisance des données disponibles nous empêche de bien surveiller les progrès accomplis, de mesurer les résultats et d'évaluer les interventions fondées sur des données probantes, et elle fait obstacle à la prévention du suicide au Canada.

En outre, les données auxquelles nous avons facilement accès à l'heure actuelle, dont celles sur le taux de suicide au Canada, taisent des facteurs identitaires importants, ce qui pourrait réduire l'efficacité des interventions précoces. Si stable que paraisse le taux de suicide au Canada, les données désagrégées révèlent que certains groupes y sont surreprésentés : 75 % des décès par suicide au Canada se produisent chez les garçons et les hommes, le taux de suicide chez les Inuits est de 6 à 25 fois plus élevé que le taux national (selon la région et la situation géographique), et d'autres peuples autochtones ont aussi un taux de suicide disproportionnellement élevé.

Rien dans le Cadre actuel ne cible particulièrement ces groupes surreprésentés, mais si on ne consacre pas à ces personnes davantage de mesures de soutien, de ressources et de recherches, il est peu probable que l'on réussisse à faire reculer de manière significative le taux de suicide « stable » du Canada. Pour le moment, les groupes surreprésentés sont les garçons et les hommes ainsi que les Autochtones. Si cette composition change, nous devons changer nos cibles.

Le suicide est un sujet sérieux; la collecte de données et la recherche qu'on y consacre ne doivent pas se faire à la légère. À l'heure actuelle, la restriction des moyens est le seul type d'intervention dont l'efficacité à prévenir le suicide a été démontrée. Il faut donc s'assurer qu'elle soit prise en compte dans le Cadre mis à jour, et que celui-ci contienne des indications claires sur la recherche et l'innovation en matière de prévention du suicide. La version remaniée du Cadre devrait encourager l'utilisation de méthodes dont l'efficacité est éprouvée et favoriser la recherche d'autres méthodes pouvant fonctionner encore mieux.

Prévenir le suicide, c'est sauver des vies; il est donc essentiel de le faire correctement.

Partie 2 : La prévention du suicide au Canada

Bien que l'étude du comité ait eu pour mandat d'évaluer le Cadre fédéral de prévention du suicide, il a inévitablement été question de la prévention du suicide au Canada de façon plus générale. D'ici à ce qu'il ait l'occasion d'examiner cette question plus en détail, le comité souhaite présenter ci-après les observations et les témoignages à titre personnel qu'il a recueillis.

« LE SUICIDE EST COMPLEXE PARCE QUE LES GENS SONT COMPLEXES. TOUTE PERSONNE QUI ENVISAGE LE SUICIDE LE FAIT POUR DES RAISONS QUI LUI SONT PROPRES. IL Y A DE NOMBREUX FACTEURS DÉCLENCHEURS QUI PEUVENT AMENER QUELQU'UN À ENVISAGER LE SUICIDE, CERTAINS ÉTANT LIÉS À LA MALADIE MENTALE, D'AUTRES À DES DÉTERMINANTS SOCIAUX. POUR LA PLUPART, C'EST L'INTERACTION DE CES FACTEURS QUI LES AMÈNE AU POINT DE SUICIDE. LES GENS QUI Y SONGENT, CEUX QUI TENTENT DE SE SUICIDER, NE CHERCHENT PAS À MOURIR. ILS VEULENT UN MOYEN D'ÉCHAPPER À LEUR INTENSE DOULEUR PSYCHOLOGIQUE OU À LEUR PROFOND SENTIMENT D'INCAPACITÉ. »

MARA GRUNAU, DIRECTRICE GÉNÉRALE, CENTRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE

Défis liés aux champs de compétence

La question des responsabilités en matière de santé est complexe. La Constitution attribue explicitement aux provinces la responsabilité de presque tous les soins de santé, y compris la responsabilité exclusive de la prestation de la plupart des services médicaux, de la formation des médecins et de l'établissement de normes sur les données et les activités de déclaration¹¹⁹. La compétence fédérale en matière de droit criminel et le pouvoir fédéral de dépenser confèrent tout de même au gouvernement du Canada certaines responsabilités en santé et à l'égard de groupes précis. Dans ce dernier cas, la ministre Bennett a reconnu ce qui suit : « Nous collaborons en cette matière avec les provinces et les territoires, mais nous obtenons certains des pires résultats chez les personnes dont nous sommes directement responsables : les membres des Premières Nations, les Inuits, les Métis, les militaires, les membres de la GRC, les gens du Service correctionnel. Nous devons en réalité nous montrer responsables dans tous les ministères¹²⁰. »

En ce qui concerne la coopération fédérale-provinciale-territoriale, Heather Jeffrey a mentionné que la nomination de la ministre Bennett avait braqué « les projecteurs sur la santé mentale et la toxicomanie, [que la ministre] a des interlocuteurs directs dans nombre de provinces et de territoires » avec qui elle est en dialogue constant, et que les « provinces et les territoires ont

¹¹⁹ Pour en savoir plus, voir : Martha Butler et Marlisa Tiedemann, *Le rôle fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé*, publication n° 2011-91-F, Bibliothèque du Parlement, 20 septembre 2013.

¹²⁰ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 29 septembre 2022 (l'honorable Carolyn Bennett, C.P., députée, ministre de la Santé mentale et des Dépendances).

même pris les devants pour faire de ces enjeux de grandes priorités¹²¹ ». Candice St-Aubin a ajouté que, comme bon nombre de provinces et territoires ont adopté une stratégie ou des programmes de prévention du suicide, le rôle du gouvernement canadien, à titre d'interlocuteur et de facilitateur des pratiques exemplaires à l'échelle nationale, est « de procéder en complémentarité¹²² ».

La ministre Bennett a affirmé que, jusqu'à maintenant, « de toute évidence, les provinces et les territoires ont relevé six domaines prioritaires sur lesquels ils veulent se pencher : des services intégrés pour les jeunes, une meilleure formation en santé mentale à l'intention des médecins de famille, l'utilisation de ressources numériques, sanitaires et humaines, le traitement de la toxicomanie et les maladies mentales complexes¹²³ ».

