

RALLUMER L'ESPOIR

STRATÉGIE NATIONALE

DE PRÉVENTION DU SUICIDE

2022-2026



ÉDITION

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

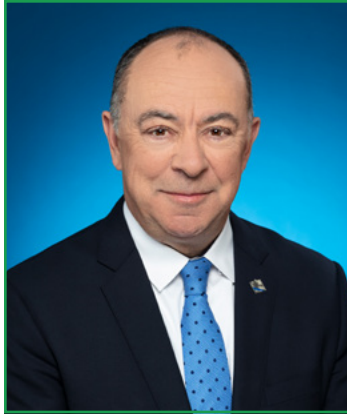
Le présent document n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**.

Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

Dépôt légal – 2022
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN 978-2-550-91559-1 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2022



MESSAGE DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Le Québec a fait de grands progrès au cours des dernières années en matière de prévention du suicide, grâce aux efforts d'une multitude d'acteurs et d'organisations. Toutefois, cet enjeu demeure un problème important et les experts en prévention du suicide nous rappellent régulièrement qu'il faut continuer d'agir.

La Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 – *Rallumer l'espoir* vise à diminuer les tentatives de suicide, les idées suicidaires et la détresse, ainsi que la mortalité par suicide au Québec. Elle propose d'intensifier les actions déployées qui donnent déjà des résultats, mais met également de l'avant de nouvelles initiatives prometteuses, dont la mise en œuvre sera suivie avec grande attention. Je pense notamment au volet qui prévoit le développement et l'intégration de connaissances et d'actualisation des pratiques. D'ailleurs, des mesures particulières pour les communautés des Premières Nations et les Inuits sont également proposées. Le développement d'une santé mentale florissante pour tous est certainement un élément important mis en lumière dans cette stratégie.

Le Québec se fixe plusieurs cibles à atteindre d'ici 2026, notamment de diminuer au minimum de 10 % le nombre de décès par suicide. Je suis persuadé que la synergie entre les différentes mesures de la Stratégie, mais surtout les efforts consacrés par tous les acteurs en prévention du suicide nous permettront d'atteindre cet objectif et de sauver de précieuses vies.

Je tiens d'ailleurs à souligner l'engagement extraordinaire de tous ceux et celles qui œuvrent en prévention du suicide, notamment les personnes qui ont participé à l'élaboration de cette Stratégie.

Le contexte de la pandémie a été difficile pour de nombreuses personnes. En effet, une hausse des demandes d'aide a été observée. La Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 vient insuffler un vent d'espoir, tout en réaffirmant la volonté de notre gouvernement de faire de la prévention du suicide une priorité pour les années à venir, tout en réitérant l'importance de la mission de ses acteurs.

Christian Dubé

Ministre de la Santé et des Services sociaux

AVANT-PROPOS

Pour plusieurs acteurs en prévention du suicide, l'adoption d'une stratégie nationale globale de prévention du suicide constitue une mesure phare, laquelle est aussi fortement préconisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). L'adoption d'une telle stratégie marque clairement la volonté du gouvernement de prendre fait et cause pour la prévention du suicide et d'en faire une priorité (OMS, 2014).

La première Stratégie québécoise d'action face au suicide, *S'entraider pour la vie*, a été publiée en 1998, à une époque où le taux de suicide au Québec était parmi les plus élevés du monde industrialisé. Devant l'ampleur du phénomène, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) avait élaboré celle-ci dans le but de stabiliser et, éventuellement, de diminuer le taux de suicide au Québec. Bien que le projet d'un plan d'action découlant de cette stratégie ne se soit finalement pas concrétisé, d'importantes avancées ont été réalisées au cours des deux dernières décennies en matière de prévention du suicide, et ce, grâce à l'engagement de nombreux acteurs des différents secteurs concernés. De plus, depuis le sommet atteint en 1999, le taux de mortalité par suicide a considérablement diminué, tant chez les hommes que chez les femmes.

Près de 25 ans plus tard, même si beaucoup de chemin a été parcouru, des pas importants restent à faire. Cette nouvelle stratégie nationale de prévention du suicide vise non seulement la diminution de la mortalité par suicide au Québec, mais également la diminution des tentatives de suicide, des idées suicidaires et de la détresse ; puis, du même souffle, une santé mentale florissante pour tous.

Selon l'OMS, le processus même d'élaboration d'une stratégie nationale de prévention du suicide permet déjà d'améliorer la prévention. Il constitue un élément fédérateur qui mobilise un éventail d'acteurs de la prévention du suicide et s'appuie sur leurs connaissances au moyen d'une démarche participative (OMS, 2014). Ainsi, dès les premières étapes d'élaboration en 2019, les principaux partenaires de la prévention du suicide ont été interpellés, notamment les représentants du Collectif pour une stratégie nationale en prévention du suicide, l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS), le Regroupement des centres de prévention du suicide du Québec (RCPSQ) et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Une journée de consultation a été organisée en février 2020, réunissant plus de 70 représentants de ministères et autres organismes gouvernementaux, d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux, d'ordres professionnels, de groupes de recherche, d'organisations syndicales et d'organisations nationales en prévention du suicide et en santé mentale, ou ayant ces enjeux à cœur, et d'usagers partenaires.

Le MSSS a également confié le mandat à l'INSPQ d'analyser les meilleures pratiques en prévention du suicide en matière de stratégies nationales, dans une perspective de santé publique, et de dégager les éléments clés qui devraient se retrouver dans la nouvelle Stratégie.

Mis sur pause en raison de la pandémie de la COVID-19, le processus de consultation a été réactivé en janvier 2021 avec les consultations intégrées des Premières Nations et des Inuit sur la santé mentale, l'itinérance et la prévention du suicide. Une seconde rencontre de consultation avec l'ensemble des parties prenantes s'est ensuite tenue en février 2021. Au total, 85 personnes ont répondu présentes à cette rencontre qui visait à faire un retour sur la première journée de consultation de 2020 et à présenter les

plus récents travaux contributifs à la Stratégie ainsi que les outils développés pour soutenir l'élaboration de propositions de mesures concrètes. Des consultations plus ciblées ont également été menées afin de capter les besoins et les préoccupations d'organismes représentant des groupes plus spécifiques.

Par ailleurs, les travaux d'élaboration de la Stratégie ont coïncidé avec ceux de mise à jour des guides ministériels de bonnes pratiques en prévention du suicide¹, plus précisément celui à l'intention des gestionnaires, qui met de l'avant les meilleures pratiques en prévention du suicide dans le but de soutenir la mise en œuvre ou le rehaussement des plans d'action territoriaux en prévention du suicide. La mise à jour de la littérature scientifique effectuée dans le cadre de ce mandat par l'équipe des projets nationaux en transfert des connaissances de l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux du Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) a grandement contribué à appuyer les mesures proposées dans la Stratégie.

La mise à jour des guides ministériels de bonnes pratiques en prévention du suicide s'appuie aussi sur un portrait des besoins et des pratiques en prévention du suicide, fruit d'une vaste démarche de consultation ayant joint plus de 150 personnes de différents secteurs. Il est souhaité que la diffusion des nouveaux guides et les activités visant à soutenir leur appropriation soient contributives au déploiement des mesures de la Stratégie, en commençant par la réaffirmation des collaborations entre tous les partenaires concernés.

Les propositions, recommandations et suggestions reçues des organisations consultées à l'une ou l'autre des étapes des travaux d'élaboration de la Stratégie ont nourri les mesures et les pistes de mise en œuvre proposées dans le présent document.

La liste des organisations consultées est présentée à l'annexe 1.

1. Ces guides sont disponibles en ligne :

Prévention du suicide : guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000752/>.

Prévention du suicide : guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000751/>.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
Suicide : état de la situation au Québec	5
Nombre de décès et taux de mortalité par suicide	5
Taux de mortalité par suicide selon le sexe et l'âge.....	6
Hospitalisations pour tentative de suicide	6
Tentatives de suicide.....	7
Idées suicidaires.....	7
Détresse psychologique.....	8
Effets de la pandémie de la COVID-19 sur le suicide.....	8
Cadre de travail	11
Vision.....	11
Cibles.....	12
Axes de la stratégie	13
Objectifs spécifiques	13
Mesures.....	13
Fondements transversaux.....	13
Fondements transversaux	15
Prise en compte des inégalités sociales de santé	15
Prise en compte des besoins et des réalités des groupes spécifiques	16
Actions fondées sur les meilleures pratiques et les données probantes	17
Leadership fort aux niveaux national et régional	18
Partenariat et collaboration	18
Optimisation des ressources.....	19
Axes et mesures de la stratégie	21
Vue d'ensemble des axes, des mesures et des chantiers	23

Axe 1 – Promotion de la santé mentale et sensibilisation à la prévention du suicide	25
Principales actions déjà déployées.....	26
Mesures.....	27
Axe 2 – Prévention des idées suicidaires et des tentatives de suicide	29
Principales actions déjà déployées.....	29
Mesures.....	31
Axe 3 – Formation et soutien des professionnels et des intervenants	39
Principales actions déjà déployées ou en déploiement.....	39
Mesures.....	42
Axe 4 – Développement et intégration de connaissances et actualisation des pratiques	45
Principales actions déjà déployées ou en déploiement.....	45
Mesures.....	46
Mesures particulières pour les communautés des Premières Nations et les Inuit	49
Coordination et suivi de la mise en œuvre	51
Évaluation	51
Conclusion	53
Annexe 1 – Liste des collaborateurs pour l’élaboration de la stratégie	55
Annexe 2 – Liste des partenaires et des collaborateurs pour la mise en œuvre	61
Annexe 3 – Ressources d’aide	65
Bibliographie	67

LISTE DES SIGLES

AQPS

Association québécoise de prévention du suicide

BDS

Banque de données sur le suicide

CISSS

Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CPS

Centre de prévention du suicide

CHUS

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

CRISE

Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie

DSPublique

Direction de santé publique

ENA

Environnement numérique d'apprentissage

EQSP

Enquête québécoise sur la santé de la population

FCP

Formation continue partagée

INSPQ

Institut national de santé publique du Québec

ISS

Inégalités sociales de santé

LGBTQ+

Personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, trans, queers et autres variantes d'identité de genre, de caractéristiques sexuelles ou d'orientation sexuelle

MEQ

Ministère de l'Éducation du Québec

MES

Ministère de l'Enseignement supérieur

MSP

Ministère de la Sécurité publique

MSSS

Ministère de la Santé et des Services sociaux

MTESS

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale

OMS

Organisation mondiale de la santé

PAI

Plan d'action interministériel

PAISM

Plan d'action interministériel en santé mentale

PNSP

Programme national de santé publique

PGPS

Politique gouvernementale de prévention en santé

RSSS

Réseau de la santé et des services sociaux

RCPSQ

Regroupement des centres de prévention du suicide du Québec

SAJ

Secrétariat à la jeunesse

Note : Dans le présent document, les appellations *centre intégré de santé et de services sociaux* (CISSS) et *centre intégré universitaire de santé et de services sociaux* (CIUSSS) désignent également les organisations qui offrent des services de santé et des services sociaux à la population des régions de la Côte-Nord, du Nord-du-Québec, du Nunavik ainsi que des Terres-Cries-de-la-Baie-James et qui ne sont pas visées par la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, chapitre O-7.2). Ces organisations sont le CLSC Naskapi, le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, le Centre de santé Inuulitsivik, le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava et le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James. Pour faciliter la lecture du présent document, ces organisations ne sont pas nommées explicitement chaque fois que l'on fait référence aux CISSS et aux CIUSSS.