En revanche, le médecin en chef de la santé publique à SAC a averti que « [n]ous avons besoin de créer une table de discussion collective entre les groupes fédéraux, provinciaux et territoriaux, les Premières Nations, les Inuits, les Métis et les autres groupes marginalisés » pour regrouper les stratégies efficaces et assurer une meilleure concertation de celles-ci¹²⁴.

« LES QUERELLES DE COMPÉTENCES SONT UN PROBLÈME DONT NOUS N'AVONS MÊME PAS COMMENCÉ À PARLER. IL N'Y A PAS DE TRIBUNE POUR ABORDER LES DÉFIS QUE LE FÉDÉRALISME A CAUSÉS, AVEC LE PARTAGE DES COMPÉTENCES ENTRE LES PROVINCES ET LE FÉDÉRAL. IL EST QUESTION DES AUTOCHTONES EN MILIEU URBAIN OU DES PEUPLES AUTOCHTONES. OÙ QUE NOUS SOYONS, LES GOUVERNEMENTS DOIVENT SE PENCHER SUR LES GENS ET SUR LA FAÇON DE LES AIDER, QUELLE QUE SOIT LA COMPÉTENCE. DONC, OUI, C'EST UN PROBLÈME. NOUS DEVONS LE RÉSOUDRE, CAR IL S'AGIT DE BIEN-ÊTRE, DE SANTÉ, D'ÉDUCATION ET AINSI DE SUITE. »

JOCELYN FORMSMA, DIRECTRICE EXÉCUTIVE, ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES D'AMITIÉ

Expériences de certaines communautés racisées et ethniques

Certains groupes, dont ceux qui sont actuellement surreprésentés dans les statistiques sur le suicide au Canada, peuvent se heurter à des difficultés supplémentaires lorsqu'ils cherchent à obtenir des soins de santé mentale ou à parler ouvertement de santé mentale et de suicide.

¹²¹ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 29 septembre 2022 (Heather Jeffrey, sous-ministre déléguée, Santé Canada).

¹²² Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 29 septembre 2022 (Candice St-Aubin, vice-présidente, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention de maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada).

¹²³ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 29 septembre 2022 (l'honorable Carolyn Bennett, C.P., députée, ministre de la Santé mentale et des Dépendances).

¹²⁴ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 29 septembre 2022 (D^r Tom Wong, médecin en chef de la santé publique, Services aux Autochtones Canada).

« S'IL Y A UNE STIGMATISATION TRÈS MARQUÉE, LES GENS NE CHERCHENT PAS D'AIDE. ILS SONT TROP GÊNÉS DE DEMANDER DE L'AIDE OU D'ADMETTRE QU'ILS ONT DES DIFFICULTÉS. NOUS VOULONS QUE LES GENS PUISSENT ACCÉDER AUX SOINS EN SANTÉ MENTALE. »

L'HONORABLE CAROLYN BENNETT, MINISTRE DE LA SANTÉ MENTALE ET DES DÉPENDANCES

Nitika (Rewari) Chunilall a fait remarquer ceci : « Il y a un manque de compréhension des comportements suicidaires distincts des groupes ethno-racisés et des autres groupes en quête d'équité » et « les programmes et les services ne sont pas suffisamment adaptés aux besoins¹²⁵ ». La ministre Bennett a rappelé au comité que, dans certaines communautés africaines et sud-asiatiques, « la stigmatisation est si forte qu'ils n'en parlent même pas à leurs parents ou à leur famille. C'est la même chose pour les étudiants étrangers¹²⁶ ». Nitika (Rewari) Chunilall a également déclaré ceci : « Je suis membre de la communauté sud-asiatique, et la plupart des conversations utiles, dans ma culture, ont lieu autour de la table de la cuisine. La prévention du suicide, ça se fait à la maison, dans le cabinet du médecin de famille, sur le lieu de travail, à l'épicerie, au théâtre ou au cinéma, au magasin d'alcool et à l'aréna¹²⁷. » Kimberly Fairman a ajouté que, dans certaines communautés, « [i]l y a très peu de ressources culturellement appropriées disponibles » et que « [p]arfois, le racisme du système de santé est un problème énorme dans les communautés¹²⁸ ».

Les responsables de Santé Canada et de l'ASPC ont donné de plus amples détails sur les solutions communautaires de soutien de la santé mentale et le bien-être des Canadiens noirs, visant particulièrement un réseau spécialisé de thérapeutes noirs établi à Edmonton, une évaluation menée dans le milieu des soins primaires par l'entremise du centre de santé communautaire TAIBU à Scarborough, et une étude servant à évaluer les services de soutien en santé mentale des étudiants noirs de niveau postsecondaire à laquelle on procède à l'Institut Harriet Tubman de l'Université York¹²⁹.

¹²⁵ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 20 octobre 2022 (Nitika (Rewari) Chunilall, directrice, Programmes de prévention et de promotion, Commission de la santé mentale du Canada).

¹²⁶ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 29 septembre 2022 (l'honorable Carolyn Bennett, C.P., députée, ministre de la Santé mentale et des Dépendances).

¹²⁷ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 20 octobre 2022 (Nitika (Rewari) Chunilall, directrice, Programmes de prévention et de promotion, Commission de la santé mentale du Canada).

¹²⁸ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 20 octobre 2022 (Kimberly Fairman, directrice générale, Institut de recherche en santé circumpolaire).

¹²⁹ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 29 septembre 2022 (l'honorable Carolyn Bennett, C.P., députée, ministre de la Santé mentale et des Dépendances); et (Candice St-Aubin, vice-présidente, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention de maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada).