INTRODUCTION

Au Québec, en moyenne trois personnes meurent par suicide chaque jour. Chaque suicide est marqué par une grande souffrance. La souffrance de la personne qui s'enlève la vie, puis celle de ses proches, de son milieu professionnel ou scolaire, ou celle de tout autre milieu de vie où elle retentit inévitablement. Il ne faut pas non plus oublier la détresse et le désespoir des personnes qui ont tenté de s'enlever la vie et de celles qui ont eu des idées suicidaires.

Ainsi, en continuité avec la première stratégie publiée en 1998, la nouvelle Stratégie nationale de prévention du suicide vise non seulement la diminution de la mortalité par suicide, mais également la diminution des tentatives de suicide, des idées suicidaires et de la détresse. En même temps, elle vise une augmentation du bien-être pour tous.

Les mesures de la Stratégie s'articulent autour de quatre axes : 1) promotion de la santé mentale et sensibilisation à la prévention du suicide, 2) prévention des idées suicidaires et des tentatives de suicide, 3) formation et soutien des professionnels et des intervenants, 4) développement et intégration de connaissances et actualisation des pratiques. Des mesures particulières pour les communautés des Premières Nations et les Inuit sont également proposées.

Sans conteste, la Stratégie peut tabler sur les efforts déployés et les forces acquises au cours des dernières années, plus particulièrement grâce à la vaste démarche d'amélioration des pratiques en prévention du suicide entreprise en 2008 par le MSSS, pilotée par l'ancien Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke et à laquelle l'AQPS a collaboré étroitement². Pour sa part, la [Politique gouvernementale de prévention en santé](#) (PGPS) a donné un second souffle à la prévention du suicide par la mesure 4.1 de son [Plan d'action interministériel \(PAI\) 2017-2021](#), qui consiste à améliorer la performance des services préventifs offerts à la population, particulièrement en matière de prévention du suicide. Entre-temps, le Québec a vu naître la stratégie numérique de prévention du suicide, dont [suicide.ca](#), un nouveau service numérique s'inscrivant en complémentarité avec les ressources traditionnelles déjà existantes.

Par ailleurs, la Stratégie nationale de prévention du suicide est lancée alors que de récents investissements en santé publique permettent de renforcer différentes actions pouvant agir sur les facteurs de risque et de protection pour la santé, tant individuels qu'environnementaux, ayant un effet connu sur le suicide ou sur des conditions qui constituent un risque de poser un tel geste, par exemple : les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, l'accompagnement des partenaires pour réduire les inégalités sociales de santé (ISS), la promotion de la santé mentale auprès des adultes, la prévention en milieu de travail, la prévention au regard de la consommation de substances psychoactives et de la pratique des jeux de hasard et d'argent, etc.

À l'instar du [Programme national de santé publique \(PNSP\) 2015-2025](#), de la PGPS et de son PAI 2017-2021, la Stratégie propose de poursuivre et même d'intensifier les efforts pour mettre en place des conditions,

2. Le *Bilan de la démarche nationale d'implantation des bonnes pratiques en prévention du suicide* est disponible à l'adresse suivante : http://www.csss-iugs.ca/c3s/data/files/Bilan_Demarche_prevention_suicide_final_juin_2015.pdf.

auprès des individus et dans les milieux de vie (ex. : famille, milieu scolaire, milieu de travail, communauté, milieu d'hébergement, etc.), qui sont favorables à la santé mentale et au mieux-être de tous.

La Stratégie s'inscrit également en étroite cohérence et en complémentarité avec le dernier [Plan d'action en santé mentale 2015-2020, Faire ensemble et autrement](#), ainsi que le récent [Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026, S'unir pour un mieux-être collectif](#).

Avec le Plan d'action interministériel en santé mentale (PAISM) 2022-2026, *S'unir pour un mieux-être collectif*, le gouvernement vise entre autres à améliorer l'accès aux soins et aux services selon les besoins et le projet de vie des personnes, pour l'ensemble du continuum de services en santé mentale.

Étant interministériel, le PAISM intègre des engagements de plusieurs ministères et organismes mobilisés pour le développement et le maintien d'une santé mentale optimale et le rétablissement des personnes présentant des troubles mentaux. De plus, une attention particulière est accordée au partenariat avec les organismes communautaires pour une réponse adaptée aux besoins spécifiques de l'ensemble de la population.

De nombreuses actions du PAISM s'inscrivent en complémentarité avec les orientations de la présente Stratégie, dont celles présentées dans l'axe 1 (promotion de la santé mentale et prévention des troubles mentaux), dans l'axe 2 (services pour prévenir et intervenir en situation de crise) et dans l'axe 4 (actions destinées aux jeunes, à leur famille, à leurs proches et à leur entourage).

Le PAISM s'attarde à l'amélioration de la réponse aux besoins des jeunes et de leur famille, ainsi qu'aux besoins des proches qui accompagnent des personnes présentant des troubles mentaux. Il met également l'accent sur l'importance d'œuvrer au développement des connaissances ainsi qu'à l'implantation des bonnes pratiques en santé mentale.

Enfin, il est important de souligner que plusieurs autres plans structurants déjà existants prévoient des actions permettant d'agir sur les facteurs de risque et de protection pour la santé, tant individuels qu'environnementaux, ayant également un effet connu sur le suicide ou sur des conditions qui constituent un risque de poser un tel geste, par exemple :

- le [Plan d'action pour la santé mentale étudiante en enseignement supérieur 2021-2026](#) ;
- le [Plan d'action : services psychosociaux et services en santé mentale en contexte de COVID-19](#) ;
- le [Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028, Prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique de jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet](#) ;
- le [Plan d'action interministériel en itinérance 2021-2026, S'allier devant l'itinérance](#) ;
- le [Plan d'action gouvernemental pour le développement social et culturel des Premières Nations et des Inuits 2017-2022](#) ;
- le [Plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale 2018-2023](#) ;
- le [Plan d'action concerté pour prévenir et contrer l'intimidation et la cyberintimidation 2020-2025, S'engager collectivement pour une société sans intimidation](#) ;

- le [Plan d'action gouvernemental de lutte contre l'homophobie et la transphobie 2017-2022](#) ;
- le [Plan d'action jeunesse 2021-2024, Je suis le Québec, le Québec c'est nous](#) ;
- le [Plan d'action ministériel : santé et bien-être des hommes 2017-2022](#) ;
- le [Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2020-2024](#) ;
- la [Politique Vieillir et vivre ensemble : chez soi, dans sa communauté, au Québec](#) et le [Plan d'action 2018-2023 Un Québec pour tous les âges](#) ;
- la [Politique nationale pour les personnes proches aidantes, Reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement](#), et le [Plan d'action gouvernemental pour les personnes proches aidantes 2021-2026, Reconnaître pour mieux soutenir](#) ;
- le [Plan d'action gouvernemental pour l'inclusion économique et la participation sociale 2017-2023](#).

La nouvelle Stratégie voit donc le jour dans un contexte où les principaux acteurs concernés par la prévention du suicide sont mobilisés, compétents et engagés, et où de nombreuses actions contributives à la prévention du suicide sont déjà déployées. Or, il est souhaité de faire des pas supplémentaires :

- en intensifiant des actions déjà existantes et jugées prometteuses ;
- en proposant de nouvelles mesures pour améliorer la réponse aux besoins des personnes qui pensent au suicide, de leurs proches et de leurs milieux de vie ;
- en renforçant les partenariats et les collaborations, de même qu'en en développant de nouveaux ;
- en améliorant notre connaissance du suicide et des particularités de certains groupes de la population au regard de sa prévention ;
- en encourageant et en soutenant les initiatives locales et sectorielles et en fournissant des leviers aux milieux qui souhaitent implanter de nouvelles actions ;
- en suivant la mise en œuvre des actions de même qu'en évaluant les retombées de celles-ci.

SUICIDE : ÉTAT DE LA SITUATION AU QUÉBEC

NOMBRE DE DÉCÈS ET TAUX DE MORTALITÉ PAR SUICIDE

- En 2019, 1 128 personnes sont décédées par suicide, soit 13,3 décès par suicide par 100 000 personnes, dont 872 chez les hommes (taux de 20,7 décès par 100 000 personnes) et 256 chez les femmes (taux de 6,1 par 100 000 personnes) (Levesque, Rassy et Genest, 2022).
- Pour les années 2017-2019, le suicide représente 1,7 % de tous les décès. Cette proportion est plus élevée pour les hommes (2,6 %) que pour les femmes (0,8 %) (Levesque, Rassy et Genest, 2022).
- En 2019, le taux de mortalité par suicide est trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.
- Depuis le sommet atteint en 1999, une tendance à la baisse du nombre de décès et du taux de mortalité par suicide a été observée chez les deux sexes³. Toutefois, les plus récentes données indiquent que le taux de suicide semble atteindre un plateau (Levesque, Rassy et Genest, 2022).
- L'examen du taux de suicide en fonction des régions sociosanitaires met en évidence la disparité des réalités régionales :
 - Pour 2017-2019, les taux de suicide au Nunavik, en Abitibi-Témiscamingue, en Chaudière-Appalaches et dans la région des Laurentides étaient significativement plus élevés que dans le reste du Québec, alors que ceux de Laval, de Montréal et de la Montérégie étaient significativement inférieurs.
 - Depuis plusieurs années, le taux de suicide pour la région du Nunavik est le plus important de la province et, depuis 2015, l'écart avec le reste du Québec s'accroît. La région du Nunavik affichait pour 2017-2019 un taux de suicide de 177,1 par 100 000 personnes, ce qui est beaucoup plus élevé que le taux observé pour l'ensemble du Québec (13,1 par 100 000 personnes). Le nombre de suicides pour cette région a triplé, passant de 11 cas en 2015 à 35 cas en 2019 (Levesque, Rassy et Genest, 2022).
- En 2017, le Québec occupait le cinquième rang des provinces canadiennes ayant le taux de suicide le plus bas, derrière Terre-Neuve-et-Labrador, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta et la Nouvelle-Écosse (Levesque, Mishara et Perron, 2021).
- En 2017, le taux de suicide pour le Québec se situait légèrement au-dessus de la majorité de 11 pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (Levesque, Mishara et Perron, 2021)⁴.
- Le taux de suicide augmente progressivement avec l'augmentation des inégalités matérielles et sociales (Levesque, Mishara et Perron, 2021).