« JE NE SUIS PAS SÛRE À 100 % QUE QUAND NOUS RENTRONS CHEZ NOUS, NOUS PARLONS DE SANTÉ MENTALE EN DISANT SANTÉ MENTALE, OU MALADIE MENTALE, OU EN UTILISANT UN VOCABULAIRE TECHNIQUE OU DIAGNOSTIQUE, ALORS IL EST IMPORTANT DE RÉPONDRE À LA COMMUNAUTÉ EN RESPECTANT LES MOTS QU'ELLE UTILISE POUR PARLER DE SANTÉ MENTALE, DE BIEN-ÊTRE MENTAL, DE MALADIE MENTALE DANS LA COMMUNAUTÉ; UTILISER LES MOTS QU'ELLE UTILISE LORSQUE QUELQUE CHOSE NE VA PAS ET QU'UN SOUTIEN EST NÉCESSAIRE, C'EST PRÉCIEUX. JE PENSE QU'IL EST UTILE DE BIEN COMPRENDRE LES DIFFÉRENTES CULTURES ET DE LAISSER UNE CERTAINE MARGE DE MANŒUVRE AUX GENS DE CETTE CULTURE POUR QU'ILS DONNENT DES CONSEILS SUR LA FAÇON DONT LA SANTÉ MENTALE, LA MALADIE MENTALE ET LA PRÉVENTION DU SUICIDE PEUVENT ÊTRE MIEUX ABORDÉES À CES TABLES. »

NITIKA (REWARI) CHUNILALL, DIRECTRICE, PROGRAMMES DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION, COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA

Santé mentale des jeunes

Allison Crawford a donné des conseils sur la façon de traiter le suicide tout au long d'une vie humaine, en mettant particulièrement l'accent sur l'intervention auprès des jeunes enfants, et a évoqué certaines des difficultés auxquelles se heurtent les jeunes : « Les enfants exposés à l'adversité pendant la petite enfance, notamment à la maltraitance et aux traumatismes, sont beaucoup plus à risque de se suicider plus tard au cours de leur vie¹³⁰. » Joanna Henderson a quant à elle insisté sur l'importance d'intervenir auprès des jeunes, rappelant que la « situation des jeunes est spéciale en ce sens que ceux-ci ont à traverser une succession rapide de stades de développement, de tâches et de jalons de leur parcours de l'enfance à l'âge adulte¹³¹ ».

« MALGRÉ LES AVANTAGES DU TRAITEMENT SPÉCIALISÉ DES TRAUMATISMES ET DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET DE TOXICOMANIE, LA MAJORITÉ DES JEUNES QUI POURRAIENT BÉNÉFICIER DE CES SERVICES NE LES REÇOIVENT PAS. »

D^{RE} JOANNA HENDERSON, DIRECTRICE, CENTRE MARGARET ET WALLACE MCCAIN POUR LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS, DES JEUNES ET DES FAMILLES, ET CHERCHEUSE PRINCIPALE, PROGRAMME POUR LES ENFANTS, LES JEUNES ET LES NOUVEAUX ADULTES

¹³⁰ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 5 octobre 2022 (D^{re} Allison Crawford, cheffe adjointe des soins virtuels de santé mentale et des programmes d'extension, et coprésidente d'ECHO Ontario et d'ECHO Ontario santé mentale, Centre de toxicomanie et de santé mentale).

¹³¹ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 5 octobre 2022 (D^{re} Joanna Henderson, directrice, Centre Margaret et Wallace McCain pour la santé mentale des enfants, des jeunes et des familles, et chercheuse principale, Programme pour les enfants, les jeunes et les nouveaux adultes).

Divers témoins ont parlé du rôle des services intégrés pour les jeunes (SIJ) dans la possible réduction du taux de suicide chez les jeunes. Joanna Henderson a déclaré ce qui suit¹³² :

[D]es services intégrés pour les jeunes ont été créés conjointement avec des jeunes, des membres de leur famille, des fournisseurs de services et des chercheurs afin de combler les lacunes importantes qui existaient dans les services offerts aux jeunes [et] regroupent les services dans divers domaines – santé mentale, soins de santé primaires, toxicomanie, éducation, emploi, culture, logement et autres soutiens communautaires et sociaux – de façon à constituer un modèle de prestation de services à guichet unique où l’accent est mis sur l’accès rapide et facile à des interventions cliniques adaptées au développement des jeunes de 12 à 25 ans.

Heather Jeffrey a souligné que les SIJ sont d’autant plus utiles qu’ils favorisent le soutien entre pairs et l’aide par les pairs — qui sont parmi les interventions les plus efficaces¹³³. Joanna Henderson a également parlé de l’avenir des SIJ; elle a mentionné que la prochaine étape sera de mettre en place « un système pancanadien d’apprentissage en santé, un SIJ-Net, qui permettra aux jeunes, aux familles, aux dirigeants communautaires, aux fournisseurs de services et aux chercheurs de partout au Canada de travailler ensemble pour répondre à des questions auxquelles nous n’avons pu répondre séparément¹³⁴ ».

Des témoins ont également fait état des besoins propres aux jeunes Autochtones. Jocelyn Formsma a indiqué qu’à « l’heure actuelle, le financement fédéral pour les jeunes Autochtones se fait assez rare » et que les « montants versés sont loin de suffire¹³⁵ ».

« Le financement et les mesures du gouvernement fédéral, plus particulièrement les investissements destinés au bien-être des enfants et des jeunes, sont faméliques et désorganisés. »

Jocelyn Formsma, directrice exécutive, Association nationale des centres d’amitié

¹³² Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 5 octobre 2022 (D^{re} Joanna Henderson, directrice, Centre Margaret et Wallace McCain pour la santé mentale des enfants, des jeunes et des familles, et chercheuse principale, Programme pour les enfants, les jeunes et les nouveaux adultes).

¹³³ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 29 septembre 2022 (Heather Jeffrey, sous-ministre déléguée, Santé Canada).

¹³⁴ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 5 octobre 2022 (D^{re} Joanna Henderson, directrice, Centre Margaret et Wallace McCain pour la santé mentale des enfants, des jeunes et des familles, et chercheuse principale, Programme pour les enfants, les jeunes et les nouveaux adultes).

¹³⁵ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 19 octobre 2022 (Jocelyn W. Formsma, directrice exécutive, Association nationale des centres d’amitié).