3. En 1999, le nombre total de décès par suicide était de 1 620 (taux de 21,7 par 100 000 personnes).

4. Les comparaisons internationales doivent être interprétées avec prudence, notamment parce que les processus de certification et de codification des causes de décès peuvent varier d'un pays à l'autre. Ces variations peuvent affecter la comparabilité des données.

TAUX DE MORTALITÉ PAR SUICIDE SELON LE SEXE ET L'ÂGE

CHEZ LES HOMMES	CHEZ LES FEMMES
Depuis 1999 (35,3 suicides par 100 000 personnes), le taux de mortalité par suicide a constamment diminué pour atteindre, en 2017, le taux le plus bas observé (19,1 par 100 000 personnes).	Depuis 1999 (8,8 suicides par 100 000 personnes), le taux de mortalité par suicide a diminué pour atteindre, en 2019, 6,1 par 100 000 personnes.
Toutefois, depuis les deux dernières années, on peut observer une légère augmentation du taux de mortalité par suicide, qui est passé de 19,8 en 2018 à 20,7 en 2019 (par 100 000 personnes).	Bien qu'il s'agisse du taux le plus bas jamais observé au Québec depuis les années 1990, les données des années précédentes suggèrent qu'il est stable depuis une dizaine d'années.
Chez les hommes âgés de 20 à 34 ans, il semble y avoir une légère hausse du taux de mortalité par suicide depuis 2017, tandis que, dans les autres groupes d'âge, le taux de suicide paraît stable. On peut également observer une légère hausse depuis 2018 chez les 50-64 ans.	Chez les femmes de 50 à 64 ans, il y a une diminution du taux de mortalité par suicide depuis quelques années. Ce taux a baissé progressivement, passant entre 2015 et 2019 de 12,8 par 100 000 personnes à 8,4 par 100 000 personnes. C'est le taux le plus bas observé depuis une vingtaine d'années et, s'il se maintient, il sera semblable à celui observé chez les femmes âgées de 35 à 49 ans.
Tant chez les hommes que chez les femmes, les taux de mortalité par suicide les plus élevés s'observent chez les 50 à 64 ans.	
Tant chez les hommes que chez les femmes, les taux de mortalité par suicide les plus bas s'observent chez les 10 à 14 ans, suivis des 15 à 19 ans.	

Source : Levesque, Rassy et Genest, 2022.

HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVE DE SUICIDE

- Entre 2008 et 2018, le taux ajusté d'hospitalisations pour tentative de suicide n'a cessé d'augmenter, passant de 34,3 à 48,6 par 100 000 personnes. Toutefois, depuis 2018, on observe une légère diminution du taux ajusté d'hospitalisations pour tentative de suicide au Québec. Celui-ci est passé de 48,6 par 100 000 personnes en 2018 à 41,8 par 100 000 personnes en 2020.
- Les hospitalisations pour tentative de suicide sont généralement plus fréquentes chez les femmes :
 - Entre 2010 et 2020, ce taux est passé de 44,3 à 51,0 par 100 000 personnes chez les femmes et de 33,4 à 33,0 par 100 000 personnes chez les hommes.

- Les hausses les plus marquées du taux d'hospitalisations pour tentative de suicide depuis 2008 s'observent chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans :
 - Ce taux est passé de 34,9 par 100 000 personnes en 2008 à 50,9 en 2019 chez les garçons.
 - Chez les filles, ce taux a plus que doublé depuis 2008 (73,5 par 100 000 personnes), pour atteindre 152,5 par 100 000 personnes en 2020.
- On observe également une augmentation importante du taux d'hospitalisations pour tentative de suicide chez les adolescentes âgées de 10 à 14 ans. Ce taux a plus que doublé, passant progressivement de 25,5 par 100 000 personnes en 2008 à 60,2 par 100 000 personnes en 2019.

Source : Levesque, Rassy et Genest, 2022.

TENTATIVES DE SUICIDE

- Les données du plus récent cycle de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) indiquent qu'en 2014-2015, 0,4 % de la population québécoise de 15 ans et plus avait fait une tentative de suicide dans les 12 derniers mois (Camirand, Traoré et Baulne, 2016). Cela représenterait environ 32 700 personnes.
- La proportion n'est pas différente selon le sexe, mais a tendance à diminuer à mesure que l'âge augmente (Camirand, Traoré et Baulne, 2016).

IDÉES SUICIDAIRES

- Les données du plus récent cycle de l'EQSP indiquent qu'en 2014-2015, environ 2,8 % de la population québécoise de 15 ans et plus⁵, à l'exclusion des personnes ayant fait une tentative de suicide, a eu des idées suicidaires sérieuses⁶ au cours des 12 derniers mois (Camirand, Traoré et Baulne, 2016). Cela représenterait environ 228 900 personnes.
- Au Québec, pour chaque personne décédée par suicide, on en dénombre environ 30 ayant fait une tentative de suicide et environ 200 ayant eu des idées suicidaires sérieuses au cours de la dernière année.⁷
- En proportion, autant d'hommes que de femmes ont eu des idées suicidaires sérieuses au cours des 12 derniers mois. Ce phénomène varie également très peu en fonction de l'âge (Camirand, Traoré et Baulne, 2016).

5. La région du Nunavik n'est pas incluse dans le cycle de l'EQSP 2014-2015.

6. L'indicateur portant sur les idées suicidaires sérieuses au cours des 12 derniers mois est basé sur deux questions : 1) « Avez-vous déjà sérieusement songé à vous suicider ou à vous enlever la vie ? » ; 2) « Est-ce que cela s'est produit au cours des 12 derniers mois ? ».

7. Estimations basées sur les sources suivantes : Camirand, Traoré et Baulne, 2016 & Statistique Canada (Recensement 2016).

DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

- Les données du plus récent cycle de l'EQSP indiquent qu'en 2014-2015, 28 % des Québécois de 15 ans et plus se situaient au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique⁸. Les femmes étaient proportionnellement plus nombreuses que les hommes à se situer au niveau élevé de l'échelle de détresse (33 % des femmes contre 24 % des hommes).
- La proportion de Québécois se situant au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique diminue à mesure que l'âge augmente, passant de 36 % chez les jeunes de 15 à 24 ans à 22 % chez les 65 ans et plus.

Source : Camirand, Traoré et Baulne, 2016.

Pour en savoir plus :

- L'INSPQ publie depuis 2004 un rapport présentant les données les plus récentes sur le suicide au Québec : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2842>.
- Au moment de la publication du présent document, le troisième cycle de l'EQSP (2020-2021) était en cours de collecte. Le prochain rapport sera disponible sur le site Web de l'Institut de la statistique du Québec : <https://statistique.quebec.ca/fr>.

EFFETS DE LA PANDÉMIE DE LA COVID-19 SUR LE SUICIDE

Au moment de publier la Stratégie, selon les données provisoires publiées par le Bureau du coroner, il y aurait eu 1 016 suicides en 2020. Ce nombre est sous-estimé et doit être utilisé avec précaution. Il semble tout de même indiquer qu'une augmentation ne devrait pas être observée. Des résultats similaires ont été rapportés dans d'autres pays et d'autres provinces (Levesque, Rassy et Genest, 2022).

Par ailleurs, les résultats de récents travaux de vigie de l'INSPQ⁹ suggèrent que les visites aux urgences en raison d'une tentative de suicide ou d'idées suicidaires ont diminué au Québec en 2020 (Levesque, Bardon et Gariépy, 2021). Il est toutefois possible que les mesures sanitaires mises en place en raison de la pandémie de la COVID-19 aient découragé les personnes de visiter les urgences.

Il n'en demeure pas moins que l'actuelle pandémie de la COVID-19, et les circonstances exceptionnelles qui en découlent, exacerbe certains facteurs de risque suicidaire, dont l'isolement social et la solitude, l'insécurité financière et les pertes d'emploi, la consommation abusive d'alcool et les barrières d'accès aux soins et aux services. À cet égard, plusieurs études portant sur les répercussions psychosociales de la pandémie actuelle rapportent une hausse de la détresse psychologique et des symptômes de troubles mentaux chez certains groupes de la population, deux facteurs de risque reconnus comme étant associés

8. Dans cette enquête, la détresse psychologique est définie comme le résultat d'un ensemble d'émotions négatives qui, lorsqu'elles sont suffisamment graves et présentes sur une longue période, peuvent être associées à des symptômes de troubles mentaux, dont la dépression et l'anxiété.

9. Il est possible de consulter ce rapport à l'adresse suivante : <https://www.inspq.qc.ca/publications/3182-vigie-ideations-suicidaires-tentatives-suicide-covid-19>.

au suicide (INSPQ, 2020). Des travaux notent également que des facteurs spécifiques au contexte de la COVID-19, comme la peur de contracter le virus et de contaminer les autres, l'exposition répétée aux médias ainsi que la stigmatisation et la discrimination envers les personnes atteintes de la COVID-19 peuvent augmenter la détresse psychologique et, par conséquent, contribuer au risque suicidaire. Par ailleurs, des populations qui cumulaient déjà ces facteurs avant la crise sanitaire seraient plus à risque de comportement suicidaire en contexte de pandémie (INSPQ, 2020).

Il est possible que les effets des différentes répercussions de la pandémie de la COVID-19 sur le suicide ne soient pas connus immédiatement et qu'ils se manifestent dans plusieurs mois ou années. Les travaux de recherche menés depuis le début de la pandémie militent en faveur de l'importance de suivre de près l'évolution du suicide et des facteurs de risque et de protection qui y sont liés.

CADRE DE TRAVAIL

VISION

- Le suicide ne devrait jamais être une option pour mettre fin à sa souffrance. Le suicide est évitable et chaque décès par suicide en est un de trop. Chaque tentative l'est également. Il devrait toujours y avoir d'autres issues.
- Un Québec sans suicide est possible si tous mettent leurs ressources en commun et travaillent ensemble. Les personnes qui pensent au suicide et leurs proches doivent être au cœur des priorités et cela doit s'incarner dans les décisions qui sont prises et dans les actions qui sont mises de l'avant.
- Pour agir efficacement en prévention du suicide, des efforts doivent être déployés pour réduire les ISS et mettre en place des conditions favorables à la santé mentale et au mieux-être de tous.
- La Stratégie doit s'actualiser selon une perspective de santé publique où l'on reconnaît que le suicide découle d'un ensemble d'enjeux et de contextes individuels, familiaux, communautaires, historiques et sociaux.
- Il est important de mettre en place des mesures s'inscrivant le plus en amont possible des situations nécessitant des soins et des services.
- La complémentarité avec d'autres mesures structurantes, qui prévoient des actions permettant d'agir sur les facteurs de risque et de protection individuels et environnementaux ayant un effet connu sur la santé mentale et sur le suicide, ou sur des conditions qui constituent un risque de suicide, est essentielle.