Outils, programmes et plans du gouvernement fédéral pour la prévention du suicide

Des témoins ont parlé au comité des projets à venir du gouvernement du Canada en matière de prévention du suicide et lui ont donné leur avis sur ce qu'il faudrait faire pour mieux orienter la prévention du suicide à l'échelon fédéral.

Le portail d'Espace mieux-être Canada et l'application Mieux-être

Le portail en ligne d'Espace mieux-être Canada (EMEC) a été créé dans le cadre de la réponse du gouvernement du Canada à la pandémie de COVID-19. À l'heure actuelle, le portail EMEC est la seule plateforme disponible à l'échelle nationale qui a la capacité de fournir un accès gratuit, immédiat, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, à une gamme de ressources, de soutiens et de services en matière de santé mentale et de consommation de substances, y compris du soutien en ligne par les pairs, des services assistés par un thérapeute, une thérapie cognitivo-comportementale basée sur Internet, des outils d'alphabétisation en matière de santé mentale et de consommation de substances, des cours autodirigés et un triage par téléphone et par SMS 24 heures sur 24, 7 jours sur 7¹³⁶.

En réponse à la demande d'informations supplémentaires du comité concernant les résultats du portail Espace Mieux-être Canada (EMEC), Santé Canada a déclaré que le portail avait été lancé dans le cadre de la réponse d'urgence du gouvernement du Canada à la pandémie de COVID-19. Le budget de 2020 a prévu 68 millions de dollars pour créer et soutenir le portail d'avril 2020 à avril 2021¹³⁷.

En ce qui a trait à l'évaluation des résultats, Santé Canada a fait état de certaines limites relativement aux données sur les utilisateurs. Afin de faciliter et d'encourager l'utilisation, plusieurs ressources n'obligent pas les utilisateurs à créer un compte. Les utilisateurs qui en ont créé un peuvent consentir à fournir des informations relatives à l'état de leur santé mentale et à leur qualité de vie personnelle¹³⁸. Il est donc difficile de mesurer avec précision le nombre d'utilisateurs du portail et de l'application, de même que l'incidence de ces ressources.

¹³⁶ Santé Canada, *Réponse de Santé Canada à une demande de renseignements présentée par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie le 29 septembre 2022*, mémoire soumis au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 30 janvier 2023, p. 4.

¹³⁷ Santé Canada, *Réponse de Santé Canada à une demande de renseignements présentée par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie le 29 septembre 2022*, mémoire soumis au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 30 janvier 2023, p. 4.

¹³⁸ Santé Canada, *Réponse de Santé Canada à une demande de renseignements présentée par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie le 29 septembre 2022*, mémoire soumis au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 30 janvier 2023, p. 4.

En tenant compte de ces limites, Santé Canada a pu fournir les résultats obtenus selon certains indicateurs : l'accès, l'utilisation, la satisfaction des utilisateurs et l'incidence¹³⁹. Santé Canada a indiqué qu'au 12 décembre 2022, plus de 3 millions de personnes avaient accédé au portail EMEC, et que le portail avait accueilli plus de 8,4 millions de sessions Internet¹⁴⁰. En 2022, le nombre médian d'utilisateurs mensuels actifs s'élevait à 33 091, ce qui représente une hausse de 12 % par rapport à 2021¹⁴¹. Les données de 2021 et de 2022 montrent que les utilisateurs ont indiqué un changement positif sur les trois échelles d'auto-évaluations entre le moment où ils ont commencé à consulter le portail jusqu'après avoir utilisé une ressource ou obtenu du soutien¹⁴². Les données révèlent aussi que les utilisateurs qui se servent davantage du site (en cliquant sur des liens ou en accédant à des ressources) ont montré une amélioration plus significative que les autres utilisateurs.

L'application Mieux-être a été conçue pour accompagner le portail EMEC en appuyant le suivi quotidien de l'humeur, du mieux-être et de la santé mentale, tout en offrant une autre plateforme qui permet d'accéder à des services de consultation gratuits et confidentiels ainsi qu'à des ressources de santé mentale et de lutte contre la consommation de substances¹⁴³. À l'instar des données relatives au portail EMEC, certaines limites concernent les données d'utilisation de l'application mobile Mieux-être. En effet, puisque l'objectif consiste à rendre les ressources aussi accessibles que possible, il n'est pas nécessaire de créer un compte, et le suivi des données sur les utilisateurs est limité¹⁴⁴. En date du 14 novembre 2022, l'application Mieux-être avait été téléchargée 31 092 fois, et on dénombrait 18 351 utilisateurs inscrits¹⁴⁵. Les utilisateurs avaient

¹³⁹ Santé Canada, *Réponse de Santé Canada à une demande de renseignements présentée par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie le 29 septembre 2022*, mémoire soumis au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 30 janvier 2023, p. 4.

¹⁴⁰ Santé Canada, *Réponse de Santé Canada à une demande de renseignements présentée par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie le 29 septembre 2022*, mémoire soumis au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 30 janvier 2023, p. 4.

¹⁴¹ Santé Canada, *Réponse de Santé Canada à une demande de renseignements présentée par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie le 29 septembre 2022*, mémoire soumis au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 30 janvier 2023, p. 4.

¹⁴² Santé Canada, *Réponse de Santé Canada à une demande de renseignements présentée par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie le 29 septembre 2022*, mémoire soumis au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 30 janvier 2023, p. 4.

¹⁴³ Santé Canada, *Réponse de Santé Canada à une demande de renseignements présentée par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie le 29 septembre 2022*, mémoire soumis au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 30 janvier 2023, p. 6.

¹⁴⁴ Santé Canada, *Réponse de Santé Canada à une demande de renseignements présentée par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie le 29 septembre 2022*, mémoire soumis au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 30 janvier 2023, p. 6.

¹⁴⁵ Santé Canada, *Réponse de Santé Canada à une demande de renseignements présentée par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie le 29 septembre 2022*, mémoire soumis au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 30 janvier 2023, p. 6.

accédé à 19 396 ressources et fait 50 428 bilans de leur humeur grâce à l'indicateur d'humeur de l'application¹⁴⁶.

La ligne nationale à trois chiffres en cas de crise

Le 11 décembre 2020, la Chambre des communes a donné son consentement unanime à la motion suivante¹⁴⁷ :

Que [...] la Chambre demande au gouvernement d'agir immédiatement, en collaboration avec les provinces, pour regrouper tous les services d'écoute téléphonique pour la prévention du suicide en un seul service national accessible à tous les Canadiens au moyen d'un numéro à trois chiffres facile à mémoriser (988).

Le 31 août 2022, le Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes (CRTC) a annoncé que le numéro 988 serait mis en service le 30 novembre 2023, et qu'on pourrait le composer pour obtenir de l'information sur les services de crise en santé mentale et de prévention du suicide de vive voix ou par messages textes¹⁴⁸. Lors de son témoignage, la ministre Bennett a réaffirmé l'engagement pris par le gouvernement du Canada de mettre en place une ligne nationale 988¹⁴⁹.

Allison Crawford, qui est également médecin-chef à Parlons suicide Canada, a donné plus d'information sur les services actuellement offerts par l'organisme ainsi que les objectifs de la ligne 988¹⁵⁰ :

Parlons suicide Canada offre un soutien aux personnes en situation de crise vivant au Canada par l'entremise d'intervenants formés, en français et en anglais, et est disponible 365 jours par année, 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Nos priorités en matière de services comprennent la création d'un réseau communautaire de centres de crise, la formation d'intervenants en prévention du suicide partout au Canada, l'amélioration de l'équité des services de crise — en d'autres mots, l'assurance d'être présents dans un éventail diversifié de collectivités — la présentation d'une approche éprouvée pour l'intervention en cas de crise et la prévention du suicide, ainsi que la

¹⁴⁶ Santé Canada, *Réponse de Santé Canada à une demande de renseignements présentée par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie le 29 septembre 2022*, mémoire soumis au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 30 janvier 2023, p. 6.

¹⁴⁷ Chambre des communes, *Journaux*, 11 décembre 2020.

¹⁴⁸ Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes, *Numéro 9-8-8 pour la santé mentale et la prévention du suicide*.

¹⁴⁹ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 29 septembre 2022 (l'honorable Carolyn Bennett, C.P., députée, ministre de la Santé mentale et des Dépendances).

¹⁵⁰ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 5 octobre 2022 (D^e Allison Crawford, cheffe adjointe des soins virtuels de santé mentale et des programmes d'extension, et coprésidente d'ECHO Ontario et d'ECHO Ontario santé mentale, Centre de toxicomanie et de santé mentale).

lutte contre la stigmatisation entourant le suicide en favorisant des discussions ouvertes sur le sujet. Nous croyons que la ligne 988 offrira partout au pays un accès facile au soutien essentiel aux personnes en situation de crise suicidaire.

Au sujet de l'importance de mesurer les résultats, la ministre Bennett a expliqué au comité que, durant la mise au point et la mise en place de la ligne 988, des universitaires et des chercheurs ont été consultés pour élaborer des politiques sur la reddition de comptes et la transparence des données qui amélioreront le suivi et l'évaluation des résultats par rapport au Cadre¹⁵¹.

Le plan d'action national sur la prévention du suicide

La ministre Bennett a indiqué qu'un plan d'action national sur la prévention du suicide dont la date de publication provisoire a été fixée à l'automne 2023 est en cours de préparation, et qu'en 2023, le gouvernement du Canada va¹⁵² :

mobiliser tous les ministères fédéraux et [s']adresser aux provinces et aux territoires, ainsi qu'aux communautés autochtones et aux personnes qui vivent ou ont vécu cette situation, afin de transformer le Cadre actuel en un plan beaucoup plus détaillé, orienté vers l'action et fondé sur des données probantes [...] Avec [l']aide [du comité], je m'engage à créer un plan d'action fédéral de prévention du suicide efficace, complet et fondé sur des données probantes.

Plusieurs représentants du gouvernement, notamment de l'ASPC et de Santé Canada, ont déclaré qu'un comité de coordination fédéral, qui « se concentre actuellement sur l'échange de renseignements et participe à l'élaboration des rapports d'étape sur le Cadre », se réunit encore périodiquement pour assurer la planification des mesures du Cadre à l'échelle du gouvernement fédéral¹⁵³.

L'Association canadienne pour la prévention du suicide a recommandé que le « gouvernement fédéral [centre] ses efforts sur la création d'une stratégie nationale de prévention du suicide avant de pouvoir aller de l'avant avec un plan d'action¹⁵⁴ ». Nitika (Rewari) Chunilall a proposé pour sa

¹⁵¹ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 29 septembre 2022 (l'honorable Carolyn Bennett, C.P., députée, ministre de la Santé mentale et des Dépendances).

¹⁵² Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 29 septembre 2022 (l'honorable Carolyn Bennett, C.P., députée, ministre de la Santé mentale et des Dépendances).

¹⁵³ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 29 septembre 2022 (Stephanie Priest, directrice générale, Centre de santé mentale et de bien-être, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention de maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada).

¹⁵⁴ Sean Krausert, *Mémoire de l'Association canadienne pour la prévention du suicide*, mémoire présenté au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 24 octobre 2022.

part « que le plan d'action soit suffisamment flexible et [qu'on investisse] dans les communautés afin qu'elles puissent adapter la mise en œuvre à leur propre situation¹⁵⁵ ».

Des représentants de l'ASPC et de Santé Canada ont également transmis l'information suivante au sujet du plan d'action national proposé :

- Contrairement au Cadre, le plan d'action sert à « [s]e fonder sur les données probantes pour établir ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas, de même que la façon d'en accroître la portée adéquatement¹⁵⁶ ».
- L'un des éléments clés du plan d'action consiste à « dresser la carte des difficultés d'accès » en ce qui concerne tant l'accès aux soins que l'accès à des services de qualité en santé¹⁵⁷.
- Pendant l'élaboration du plan d'action national, on tiendra compte des pratiques exemplaires d'autres pays et on tirera parti d'un sommet mondial à venir sur la santé mentale¹⁵⁸.
- Comme pour le Cadre, aucune ressource financière ne sera attribuée au plan d'action proposé et, même si l'ASPC dispose des fonds pour poursuivre le travail actuel, « il faut toujours plus de financement si on juge qu'il s'agit d'une priorité¹⁵⁹ ».