CIBLES¹⁰

- D'ici 2026, augmenter le pourcentage de la population se situant au niveau élevé de bien-être psychologique.
- D'ici 2026, diminuer le pourcentage de la population se situant au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique.
- D'ici 2026, diminuer la prévalence des idées suicidaires.
- D'ici 2026, diminuer la prévalence des tentatives de suicide.
- D'ici 2026, diminuer d'au moins 10 %¹¹ le taux de mortalité par suicide.
- D'ici 2026, diminuer d'au moins 10 % le nombre de décès par suicide.

10. Il serait hasardeux de quantifier toutes les cibles dans le contexte où les modalités de déploiement de plusieurs mesures, qui dépendent des ressources qui seront réellement disponibles, restent à définir. Par ailleurs, l'atteinte des cibles est aussi tributaire de nombreux facteurs, notamment sociaux, sur lesquels la Stratégie ne peut pas agir. Néanmoins, il est pressenti que la synergie entre toutes les mesures aura un effet sur les indicateurs ci-dessus. Ainsi, les cibles ne sont pas liées à une ou des mesures spécifiques, mais plutôt à l'ensemble de la Stratégie.

11. La détermination de la cible de 10 % au minimum pour la diminution du taux de mortalité et du nombre de décès par suicide s'appuie sur une analyse des tendances québécoises observées au cours des dernières années. L'atteinte de cette cible pourrait faire passer le Québec sous la barre des 1 000 décès par suicide en 2026. Les données de référence sont le nombre moyen de décès pour les années 2017, 2018 et 2019 (1 094 décès) et le taux brut de mortalité par suicide de 2017 à 2019 (13,0 par 100 000 personnes).

Le choix de cette cible (réduction d'au moins 10 %) prend en considération, d'une part, la légère augmentation du taux de mortalité par suicide chez les hommes depuis 2017 et, d'autre part, le fait que le taux de mortalité par suicide des femmes est stable depuis une dizaine d'années.

Cette cible se colle à celle mise de l'avant par l'OMS, alors que, dans le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020, les États membres de l'OMS se sont engagés à œuvrer pour atteindre une cible mondiale consistant à réduire le taux de suicide de 10 % d'ici 2020.

AXES DE LA STRATÉGIE

Promotion de la santé mentale et sensibilisation à la prévention du suicide	Prévention des idées suicidaires et des tentatives de suicide	Formation et soutien des professionnels et des intervenants	Développement et intégration de connaissances et actualisation des pratiques
---	---	---	--

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

<ul style="list-style-type: none"> Améliorer les connaissances de toute la population sur les facteurs de protection individuels, familiaux, communautaires et sociétaux favorisant une santé mentale positive. Promouvoir et mettre en place des environnements qui favorisent la santé mentale positive de tous et qui contribuent à la réduction des ISS. Sensibiliser la population aux moyens de prévenir le suicide qui sont à la portée de tous. 	<ul style="list-style-type: none"> Promouvoir une norme sociale en faveur de la demande d'aide et de l'entraide. Promouvoir et mettre en place des environnements qui protègent contre les idées suicidaires. Rehausser l'accès des personnes qui pensent au suicide ou qui ont fait une tentative de suicide à des ressources d'aide. Renforcer le soutien aux proches des personnes qui pensent au suicide et aux personnes endeuillées. 	<ul style="list-style-type: none"> Développer les compétences des professionnels et des intervenants en matière de repérage des personnes qui pensent au suicide, d'intervention auprès d'elles ainsi que d'estimation du danger de passage à l'acte suicidaire. Renforcer le soutien offert aux professionnels et aux intervenants œuvrant auprès de personnes qui pensent au suicide. 	<ul style="list-style-type: none"> Poursuivre l'amélioration de la compréhension du phénomène du suicide. Soutenir le transfert et l'appropriation des connaissances dans les milieux. Favoriser le développement ou l'adaptation de pratiques exemplaires.
--	--	---	--

MESURES (VOIR LES MESURES DÉTAILLÉES À LA PAGE 21 ET 22)

2 mesures	7 mesures + 1 chantier	2 mesures + 1 chantier	2 mesures
-----------	------------------------	------------------------	-----------

FONDEMENTS TRANSVERSAUX

Prise en compte des inégalités sociales de santé	Prise en compte des besoins et des réalités des groupes spécifiques	Actions fondées sur les meilleures pratiques et les données probantes	Leadership fort aux niveaux national et régional	Partenariat et collaboration	Optimisation des ressources
--	---	---	--	------------------------------	-----------------------------

FONDEMENTS TRANSVERSAUX

PRISE EN COMPTE DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Le déploiement des mesures prévues à la Stratégie nationale de prévention du suicide se fera en prenant en considération les ISS et en appliquant, autant que possible, le principe de l'universalisme proportionné. Celui-ci consiste à offrir des interventions universelles, tout en éliminant les barrières d'accès, et à accroître le soutien (modalités ou intensité) selon les besoins des différents sous-groupes de la population.

La défavorisation sociale et économique est associée à un risque accru de suicide, particulièrement chez les personnes sans emploi, non mariées ou ayant un faible niveau de scolarité, avec un effet plus marqué chez les hommes. Pour 2009-2013, la mortalité par suicide des hommes et des femmes provenant de groupes défavorisés était deux fois celle de leur contrepartie, soit les hommes et les femmes provenant de groupes favorisés. Pour cette même période, si l'ensemble des individus avaient eu des taux de suicide correspondant au groupe le plus favorisé, cela aurait correspondu à une diminution de plus de 260 suicides annuellement chez les hommes, et de plus de 75 suicides annuellement chez les femmes (INSPQ, 2018).

Les inégalités sociales de santé sont les différences systématiques qui existent dans la population au regard de différents aspects de la santé et qui découlent d'une répartition inéquitable des facteurs qui influent sur la santé, dont les conditions de vie des personnes (ex. : revenu, travail, scolarité, alimentation, logement).

L'accès inégal aux ressources occasionne des expériences fort différenciées sur l'ensemble du parcours de vie des personnes et entraîne des vulnérabilités plus prononcées chez certains groupes.

Les groupes défavorisés sont ainsi plus susceptibles que les groupes les plus favorisés d'être en mauvaise santé physique, mais aussi mentale, et de présenter des vulnérabilités. Ces inégalités sociales de santé se manifestent à tous les âges de la vie.

Source : Bernier, 2021.

Diverses actions peuvent contribuer à réduire les ISS ou à atténuer les effets des différentes formes de défavorisation sur les personnes, les familles et les communautés (MSSS, 2016). La réduction des ISS passe nécessairement par un ensemble d'interventions impliquant plusieurs secteurs, de manière à agir sur les déterminants sociaux de la santé tels que le logement et le revenu (Bernier, 2021). Ce travail implique également de tenir compte des barrières à l'accès aux services, qui varient en fonction des conditions socioéconomiques des groupes qui composent la société (barrières financières, géographiques, administratives, culturelles) (MSSS, 2016).

De manière à réduire ces barrières de différentes natures et à mieux répondre aux besoins de certaines populations présentant des vulnérabilités, il importe d'adapter les interventions, par exemple en intensifiant les services (MSSS, 2016). L'adaptation des interventions peut supposer de développer celles-ci en partenariat avec les populations présentant des vulnérabilités. Elle requerra fréquemment que les interventions et les services rejoignent ces populations, plutôt que d'attendre qu'elles y accèdent (Houle, 2020).

PRISE EN COMPTE DES BESOINS ET DES RÉALITÉS DES GROUPES SPÉCIFIQUES

Les données de surveillance sur le suicide présentées précédemment (pages 5 à 8) donnent certaines indications sur les populations qui sont les plus touchées par la mortalité par suicide, particulièrement les personnes issues des communautés des Premières Nations et les Inuit ainsi que les hommes, rendant ainsi incontournable la prise en compte de l'approche de la sécurisation culturelle et d'analyse différenciée selon les sexes, afin d'adapter les actions et d'éviter de créer ou de reproduire des inégalités.

L'incidence du suicide reste limitée, même pour des personnes plus à risque. Des questions éthiques demeurent sur la valeur de l'utilisation de données pour identifier des personnes à risque, alors que très peu d'entre elles présentent des comportements suicidaires.

Source : Laforest, J., P. Maurice et L. M. Bouchard (dir.), 2018.

Au-delà des données sur la mortalité par suicide, il est connu que certains groupes de personnes présentent une combinaison plus élevée et spécifique de facteurs de vulnérabilité, ce qui augmente le risque suicidaire pour celles-ci (Lebel, Ste-Marie, Boudrias et Montreuil, 2018). La vaste majorité des personnes appartenant à ces groupes ne se suicideront pas. Cependant, les personnes décédées par suicide appartiennent presque toujours à l'un ou l'autre de ces groupes, d'où l'importance de les connaître pour y être sensible lors du repérage. On fait référence notamment aux personnes vivant avec un trouble mental, aux personnes aux prises avec une dépendance, aux personnes de la communauté LGBTQ+, etc.

Par ailleurs, les données sur les taux d'hospitalisation en raison d'une tentative de suicide chez les adolescentes et les jeunes femmes (page 7) soulèvent l'importance de nous préoccuper également des femmes et de leur dédier des interventions adaptées.

Enfin, les besoins et les réalités de certains groupes de la population (par exemple les enfants, les adolescents, les aînés, les anglophones) ou de certaines clientèles plus spécifiques (par exemple les personnes vivant avec une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme, les personnes incarcérées, les agriculteurs, les personnes des communautés ethnoculturelles, les travailleurs des métiers d'urgence) doivent être pris en compte. De nouveaux espaces d'intervention gagneront à être considérés.

L'analyse des besoins et des réalités des populations spécifiques doit s'effectuer dès les premières étapes de planification, et ce, afin de prévoir leur prise en compte dès le départ et d'éviter, autant que possible, de multiplier les actions pour y répondre a posteriori.

ACTIONS FONDÉES SUR LES MEILLEURES PRATIQUES ET LES DONNÉES PROBANTES

Il importe d'appuyer la Stratégie nationale de prévention du suicide sur les meilleures pratiques et les données probantes.

Les mesures et les chantiers retenus dans la Stratégie nationale de prévention du suicide sont le résultat du croisement :

- de plus de 70 propositions et de plus de 50 recommandations des parties prenantes interpellées au printemps 2021, dans la foulée des consultations sur la Stratégie ;
- des bonnes pratiques proposées dans les nouveaux guides de bonnes pratiques en prévention du suicide, plus précisément celui à l'intention des gestionnaires, dont les travaux de mise à jour ont coïncidé avec l'élaboration de la Stratégie.

Il n'en demeure pas moins que le recours à des données probantes en prévention du suicide peut comporter des défis importants, et ce, pour différentes raisons, comme des enjeux éthiques ou pratiques, ou parce que certains types d'intervention suscitent peu l'intérêt des chercheurs (Laforest, Maurice et Bouchard, 2018). Cela milite d'autant plus en faveur de la sollicitation et de la valorisation du savoir expérientiel des gestionnaires, des professionnels et des intervenants, des proches et des personnes qui ont déjà pensé au suicide.