« POUR TOUT PLAN D'ACTION, L'ASPECT LE PLUS IMPORTANT SUR LEQUEL NOUS DEVONS NOUS CONCENTRER EST LA RESPONSABILITÉ DES RÉSULTATS. NOUS DEVONS FINANCER CE QUI FONCTIONNE ET CESSER DE FINANCER CE QUI NE FONCTIONNE PAS MÊME SI NOUS EN TIRONS DE LA SATISFACTION. »

L'HONORABLE CAROLYN BENNETT, MINISTRE DE LA SANTÉ MENTALE ET DES DÉPENDANCES

Rhonda Kropp a confirmé que les Instituts de recherche en santé du Canada collaboreront avec l'ASPC pour « [s']assurer que, dans leur réflexion sur la façon d'évaluer ce plan d'action, ils s'intéressent à différentes méthodes d'évaluation et à la meilleure façon de procéder pour chacune afin que les renseignements sur ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas soient colligés très

¹⁵⁵ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 20 octobre 2022 (Nitika (Rewari) Chunilall, directrice, Programmes de prévention et de promotion, Commission de la santé mentale du Canada).

¹⁵⁶ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 29 septembre 2022 (Candice St-Aubin, vice-présidente, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention de maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada).

¹⁵⁷ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 29 septembre 2022 (Heather Jeffrey, sous-ministre déléguée, Santé Canada).

¹⁵⁸ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 29 septembre 2022 (Heather Jeffrey, sous-ministre déléguée, Santé Canada).

¹⁵⁹ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 29 septembre 2022 (Candice St-Aubin, vice-présidente, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention de maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada).

rapidement et puissent être appliqués très vite, comme le modèle des systèmes de santé en apprentissage, du point de vue de la recherche que nous finançons¹⁶⁰ ».

La stratégie nationale de prévention du suicide

Même si le plan d'action national proposé sur la prévention du suicide est plus concret que le Cadre, des témoins ont souligné la nécessité que le Canada élabore également une stratégie nationale de prévention du suicide. Dans un mémoire présenté au comité, l'Association canadienne pour la prévention du suicide affirme ceci : « Le Canada doit adopter une stratégie nationale de prévention du suicide. C'est le seul pays du G-7 qui n'en a toujours pas¹⁶¹. » Le Centre for Suicide Prevention, qui abondait dans le même sens, a ajouté que de « nombreuses preuves indiquent pourtant que le financement et la mise en œuvre d'une stratégie nationale de prévention du suicide réduisent le nombre de suicides¹⁶² ». Voici ce qu'il a dit au sujet de la relation entre stratégie, cadre et plan d'action : « Idéalement, une stratégie contient un cadre; des plans d'action ultérieurs sont ensuite élaborés pour mettre en œuvre le travail¹⁶³. »

Allison Crawford a déclaré que « [I]e Canada est l'un des rares pays riches en ressources à ne pas en avoir, bien que nous sachions que les stratégies nationales sont une approche efficace¹⁶⁴ ». Elle a ajouté que le plan d'action national proposé « n'est pas une stratégie nationale de prévention du suicide, parce qu'une stratégie s'attaquerait aux aspects complexes des différents piliers — les démarches de santé publique, les démarches cliniques¹⁶⁵ ».

L'Association canadienne pour la prévention du suicide a fait plusieurs recommandations concernant la stratégie nationale, notamment qu'elle instaure des lignes directrices sur la sécurisation et la restriction des moyens; lance des partenariats avec les collectivités autochtones afin de promouvoir davantage l'intégration des services et d'offrir de la formation adaptée à la culture; et établisse des normes nationales de surveillance et de déclaration afin d'améliorer la collecte des données¹⁶⁶.

¹⁶⁰ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 29 septembre 2022 (Rhonda Kropp, vice-présidente, Recherche – Stratégie, Instituts de recherche en santé du Canada).

¹⁶¹ Sean Krausert, *Mémoire de l'Association canadienne pour la prévention du suicide*, mémoire présenté au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 24 octobre 2022.

¹⁶² Centre for Suicide Prevention, *Initiatives de prévention du suicide au Canada*, mémoire présenté au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 28 octobre 2022.

¹⁶³ Centre for Suicide Prevention, *Initiatives de prévention du suicide au Canada*, mémoire présenté au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 28 octobre 2022.

¹⁶⁴ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 5 octobre 2022 (D^e Allison Crawford, cheffe adjointe des soins virtuels de santé mentale et des programmes d'extension, et coprésidente d'ECHO Ontario et d'ECHO Ontario santé mentale, Centre de toxicomanie et de santé mentale).

¹⁶⁵ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 5 octobre 2022 (D^e Allison Crawford, cheffe adjointe des soins virtuels de santé mentale et des programmes d'extension, et coprésidente d'ECHO Ontario et d'ECHO Ontario santé mentale, Centre de toxicomanie et de santé mentale).

¹⁶⁶ Sean Krausert, *Mémoire de l'Association canadienne pour la prévention du suicide*, mémoire présenté au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 24 octobre 2022.

Allison Crawford a aussi recommandé que la stratégie soit en partie fondée sur la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les Inuits, car celle-ci¹⁶⁷ :

excelle à marier dans ses méthodes le savoir inuit et les données probantes sur les soins de santé. Elle illustre très bien comment les principes généraux issus des données peuvent aussi être appliqués efficacement à l'échelle locale, par l'entremise des dirigeants inuits dans ce cas. Dans sa portée, elle embrasse systématiquement tout le parcours de vie et elle comporte une évaluation. Elle montre certaines des choses qu'une stratégie nationale de prévention du suicide pourrait faire.

¹⁶⁷ Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 5 octobre 2022 (D^e Allison Crawford, cheffe adjointe des soins virtuels de santé mentale et des programmes d'extension, et coprésidente d'ECHO Ontario et d'ECHO Ontario santé mentale, Centre de toxicomanie et de santé mentale).

Suicide et prévention du suicide : récits de faits vécus

Le comité a reçu des témoignages sur des expériences passées ou actuelles concernant le suicide et la prévention du suicide.¹⁶⁸

Une famille de Waterloo a raconté l'histoire de leur fille, J. :

Ma fille J., qui a 27 ans, a vécu la majeure partie de sa vie avec des troubles mentaux. Ces 12 dernières années, elle a fait de nombreux séjours à l'hôpital. Lors des périodes de crise, elle est hospitalisée, puis on lui donne son congé sans véritable plan de traitement et sans lui offrir toutes les ressources dont elle aurait besoin, ce qui finit inévitablement par entraîner une autre crise qui la ramène à l'hôpital. Ce cycle, marqué par d'innombrables appels au 911 pour signaler des tentatives de suicide, se poursuit depuis des années. J. a été admise plus de 30 fois à l'hôpital, et chaque fois pour un séjour encore plus long. Tout cela est très traumatisant pour notre J. et pour nous-mêmes, qui voyons notre fille être amenée de force, les menottes aux poings, parce qu'elle souhaite mourir. Le même cycle se répète depuis des années.

J. est actuellement à l'hôpital, et elle y est depuis 56 jours. On lui met un casque et tout l'arsenal des moyens de contention pour l'empêcher de se blesser. En plus de ses graves idées suicidaires et d'automutilation, elle a un trouble de l'alimentation qui a dégénéré au point où elle est devenue médicalement instable. Sa malnutrition est à l'origine de problèmes cardiaques et de fractures osseuses. Pendant les quelques mois précédant sa première admission à l'hôpital, elle a vu 12 médecins différents dans des services d'urgence et des cliniques familiales. Malgré mes instances, et même si J. le souhaitait elle-même, personne ne voulait l'admettre à l'hôpital. Finalement, après beaucoup d'efforts pour le convaincre, notre médecin de famille a accepté d'écrire ce qu'il faut dans son dossier pour qu'elle soit admise à l'hôpital.

¹⁶⁸ Pour l'histoire de J, voir Famille de la région de Waterloo, [Histoire de la famille](#), mémoire présenté au Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 14 novembre 2022.

Pour les commentaires du sénateur Brazeau, voir Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, [Témoignages](#), 29 septembre 2022 (l'honorable sénateur Patrick Brazeau).

Pour l'histoire d'Alex, voir Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, [Témoignages](#), 19 octobre 2022 (Wendy Stewart, directrice, succursale Bien-être Communautaire, Métis Nation of Ontario, Ralliement national des Métis).

Pour l'histoire de Kaitlyn, voir Michael et Fiona Roth, [L'histoire de Kaitlyn Roth](#), mémoire présenté au Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2 novembre 2022.

Se laisser guider par les résultats : repenser le Cadre fédéral de prévention du suicide

Le sénateur Brazeau a partagé son expérience personnelle :

J'ai fait une tentative de suicide le 2 août 2014 et, à nouveau, le 18 janvier 2016. Ce n'est pas parce que je suis un homme et, de surcroît, un Autochtone — à cause de ces deux faits — que je cours plus de risques de me suicider que n'importe qui d'autre dans cette salle.

Je suis un sénateur du Canada. Je souffrais, alors j'ai tenté de me suicider. Mais j'ai de la chance parce que je suis ici aujourd'hui pour vous parler d'une question qui me tient à cœur. Que fera le gouvernement pour les Autochtones, une bonne fois pour toutes? Il est temps d'arrêter les conneries bureaucratiques sur ce qu'il faut faire pour obtenir des résultats. Non. Qu'allons-nous faire concrètement?

Le sénateur Brazeau a ajouté que nous progressons lentement dans la déstigmatisation du suicide :

Nous ne sommes pas encore rendus là où nous le devrions, parce que, avouons-le, c'est une discussion qui rend mal à l'aise. Je vais l'admettre : cela a même été une discussion malaisante dans ma propre famille, avec mon père, mes frères et le reste de ma famille, parce que cela a eu de graves répercussions non seulement sur ma vie à moi, mais aussi sur la vie des autres. J'ai dû faire énormément d'efforts pour rebâtir beaucoup de relations.

Des gens qui ont perdu un être cher et ne peuvent tout simplement pas le tolérer, mais pour ceux qui le peuvent, il est très important de faire entendre leurs voix et de raconter leurs histoires. Nous avons besoin d'eux; nous avons tout simplement besoin qu'ils parlent aux autres, à ceux qui ont des problèmes. Il y a énormément de gens qui ont des problèmes au Canada, aujourd'hui.

Il y a de l'espoir, mais il faut faire l'effort. Il y a de l'espoir, et il y a de l'aide. On peut trouver de l'aide partout. Je l'ai souvent dit. Une personne qui a des problèmes peut demander de l'aide, pas seulement à un ami ou à sa famille, mais aussi à un parfait étranger rencontré dans la rue. Tôt ou tard, elle va obtenir de l'aide.

L'honorable sénateur Patrick Brazeau

Wendy Stewart a raconté l'histoire d'Alex, « un adolescent métis qui a été envoyé dans 17 maisons de santé et qui a été vu par 23 travailleurs sociaux différents sur une période de 11 ans. Alors qu'il était confié aux maisons de santé, Alex a été victime de maltraitance et de négligence. On lui a aussi refusé l'accès à des mesures de soutien en santé mentale ou à tout lien significatif avec sa famille ou la culture métisse. À la fin de sa vie, Alex a été placé seul, sans soutien, dans une chambre d'hôtel d'Abbotsford, en Colombie-Britannique, pendant 49 jours. Il s'est enlevé la vie en sautant de la fenêtre de cette même chambre ».