Le contenu du nouveau guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des gestionnaires est basé sur la littérature scientifique, la littérature grise, les principaux documents gouvernementaux et la réalité sur le terrain.

Les pratiques proposées sont le résultat du croisement des savoirs scientifiques, expérientiels et contextuels.

Les sources consultées ont permis de compléter et de rehausser la revue de littérature réalisée en 2010, lors de la rédaction du premier guide. De plus, l'exploration de certaines pratiques déjà existantes au Québec a contribué à bonifier le contenu de celui-ci.

LEADERSHIP FORT AUX NIVEAUX NATIONAL ET RÉGIONAL

Le suicide est un problème de santé publique (OMS, 2014). Sa prévention requiert l'engagement d'une foule d'acteurs de divers milieux, secteurs et niveaux d'intervention. L'OMS insiste sur le fait qu'afin de mettre en place une stratégie nationale de prévention du suicide, les gouvernements doivent assumer pleinement leur rôle de fédérateurs (OMS, 2014). Un leadership fort, stimulant et rassembleur est attendu.

Ce leadership doit aussi incarner la vision de ce qu'est le problème, des défis sociaux qui y sont associés ainsi que des approches et des actions qui doivent être mises de l'avant pour le contrer.

Le MSSS ainsi que les CISSS et CIUSSS, particulièrement leurs directions de santé publique (DSPublique), s'engagent à exercer un leadership fort et mobilisant pour mener à bien le déploiement des mesures de la Stratégie dans une approche globale de santé publique, et à travailler à l'atteinte de ses objectifs.

Des interlocuteurs de six pays rencontrés par le Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE) relèvent des enjeux entourant la mobilisation autour d'une stratégie nationale de prévention du suicide :

- risque de définir l'enjeu du suicide de manière étroite, comme un enjeu de santé seulement plutôt qu'un problème complexe et ayant de multiples causes ;
- risque de minimiser les défis sociaux (inégalités sociales de santé, pauvreté, colonialisme, etc.) associés au suicide ;
- risque de limiter l'action au développement de ressources en santé mentale (approche curative) plutôt qu'en prévention.

Source : Bardon, Pereira et Goulet-Cloutier, 2021.

PARTENARIAT ET COLLABORATION

Aucune approche isolée ne peut résoudre à elle seule une question aussi complexe que le suicide (OMS, 2014). La prévention du suicide doit inévitablement reposer sur la contribution et la concertation de plusieurs acteurs provenant de différents secteurs. La Stratégie représente une nouvelle occasion pour les acteurs visés de se mobiliser et de réaffirmer leur volonté d'agir en concertation. Puisqu'elle s'actualise selon une approche de santé publique, la prévention du suicide dépasse largement le champ d'action des professionnels et des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). D'une part, à l'instar de la planification et de la mise en œuvre du continuum d'actions, de soins et de services en prévention du suicide, une solide collaboration entre toutes les directions sectorielles des CISSS et CIUSSS est essentielle pour le déploiement des

Les mesures retenues dans la Stratégie s'inscrivent pour la plupart en amont des soins et services offerts à la personne qui pense au suicide, ces derniers étant généralement déployés par le biais des programmes-services des CISSS et CIUSSS ou inscrits dans la mission d'organismes de la communauté comme les centres de prévention du suicide (CPS). Par ailleurs, certaines actions du PAISM abordent la prévention du suicide et les interventions auprès de personnes présentant un risque suicidaire. Les mesures de la Stratégie s'inscrivent en cohérence et en complémentarité avec celui-ci.

mesures de la Stratégie. D'autre part, la collaboration avec les partenaires intersectoriels des niveaux national, régional, territorial et local et avec divers acteurs de la société est également nécessaire. De nouveaux partenariats sont à prévoir.

Une stratégie nationale de prévention du suicide permet, entre autres, de nommer et de fédérer les parties prenantes (OMS, 2014). L'engagement de toutes les organisations se fonde sur la connaissance et la reconnaissance mutuelle des expertises, la confiance ainsi que le respect des mandats confiés à chacune d'elles.

OPTIMISATION DES RESSOURCES

Malgré l'ajout de financement annoncé avec la Stratégie, il demeure impératif d'optimiser les ressources, qu'elles soient humaines, matérielles ou financières. Notamment, le déploiement des mesures de la Stratégie doit tenir compte des enjeux liés à la rareté de la main-d'œuvre qui touche plusieurs secteurs d'activité, et particulièrement le RSSS et le milieu communautaire. De plus, les nouvelles actions doivent autant que possible s'intégrer aux mesures, aux initiatives et aux autres projets déjà en action ou en cours de déploiement dans les milieux. À ce titre, une perspective autant nationale que régionale du continuum des actions déjà en place et des activités qui sont projetées est essentielle.

Par ailleurs, il s'avère judicieux de ne pas multiplier le développement d'initiatives visant les mêmes objectifs (ex. : le repérage), mais plutôt de miser sur des modalités de soutien et d'accompagnement adaptées dans les milieux lors de la phase d'implantation, par exemple grâce à la contribution de professionnels et d'intervenants chevronnés. Ces modalités doivent soutenir l'appropriation des apprentissages et le déploiement des nouvelles compétences, en plus d'encourager l'autonomie et la prise en charge des actions par les milieux.

AXES ET MESURES DE LA STRATÉGIE

La Stratégie comprend des axes, des mesures et des chantiers qui guideront, au cours des prochaines années, les actions gouvernementales nationales, les actions aux niveaux régional et territorial ainsi que celles des partenaires non gouvernementaux et autres partenaires de la prévention du suicide. Chaque mesure ou chantier est associé à un ou plusieurs responsables et collaborateurs de sa mise en œuvre. Des pistes pour la mise en œuvre et d'autres aspects à considérer sont aussi présentés.

Axes

Chaque axe comprend des mesures existantes renforcées ou de nouvelles mesures innovantes, levier essentiel à l'atteinte de résultats significatifs.

Principales actions déjà déployées

Pour chaque axe, les principales actions déjà déployées (ou en déploiement) sont présentées. Celles-ci émanent le plus souvent de mesures de projets structurants gouvernementaux auxquels collaborent les CISSS et CIUSSS ainsi que de nombreux partenaires des niveaux national, régional et territorial. Il importe de rappeler qu'une multitude d'interventions et d'actions sont aussi issues des régions, des territoires et des localités. Il est toutefois impossible d'en dresser une liste exhaustive.

Mesures et chantiers

Les mesures retenues dans la Stratégie sont le fruit du croisement des propositions et des recommandations des parties prenantes consultées, des bonnes pratiques et des conseils des membres du comité aviseur de la Stratégie.

Quant à eux, les chantiers revêtent un caractère exploratoire. Ils visent à examiner, au préalable, la pertinence et la faisabilité d'éventuelles actions d'intérêt jugées prometteuses, selon l'information disponible au moment de l'adoption de la Stratégie.

La majorité des mesures ainsi que les chantiers s’inscrivent dans un cadre théorique qui fait la distinction entre les stratégies universelles, sélectives et indiquées, comme le préconise l’OMS (2014) :

★ Stratégies universelles	Ces mesures s’adressent à l’ ensemble de la population et visent des retombées positives pour tous. Elles contribuent à une approche globale en prévention du suicide (ex. : une campagne de promotion de la santé mentale visant la population générale).
★ Stratégies sélectives	Ces mesures s’adressent à des groupes et des communautés avec des besoins et des caractéristiques de vulnérabilités spécifiques en prévention du suicide. Elles contribuent à une approche ciblée (ex. : l’implantation d’un réseau de sentinelles dans un milieu de travail).
★ Stratégies indiquées	Ces mesures ciblent des personnes cumulant des facteurs de vulnérabilité ou vivant des manifestations suicidaires (ex. : le suivi étroit des personnes qui ont fait une tentative de suicide).

D’autres mesures et chantiers sont de nature plus transversale et visent essentiellement à soutenir les pratiques de même qu’à développer les connaissances.

Les pistes d’action et les éléments à prendre en considération lors de la mise en œuvre des mesures et des chantiers ne constituent pas un plan d’action à proprement dit. Étant le reflet des propositions et des recommandations reçues des parties prenantes consultées, ils seront toutefois pris en compte dans le plan de déploiement élaboré par le MSSS de concert avec les DSPublique des CISSS et CIUSSS et les autres partenaires concernés. Ces pistes et éléments tendent vers les meilleures pratiques, tout en tenant compte des besoins et des réalités du terrain.

Responsables et collaborateurs

Pour chaque mesure, des responsables et des collaborateurs se partageront les rôles.

Les responsables agissent à titre d’instigateurs ou de maîtres d’œuvre de l’action. Ainsi, les responsables prennent l’initiative des actions à réaliser ou mandatent des tiers pour ce faire. Ils ont aussi pour rôle de susciter la contribution de collaborateurs et de partenaires ainsi que de s’assurer de leur mobilisation dans la mise en œuvre de l’action.

Pour leur part, les collaborateurs apportent leur soutien aux responsables. Ils contribuent à la mise en œuvre de l’action, notamment en participant à sa réalisation, en étant responsables d’actions particulières ou en étant engagés dans la mise en œuvre de l’action selon leur mission et leurs capacités respectives, et ce, à différents niveaux d’intervention.

D’autres collaborateurs pourraient s’ajouter tout au long de la mise en œuvre de la Stratégie, selon les besoins qui pourraient émerger et les partenariats qui seront créés ou renforcés.

La liste des responsables et des collaborateurs pour chacun des axes est présentée à l’annexe 2.

VUE D'ENSEMBLE DES AXES, DES MESURES ET DES CHANTIERS

Axe 1 – Promotion de la santé mentale et sensibilisation à la prévention du suicide

1.1 Promouvoir la santé mentale auprès de la population générale.

★ **Stratégie universelle**

1.2 Sensibiliser la population générale au suicide et aux moyens de le prévenir.

★ **Stratégie universelle**

Axe 2 – Prévention des idées suicidaires et des tentatives de suicide

2.1 Sensibiliser et outiller à l'égard des bonnes pratiques à adopter lorsque le sujet du suicide est abordé dans l'espace public, notamment dans les médias et dans les œuvres de fiction.

★ **Stratégie universelle**

2.2 Soutenir les stratégies permettant de restreindre l'accès aux moyens de s'enlever la vie.

★ **Stratégie universelle**

2.3 Soutenir l'implantation de réseaux de sentinelles dans divers milieux de vie, dont les milieux de travail.

★ **Stratégie sélective**

2.4 Sensibiliser les professionnels et les intervenants aux besoins des proches de la personne qui pense au suicide ou qui a fait une tentative et les outiller à cet égard.

★ **Stratégie sélective**

2.5 Renforcer le soutien des personnes endeuillées par suicide.

★ **Stratégie sélective**

2.6 Optimiser le soutien des milieux pour les aider à faire face à un décès par suicide (postvention).

★ **Stratégie sélective**

2.7 Soutenir la mise en œuvre d'actions et d'interventions en prévention du suicide par l'utilisation des nouvelles technologies numériques.