Michael et Fiona Roth ont partagé l'histoire de leur fille, Kaitlyn :

Kaitlyn était une jeune femme brillante qui est tragiquement morte par suicide le 28 avril 2022.

Dans les mois qui ont précédé sa mort, Kaitlyn et les membres de notre famille avons travaillé sans relâche pour que Kaitlyn ait accès à des soins et à du soutien, avant de nous rendre compte que ces services n'existaient pas ou que Kaitlyn n'y était pas admissible. Au moment de sa mort, elle était inscrite sur des listes d'attente pour des programmes spécialisés, notamment en counseling, et elle n'avait pas de psychiatre traitant pour évaluer les options de traitement. Vous êtes certainement d'accord avec nous pour dire qu'il faut beaucoup de courage pour demander de l'aide, comme Kaitlyn l'a fait, et que ce courage devrait être honoré par un accès rapide à des soins de santé de qualité. Il ne fait aucun doute que le système a laissé tomber Kaitlyn.

Elle a reçu des soins de manière discontinue et insuffisante, ce qui l'a rendue incroyablement vulnérable. Il convient également de souligner qu'au terme de son expérience avec les services de santé mentale de l'Ontario, elle avait été en contact avec 27 policiers. On peut facilement plaider pour un investissement précoce dans les options de soins afin de prévenir les défis posés par l'intervention policière. Nous vous racontons cette histoire, car comme province et pays, nous devons faire mieux.

Annexe 1 : Liste des témoins

Jeudi 29 septembre 2022

L'honorable Carolyn Bennett, C.P., députée, ministre de la Santé mentale et des Dépendances

Candice St-Aubin, vice-présidente, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention de maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada

Stephanie Priest, directrice générale, le Centre de santé mentale et de bien-être, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention de maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada

Heather Jeffrey, sous-ministre déléguée, Santé Canada

Suki Wong, directrice générale, Direction de la santé mentale, Direction générale de la politique stratégique, Santé Canada

Rhonda Kropp, vice-présidente, Recherche – Stratégie, Instituts de recherche en santé du Canada

D^r Tom Wong, médecin en chef de la santé publique, Services aux Autochtones Canada

Mercredi 5 octobre 2022

D^r Tyler Black, professeur adjoint d'enseignement clinique, Département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique, à titre personnel

D^{re} Allison Crawford, médecin-chef, Parlons suicide Canada, Centre de toxicomanie et de santé mentale

D^{re} Joanna Henderson, directrice, Centre Margaret et Wallace McCain pour la santé mentale des enfants, des jeunes et des familles; chercheuse principale, Programme pour les enfants, les jeunes et les nouveaux adultes, Centre de toxicomanie et de santé mentale

Mara Grunau, directrice générale, Centre for Suicide Prevention

E. David Klonsky, professeur, Département de psychologie, Université de la Colombie-Britannique, à titre personnel

Jeudi 6 octobre 2022

D^r Sidney Kennedy, professeur, Département de psychiatrie, Université de Toronto, à titre personnel

D^r J. John Mann, directeur, Centre Conte pour la prévention du suicide, Université Columbia, à titre personnel

D^r Gustavo Turecki, professeur titulaire et directeur, Département de psychiatrie, Université McGill, à titre personnel

Mercredi 19 octobre 2022

Natan Obed, président, Inuit Tapiriit Kanatami

Daniel Afram, conseiller principal en politiques, Inuit Tapiriit Kanatami

D^{re} Polina Anang, professeure adjointe de psychiatrie, Max Rady College of Medicine, Université du Manitoba, à titre personnel

Jocelyn W. Formsma, directrice exécutive, Association nationale des centres d'amitié

Wendy Stewart, directrice, succursale Bien-être Communautaire, Métis Nation of Ontario, Ralliement national des Métis

Jeudi 20 octobre 2022

L'honorable sénateur Patrick Brazeau

Nitika (Rewari) Chunilall, directrice, Programmes de prévention et de promotion, Commission de la santé mentale du Canada

Kimberly Fairman, directrice générale, Institut de recherche en santé circumpolaire

Annexe 2 : Liste des mémoires

Le comité a reçu les mémoires et les compléments d'information suivants pendant son étude :

- [La prévention du suicide et les besoins en santé mentale des hommes et des garçons canadiens : recherche, programmes et services](#), rédigé par Sophie Roy à la demande du sénateur Brazeau
- [Mémoire](#) du D^r Rob Whitley, professeur agrégé de psychiatrie à l'Université McGill
- [Mémoire](#) de l'Association canadienne pour la prévention du suicide
- [Mémoire](#) de Michael et Fiona Roth
- [Mémoire](#) d'une famille de la région de Waterloo
- [Complément d'information](#) de Nitika (Rewari) Chunilall au nom de la Commission de la santé mentale du Canada
- [Complément d'information](#) de la D^{re} Polina Anang, professeure adjointe de psychiatrie, Max Rady, College of Medicine
- [Complément d'information](#) d'E. David Klonsky, professeur, Département de psychologie, Université de la Colombie-Britannique
- [Complément d'information au sujet des écarts dans les données sur le suicide au Canada](#) de Mara Grunau au nom du Centre for Suicide Prevention
- [Complément d'information au sujet des initiatives de prévention du suicide au Canada](#) de Mara Grunau au nom du Centre for Suicide Prevention
- [Complément d'information](#) de Cassidy Caron pour le compte du Ralliement national des Métis
- [Complément d'information](#) de la D^{re} Joanna Henderson au nom du Centre de toxicomanie et de santé mentale
- [Complément d'information](#) de la D^{re} Allison Crawford au nom de Parlons suicide Canada et du Centre de toxicomanie et de santé mentale
- [Complément d'information](#) de l'Agence de la santé publique du Canada
- [Complément d'information](#) de l'Association nationale des centres d'amitié
- [Complément d'information](#) de la Commission de la santé mentale du Canada
- [Complément d'information](#) de Santé Canada
- [Complément d'information](#) de Santé Canada



SÉNAT | SENATE
CANADA

Imprimé par le service des impressions du Sénat /
Printed by Senate Printing Service