★ **Stratégies universelle, sélective et indiquée**

2.8 CHANTIER – Améliorer l'offre et l'accès au suivi étroit des personnes qui sont ou qui ont été en danger grave de poser un geste suicidaire.

★ **Stratégie indiquée**

Axe 3 – Formation et soutien des professionnels et des intervenants

3.1 Rendre accessible aux professionnels et aux intervenants concernés par la prévention du suicide une offre de formation adaptée aux besoins des groupes spécifiques et aux différents contextes d'intervention.

3.2 CHANTIER – Évaluer la faisabilité d'intégrer les contenus de formation sur l'intervention auprès des personnes qui pensent au suicide dans les programmes de formation initiale des professionnels et des intervenants, y compris les médecins et les infirmières.

3.3 Prévenir la fatigue de compassion chez les professionnels et les intervenants œuvrant auprès de personnes qui pensent au suicide.

Axe 4 – Développement et intégration de connaissances et actualisation des pratiques

4.1 Soutenir des projets de recherche permettant de développer de nouvelles connaissances ou d'adapter des pratiques prometteuses.

4.2 Informer l'ensemble des acteurs concernés par la prévention du suicide des recommandations émises par les coroners.

Mesures particulières pour les communautés des Premières Nations et les Inuit

L'ensemble des mesures de la Stratégie seront mises en œuvre pour le bien de l'ensemble de la population du Québec, y compris les membres des communautés des Premières Nations et les Inuit. Il est également souhaité :

- de mettre de l'avant l'approche de la sécurisation culturelle¹² dans la promotion de la santé mentale et dans la prévention du suicide chez les Premières Nations et les Inuit ;
- de prendre en compte les particularités (besoins, réalités, façons de faire) des communautés des Premières Nations et des Inuit dans la planification des actions de promotion de la santé mentale, de promotion de la vie et de prévention du suicide ;
- de soutenir les communautés des Premières Nations et les Inuit dans la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé mentale, de promotion de la vie et de prévention du suicide.

12. La sécurisation culturelle est une approche qui reconnaît la présence des iniquités vécues par les Autochtones et qui cherche à combler ces écarts par des pratiques sécurisantes. Le guide *La sécurisation culturelle en santé et en services sociaux : vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit* est disponible à l'adresse suivante : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003056/>.

AXE 1 – PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE ET SENSIBILISATION À LA PRÉVENTION DU SUICIDE

La promotion de la santé mentale contribue à la prévention du suicide. Elle vise avant tout à améliorer les conditions qui « produisent » la santé mentale au bénéfice de tous, y compris ceux qui présentent certains facteurs de risque associés au suicide. Les actions de promotion de la santé mentale contribuent également à réduire la pression sur les services cliniques. La promotion de la santé mentale doit être partie intégrante de la Stratégie, en complément aux mesures de soutien et aux services mis en place pour prévenir le suicide et soutenir les personnes à risque de suicide (OMS, 2014).

La promotion de la santé mentale implique de concevoir la santé mentale dans sa dimension positive. Il est maintenant acquis qu'une bonne santé mentale ne se reconnaît pas qu'à l'absence de troubles mentaux, mais qu'elle nécessite également l'atteinte d'un bien-être mental (OMS, 2018, cité dans Julien, 2021). S'il n'y a pas de définition consensuelle de la santé mentale positive, certains auteurs s'entendraient cependant pour dire qu'elle se caractérise notamment par la présence d'émotions positives et par un bon niveau de fonctionnement psychologique (ex. : être capable de prendre des décisions par soi-même) et social (ex. : sentir que l'on contribue à la société) (Forgeard et al., 2011, cité dans Julien, 2021).

Quant à elles, les actions de sensibilisation en prévention du suicide permettent de joindre l'ensemble de la population ou des groupes plus spécifiques. Les recherches indiquent que les campagnes de sensibilisation ont des effets positifs pour améliorer les connaissances et les attitudes par rapport au suicide, pour réduire la stigmatisation et pour augmenter la capacité à demander de l'aide (Kuiper et al., 2018 ; Pirkis et autres, 2017 ; Torok et al., 2017). Cet effet est non négligeable, considérant que les attitudes et les valeurs d'une société au regard de l'acceptabilité du suicide comme méthode pour résoudre ses problèmes ou mettre fin à une souffrance psychique sont associées aux comportements suicidaires (Laforest, Maurice et Bouchard, 2018).

Les mesures figurant dans l'axe 1 visent les objectifs spécifiques suivants :

- Améliorer les connaissances de toute la population sur les facteurs de protection individuels, familiaux, communautaires et sociétaux favorisant une santé mentale positive.
- Promouvoir et mettre en place des environnements qui favorisent la santé mentale de tous et qui contribuent à la réduction des ISS.
- Sensibiliser la population aux moyens de prévenir le suicide qui sont à la portée de tous.

PRINCIPALES ACTIONS DÉJÀ DÉPLOYÉES

Campagne annuelle de promotion de la santé mentale

D'abord créé par l'Association canadienne pour la santé mentale, cet événement est maintenant porté par Mouvement Santé mentale Québec et ses groupes membres. Depuis 2017, la [campagne](#) annuelle s'articule autour du concept « 7 astuces pour se recharger ». Ces astuces représentent sept facteurs de protection qui aident à maintenir une bonne santé mentale individuelle et collective.

Un battement d'ailes à la fois, cap sur la santé mentale – Trousse COVID pour aller mieux

Développée par Mouvement Santé mentale Québec, cette trousse vise plus particulièrement à outiller les milieux de travail souhaitant favoriser le mieux-être. Le [site Web](#) propose différents contenus : capsules vidéo, fiches d'animation, balados, ressources, etc.

Approche École en santé et référent ÉKIP

Inscrite dans l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation, [l'approche École en santé](#) permet la planification et le déploiement d'actions de promotion de la santé et de prévention auprès des jeunes, en lien avec plusieurs thématiques relatives à la santé, dont la santé mentale. Le [référent ÉKIP](#), qui repose sur l'approche École en santé, soutient la planification d'actions de prévention et de promotion de la santé en milieu scolaire, coordonnées par des acteurs du RSSS et du réseau de l'éducation, en collaboration avec la famille et la communauté. Le but est d'agir auprès des élèves et dans leurs milieux de vie, afin qu'ils développent des compétences pour faire face à une variété de situations en matière de santé et de bien-être. Plus spécialement au regard de la promotion de la santé mentale, il est recommandé de privilégier les actions visant à ce que les jeunes se sentent bien, en sécurité, valorisés, soutenus et en mesure de s'adapter à diverses situations. Le référent ÉKIP mise sur le développement de compétences personnelles et sociales tout au long du parcours scolaire des jeunes : connaissance de soi, gestion des émotions et du stress, gestion des influences sociales, demande d'aide, exercice de choix éclairés en matière de saines habitudes de vie, adoption de comportements prosociaux, engagement social. Or, pour permettre aux jeunes de développer leurs compétences personnelles et sociales de façon optimale, les actions éducatives favorisant l'acquisition de savoirs ne suffisent pas. Les actions dans les milieux de vie des jeunes visant l'aménagement d'environnements sains, accueillants et sécuritaires, à l'école, auprès de leur famille et dans la communauté contribuent également à leur développement global.

Projet de promotion de la santé mentale positive en contexte scolaire

Déployé depuis l'automne 2020 et inscrit dans le [PAISM](#) (mesure 4.1), ce projet, financé à hauteur de 25 millions de dollars par an, a pour but de renforcer les actions de promotion de la santé mentale chez les jeunes du Québec en milieu scolaire. Ce projet permet l'ajout de nouvelles ressources professionnelles dans les DSPublique spécifiquement réservées à l'accompagnement des écoles primaires et secondaires, publiques et privées, y compris les centres de formation professionnelle et les centres d'éducation des adultes. Fondées sur l'approche École en santé et le référent ÉKIP, les actions prévues dans ce projet visent d'abord à améliorer les conditions qui « produisent » la santé mentale au bénéfice de tous les jeunes, y

compris ceux qui présentent certains facteurs de risque ou qui ont un ou plusieurs diagnostics de troubles mentaux. Ces actions contribuent, du même coup, à réduire la pression sur les services cliniques. Le projet prévoit également, pour l'ensemble des milieux scolaires du Québec, le développement d'outils visant :

- le développement de compétences et d'habiletés sociales contributives au développement et au maintien d'une santé mentale positive ;
- la création de milieux de vie favorables à l'épanouissement de tous les jeunes.

Semaine de prévention du suicide

Déployé chaque année depuis 1991 par l'AQPS, notamment grâce à un soutien financier du MSSS, cet événement de sensibilisation et de mobilisation sociale vise entre autres à normaliser la demande d'aide, à faire connaître les ressources d'aide aux personnes qui pensent au suicide et à leurs proches ainsi qu'à mettre en mouvement des citoyens et des organisations qui ont à cœur la prévention du suicide.

Pour sa part, le site commentparlerdusuicide.com souhaite favoriser la prise de parole en lien avec le suicide et guider les personnes sur les façons d'en parler dans une optique préventive.

MESURES

Mesure 1.1 – Promouvoir la santé mentale auprès de la population générale

★ Stratégie universelle

La promotion de la santé mentale renvoie aux mesures qui permettent de maximiser la santé mentale et le bien-être des individus et des collectivités. Elle cible l'ensemble de la population et centre son action sur les déterminants de la santé mentale qui contribuent à accroître le pouvoir d'agir et les capacités d'adaptation des communautés ainsi que celles des individus. La promotion de la santé mentale renvoie donc à la mise en place de conditions individuelles, sociales et environnementales qui soutiennent le développement d'une santé mentale optimale (Mantoura, Roberge et Fournier, 2017). En effet, plusieurs facteurs individuels (ex. : saines habitudes de vie) de même que liés à la famille (ex. : niveau élevé de soutien familial), à la communauté (ex. : quartier où les voisins s'entraident) et à la société (ex. : mise en place de mesures visant à lutter contre la discrimination ou la stigmatisation) contribuent à une santé mentale positive (Mantoura, 2014).

Pistes d'action et autres éléments à prendre en considération lors de la mise en œuvre de la mesure 1.1 :

- Donner de l'information sur la notion de santé mentale, qui ne se limite pas à l'absence de troubles mentaux.
- Viser le renforcement des facteurs associés au développement et au maintien d'une bonne santé mentale, notamment les compétences personnelles et sociales, tout au long de la vie.

- Guider le déploiement d'actions dans les milieux de vie (famille, école, travail) qui permettent la création d'environnements sains, bienveillants et exempts de violence favorables à la santé mentale de tous et à la réduction des ISS.
- Déployer des efforts plus soutenus et ciblés auprès des populations présentant des vulnérabilités.

Mesure 1.2 – Sensibiliser la population générale au suicide et aux moyens de le prévenir

★ Stratégie universelle

Une activité recommandée par l'OMS est la réalisation de campagnes de sensibilisation (OMS, 2014 ; Torok et al., 2017). Ces campagnes peuvent s'adresser à la population en général ou à des milieux en particulier, par exemple les milieux de travail (Kuiper et al., 2018 ; Milner et al., 2014). Leurs retombées peuvent être plus grandes si elles sont proposées en combinaison avec d'autres actions, dans une stratégie plus globale (Torok et al., 2017). Elles gagnent à utiliser autant les médias traditionnels que les médias sociaux, ces derniers permettant de maximiser la portée des messages tout en limitant les coûts (Torok et al., 2017).

Pistes d'action et autres éléments à prendre en considération lors de la mise en œuvre de la mesure 1.2 :

- Assurer la cohérence des actions avec la mesure 2.1 (bonnes pratiques à adopter lorsque le sujet du suicide est abordé dans l'espace public).
- Respecter les recommandations des experts¹³ pour une communication sécuritaire et préventive au sujet du suicide, particulièrement lorsque des jeunes peuvent y être exposés, par exemple en contexte scolaire.
- Porter une attention particulière aux effets pervers possibles des activités de sensibilisation auprès de la population.
- Guider la population lors de ses interventions auprès d'un proche qui pense au suicide.
- Normaliser la demande d'aide, en particulier chez les hommes, et donner de l'information sur les ressources existantes.
- Concevoir les activités en tenant compte du point de vue et de l'expérience de personnes ayant fait l'expérience de comportements suicidaires, lorsque cela se prête.

13. *Prévention du suicide : une ressource pour les professionnels des médias*, mise à jour 2017 (OMS, 2017 : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272448/WHO-MSD-MER-17.5-fre.pdf?ua=1>), et INSPQ (2004).

AXE 2 – PRÉVENTION DES IDÉES SUICIDAIRES ET DES TENTATIVES DE SUICIDE

Comme mentionné précédemment, pour chaque personne décédée par suicide au cours d'une année, on en dénombre environ 30 ayant fait une tentative de suicide et environ 200 ayant eu des idées suicidaires (Levesque, Rassy et Genest, 2022 ; Camirand, Traoré et Baulne, 2016). Les personnes qui ont déjà fait une tentative de suicide sont à risque élevé de faire une nouvelle tentative dans l'avenir (Laforest, Maurice et Bouchard, 2018). Selon les plus récentes données disponibles, le quart des hommes et le tiers des femmes se situeraient par ailleurs au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique (Camirand, Traoré et Baulne, 2016). Vivre de la détresse psychologique ou du désespoir peut être très souffrant et s'accompagner d'idées suicidaires.

La prévention des idées suicidaires et des tentatives de suicide doit prendre en compte les facteurs de risque associés au suicide et liés aux individus, aux milieux de vie et, plus largement, au contexte social, par exemple : la couverture médiatique inappropriée, l'accessibilité aux moyens de s'enlever la vie, l'absence de soutien social, le manque d'information sur l'aide disponible et sur la façon de réagir aux idéations suicidaires d'un pair, les tentatives de suicide antérieures, l'usage abusif d'alcool ou de drogue, un faible statut socioéconomique, la fermeture d'une entreprise entraînant des pertes d'emploi, des événements extrêmes entraînant des pertes, etc.

Les mesures figurant dans l'axe 2 visent les objectifs spécifiques suivants :

- Promouvoir une norme sociale en faveur de la demande d'aide et de l'entraide.
- Promouvoir et mettre en place des environnements qui protègent contre les idées suicidaires.
- Rehausser l'accès des personnes qui pensent au suicide ou qui ont fait une tentative de suicide à des ressources d'aide.
- Renforcer le soutien aux proches des personnes qui pensent au suicide et aux personnes endeuillées.

PRINCIPALES ACTIONS DÉJÀ DÉPLOYÉES

Traitement médiatique du suicide

Différents outils ont été élaborés au cours des dernières années afin de sensibiliser au suicide dans l'espace public les médias ainsi que les autres acteurs amenés à communiquer. Parmi les plus récents, soulignons le guide [Médiatisation et suicide dans un contexte de pandémie ou d'événements exceptionnels](#) élaboré par l'AQPS, qui rappelle les recommandations pour parler du suicide de façon préventive, entre autres dans le contexte

de la pandémie de la COVID-19. Par ailleurs, l'OMS a publié en 2019 le [Guide à l'usage des réalisateurs et des autres personnes travaillant pour la scène ou l'écran](#).

Restriction de l'accès aux moyens utilisés pour s'enlever la vie

Le [portrait de la situation du suicide au Québec](#), publié chaque année par l'INSPQ, présente les données disponibles sur les moyens utilisés par les personnes décédées par suicide. De plus, l'INSPQ a publié en 2019 un rapport plus détaillé sur ce sujet, et ce, en vue de développer des stratégies plus efficaces et adaptées à chaque sous-groupe de la population concerné par la prévention du suicide.

Sentinelles en prévention du suicide

L'établissement des réseaux de sentinelles en prévention du suicide est l'une des mesures les plus connues en matière de prévention du suicide au Québec. Cette mesure est d'ailleurs inscrite dans le PNSP 2015-2025. Son implantation s'appuie sur un [cadre de référence](#) et la [formation Agir en sentinelle pour la prévention du suicide](#), élaborée par l'AQPS et déployée principalement par les CPS. Une [étude descriptive sur la capacité d'agir des sentinelles en prévention du suicide au Québec](#) a été publiée en 2018 par l'INSPQ, permettant de tirer des constats et de proposer des pistes d'action.

Élaborée par l'AQPS en étroite collaboration avec l'Union des producteurs agricoles, une [adaptation](#) de la formation *Agir en sentinelle pour la prévention du suicide* s'adresse aux personnes susceptibles d'être en contact avec des producteurs agricoles présentant des vulnérabilités.

Dans le cadre du [plan d'action 2018-2023 Un Québec pour tous les âges](#), la formation *Agir en sentinelle pour la prévention du suicide* a pu être bonifiée afin de mieux outiller les personnes formées à reconnaître les signes précurseurs des comportements suicidaires chez les aînés et à jouer un rôle de relais entre ces derniers et les ressources d'aide.

Programme de postvention : être prêt à agir à la suite d'un suicide

Ce [programme](#) a été rédigé dans le contexte de la Stratégie d'action jeunesse 2016-2021 du Secrétariat à la jeunesse par Monique Séguin, Françoise Roy et Tania Boilar, en collaboration avec l'AQPS et le RCPSQ. Il est rendu disponible aux différents milieux de vie qui souhaitent agir adéquatement à la suite d'un suicide ou se préparer à une telle éventualité. Le programme s'adresse également aux organisations pouvant être interpellées à intervenir directement afin de réduire les répercussions sur les milieux et les individus. L'implantation du programme repose notamment sur la formation de superutilisateurs et d'une communauté de pratique.

Service numérique québécois en prévention du suicide, [suicide.ca](#)

En 2017, le MSSS a octroyé à l'AQPS une subvention de cinq millions de dollars pour soutenir le développement d'une stratégie en prévention du suicide pour le Québec par l'utilisation des nouvelles technologies. Ce mandat consiste à donner de l'information à propos du suicide ; à repérer les personnes suicidaires, notamment celles qui ne sont pas jointes par les services, et à les diriger vers des ressources d'aide ; à offrir de l'aide à la personne suicidaire 24 heures par jour et 7 jours par semaine, par clavardage ou par texto ; et à augmenter la visibilité de certaines ressources d'aide.

Ligne provinciale d'intervention téléphonique en prévention du suicide 1 866 APPELLE

C'est dans le cadre de la Stratégie québécoise d'action face au suicide, *S'entraider pour la vie*, que le MSSS, en collaboration avec chaque région, a implanté la ligne 1 866 APPELLE. Inscrit dans le PNSP 2015-2025, ce service est disponible gratuitement, 24 heures par jour et 7 jours par semaine, pour toute personne qui pense au suicide, l'entourage de la personne suicidaire et les personnes endeuillées par le suicide. Les CPS sont les principaux mandataires de la ligne 1 866 APPELLE, ainsi que certains CISSS et CIUSSS par le biais du service de consultation téléphonique psychosociale 24 h/24, 7 j/7 (Info-Social 811).

Projet La prévention du suicide par une vision de services intégrés (Coopération Québec-France contre la dépression et l'isolement)

Depuis 2014, le MSSS et le ministère des Solidarités et de la Santé de la France soutiennent une stratégie multimodale de prévention du suicide, laquelle est mise en œuvre dans la région de l'Outaouais, au Québec, et dans celle de Brest, en France. La stratégie met de l'avant les interventions suivantes : [portail Web Mieux dans ma tête](#) offrant des informations à la population générale sur la dépression et sur comment y faire face ; formation sur la dépression et sur l'intervention en situation de crise ; et suivi des personnes à risque de passage à l'acte suicidaire ou de celles ayant fait une tentative de suicide (relances téléphoniques, suivi étroit).

MESURES

Mesure 2.1 – Sensibiliser et outiller à l'égard des bonnes pratiques à adopter lorsque le sujet du suicide est abordé dans l'espace public, notamment dans les médias et dans les œuvres de fiction ★ Stratégie universelle

En prévention du suicide, la communication et les échanges avec la population sont essentiels. Toutefois, le sujet du suicide doit être abordé avec prudence dans les communications afin de ne pas engendrer d'effets négatifs (Niederkrötenhaler et al., 2020), autant lorsqu'il s'agit de partager des informations préventives qu'à la suite d'un événement suicidaire. Des stratégies existent pour aborder le suicide de manière appropriée dans les médias, dans les œuvres de fiction ou devant des groupes, par exemple à l'occasion de conférences. Un grand nombre de recherches indiquent que la couverture médiatique sensationnaliste des suicides provoque une hausse immédiate des décès et des tentatives de suicide chez les personnes présentant des vulnérabilités (Laforest, Maurice et Bouchard, 2018). À l'inverse, un traitement médiatique adéquat du suicide contribue à prévenir le suicide, par exemple lorsqu'il valorise la demande d'aide et qu'il présente les ressources disponibles. Dans les œuvres de fiction, les représentations du suicide peuvent elles aussi entraîner un phénomène d'imitation chez les personnes présentant des vulnérabilités (OMS, 2019). Les recommandations s'adressant aux professionnels des médias s'appliquent également aux créateurs et aux diffuseurs d'œuvres de fiction, lesquels peuvent contribuer aux efforts de prévention du suicide et encourager la demande d'aide (OMS, 2019).

Pistes d'action et autres éléments à prendre en considération lors de la mise en œuvre de la mesure 2.1 :

- Collaborer avec l'ensemble des acteurs concernés (journalistes, responsables des relations avec les médias, auteurs, créateurs, influenceurs, diffuseurs, etc.).
- Outiller les professionnels et les intervenants (RSSS, milieu scolaire et milieu communautaire) de même que les parents quant à la manière d'aborder la question du suicide avec les jeunes à la suite d'une exposition à du contenu sur ce sujet.
- Éviter de reproduire des visions stigmatisantes des troubles mentaux ou de situations pouvant être associées au suicide.

Mesure 2.2 – Soutenir les stratégies permettant de restreindre l'accès aux moyens de s'enlever la vie ★ Stratégie universelle

La restriction de l'accès aux moyens de s'enlever la vie fait partie des efforts essentiels en prévention du suicide qui ont fait leurs preuves (Laforest, Maurice et Bouchard, 2018 ; Bernert, Hom et Weiss Robert, 2014 ; du Roscoät et Beck, 2013). Notamment, la restriction de l'accès aux moyens a contribué à diminuer les suicides par arme à feu au Québec (Levesque, Beauguegard et Perron, 2019). Restreindre la quantité d'analgésiques offerts en vente libre et contrôler l'accès aux armes à feu et celui aux lieux élevés (ex. : les ponts) sont des exemples de stratégies réputées efficaces pour prévenir le suicide (Laforest, Maurice et Bouchard, 2018). Certaines manifestations suicidaires peuvent résulter d'une réaction impulsive à un stress psychosocial important (Lemieux, Saman et Lutfiyya ; 2014 ; Cleary, 2017 ; Rasmussen, Haavind et Dieserud, 2018). La personne en crise est alors particulièrement vulnérable au suicide, surtout lorsque des moyens de mettre un terme à ses jours lui sont accessibles. Aussi longtemps que les idées suicidaires ou les actes suicidaires sont présents, la personne et ses proches gagnent à limiter l'accès aux moyens de s'enlever la vie (OMS, 2011). Élaborer des politiques appropriées de restriction des moyens nécessite une collaboration intersectorielle de même qu'une bonne compréhension des méthodes de suicide employées par territoire et selon les différents groupes de la communauté (OMS, 2014). La surveillance en continu des moyens utilisés pour s'enlever la vie permet de s'assurer que l'énergie déployée pour sensibiliser les communautés et limiter l'accès aux moyens tient compte de l'évolution du phénomène.

Pistes d'action et autres éléments à prendre en considération lors de la mise en œuvre de la mesure 2.2 :

- Se doter d'outils pour suivre l'évolution des moyens utilisés pour s'enlever la vie, y compris les surdoses ainsi que l'accès aux lieux élevés et aux autres structures ou sites emblématiques (*suicide hot spots*), et soutenir l'élaboration de recommandations, s'il y a lieu.
- Sensibiliser les professionnels et les intervenants, les médecins ainsi que les pharmaciens aux risques que représente l'usage de certains médicaments dans le contexte de comportements suicidaires.
- Sensibiliser la population aux moyens à sa disposition pour restreindre l'accès à certains moyens de s'enlever la vie, notamment les armes à feu et les médicaments.
- Exploiter l'information provenant de la banque de données du Bureau du coroner.

Mesure 2.3 – Soutenir l’implantation de réseaux de sentinelles dans divers milieux de vie, dont les milieux de travail ★ Stratégie sélective

L’établissement des réseaux de sentinelles en prévention du suicide est une mesure qui fait partie d’une stratégie globale de prévention du suicide (Roberge et Bouguezour, 2018). Les sentinelles sont des adultes ayant des liens étroits avec des groupes présentant des facteurs de vulnérabilité associés au suicide. Ils sont formés pour détecter ces personnes et pour les accompagner vers les services d’aide. Les personnes vivant un épisode suicidaire peuvent hésiter ou ne pas vouloir demander de l’aide de leur propre chef (OMS, 2014). Plusieurs d’entre elles sont isolées, manquent de soutien social, ont de la difficulté à demander de l’aide ou ne connaissent pas les ressources disponibles. Ces personnes peuvent toutefois présenter des indices de détresse permettant de les identifier comme ayant besoin d’aide (OMS, 2014). Les sentinelles peuvent jouer un rôle important dans la détection et l’orientation de ces personnes.

Pistes d’action et autres éléments à prendre en considération lors de la mise en œuvre de la mesure 2.3 :

- Mettre à jour le cadre de référence ministériel publié en 2006 (MSSS, 2006).
- Mettre à jour la formation *Agir en sentinelle pour la prévention du suicide* à la lumière des pistes d’action du rapport de l’INSPQ, *Capacité d’agir des sentinelles en prévention du suicide au Québec : étude descriptive* (Roberge et Bouguezour, 2018), par exemple en approfondissant les habiletés de communication requises et les limites du rôle des sentinelles.
- Augmenter l’accès à la formation *Agir en sentinelle pour la prévention du suicide* en proposant différentes modalités adaptées aux besoins et aux réalités des milieux d’implantation : formation asynchrone autoportante (*e-learning*), classes virtuelles, etc.
- Augmenter l’accès aux outils et aux activités de consolidation des apprentissages et de soutien en proposant différentes modalités adaptées aux besoins et aux réalités des milieux d’implantation : activités virtuelles, outils accessibles en ligne, etc.
- Cibler les milieux où des sentinelles doivent être formées en priorité, selon le portrait de chaque région ou territoire.
- Miser sur un modèle d’implantation en réseaux.
- Arrimer l’implantation de réseaux de sentinelles avec les autres mesures déployées dans le RSSS et dans la communauté comme les éclaireurs, les veilleurs et les pairs aidants.
- Veiller à maintenir la fluidité des trajectoires de services pour les personnes repérées.

Mesure 2.4 – Sensibiliser les professionnels et les intervenants aux besoins des proches de la personne qui pense au suicide ou qui a fait une tentative et les outiller à cet égard ★ Stratégie sélective

Les proches sont importants pour soutenir la demande d’aide et accompagner la personne en période de risque (OMS, 2011), qui vit un moment critique ou à la suite d’une crise (Rey, Lourioux et d’Amato, cité dans Lacardeur, 2019) afin d’assurer une surveillance, un soutien à la gestion des émotions et la création d’un environnement bienveillant (Sun et al., 2013). L’entourage peut notamment contribuer à tisser les mailles d’un filet de sécurité sociale autour de la personne suicidaire et accompagner cette dernière dans

sa recherche de solutions. Ce rôle peut amener son lot d'exigences et de stress. Toutefois, les proches indiquent que plusieurs de leurs besoins sont peu ou pas répondus (ex. : se sentir impliqué et reconnu dans le suivi de la personne suicidaire, recevoir du soutien pratique et émotionnel, pouvoir compter sur du répit et des conseils) (McLaughlin, McGowan, Kernohan et O'Neill, 2015 ; Castelli Dransart et Guerry, 2017). Il est important d'accorder du soutien aux proches. Ce dernier peut prendre plusieurs formes, par exemple du soutien offert par des ressources de la communauté, qu'elles soient informelles ou officielles (OMS, 2011).

Pistes d'action et autres éléments à prendre en considération lors de la mise en œuvre de la mesure 2.4 :

- Informer les proches sur ce qui favorise le rétablissement d'une personne qui pense au suicide (ex. : facteurs de protection, attitudes à adopter, etc.).
- Outiller les professionnels et les intervenants pour qu'ils soient en mesure de répondre aux inquiétudes des proches de la personne qui pense au suicide.
- Outiller les professionnels et les intervenants pour qu'ils soient en mesure de vérifier le niveau de détresse psychologique des proches et d'identifier les éléments qui les protègent (facteurs de protection).
- Faire connaître les ressources d'aide pour la personne qui pense au suicide et ses proches.
- Viser à ce que les proches maintiennent leur engagement envers la personne qui pense au suicide, tout en évitant l'épuisement.
- Assurer la continuité et la cohérence des actions avec celles de la mesure 2.5.

Mesure 2.5 – Renforcer le soutien des personnes endeuillées par suicide

★ Stratégie sélective

Le suicide d'une personne a des répercussions importantes sur ses proches et ses connaissances. Bien que plusieurs réactions soient communes à tous les types de deuils, le deuil à la suite d'un suicide présente des particularités et s'apparente davantage à celui vécu à la suite d'une mort violente. Certaines réactions peuvent ainsi être exacerbées (ex. : choc, colère) ou alors sont plus spécifiques à ce type de deuil (ex. : honte, culpabilité, stigmatisation, traumatisme lié à la découverte de la personne). Ce type de deuil est d'ailleurs un facteur de risque associé au suicide. Les effets peuvent se manifester à court et moyen terme, mais également se prolonger. Il est nécessaire d'offrir des services aux personnes endeuillées afin de limiter les effets négatifs sur leur santé mentale et physique et leur qualité de vie (Cook, Jordan et Moyer, 2015). Ces personnes mentionnent un important besoin de soutien professionnel, particulièrement lorsqu'elles présentent des risques élevés de vivre des conséquences négatives ou qu'elles en vivent déjà (Linde, Tremblay, Steinig, Nagl et Kersting, 2017).

Pistes d'action et autres éléments à prendre en considération lors de la mise en œuvre de la mesure 2.5 :

- Mettre en place des stratégies permettant de contacter systématiquement les familles et les proches à la suite d'un décès par suicide afin d'encourager la demande d'aide.
- Favoriser la mise en place de modalités de soutien aux personnes endeuillées les plus touchées ou qui présentent le plus de vulnérabilités.

- Rendre disponible et animer un forum de discussion destiné aux personnes endeuillées par suicide.
- Faire connaître les ressources d'aide (ex. : suicide.ca, ligne 1 866 APPELLE, rencontres individuelles, groupes de soutien).
- Assurer la continuité et la cohérence des actions avec celles de la mesure 2.4.

Mesure 2.6 – Optimiser le soutien des milieux pour les aider à faire face à un décès par suicide (postvention) ★ Stratégie sélective

Un suicide a des répercussions importantes sur les milieux fréquentés par la personne décédée et les individus, dont son entourage, et présente un risque d'effet d'entraînement auprès de ceux-ci (Séguin, Roy et Boilar, 2020). Il importe donc de faciliter l'accès à des mesures d'aide et de soutien pour ces personnes afin d'éviter, par ces mesures, de nouveaux suicides. La postvention est une composante essentielle de la prévention du suicide (Séguin, Roy et Boilar, 2020 ; OMS, 2014). Elle comporte un ensemble d'interventions qui touchent à tous les aspects à considérer lorsqu'un suicide survient dans un milieu. La postvention inclut autant la préparation d'un milieu, si un suicide survient éventuellement, que la gestion de la crise et le suivi à court, moyen et long terme, si cela se produit. Le déclenchement du protocole de postvention gagne à être aussi précoce que possible à la suite du suicide, à mobiliser tous les acteurs concernés et à avoir une durée qui dépasse la période de choc provoquée par l'annonce de la nouvelle (Nicolas, Notre-Dame et Séguin, 2017 ; Séguin, Roy et Boilar, 2020). L'analyse de la situation au moment de l'événement et par la suite permettra de détecter les personnes concernées et d'offrir une intervention adaptée à leurs besoins. Il est avantageux que l'intervention soit adaptée aux personnes endeuillées ou aux témoins directs, aux personnes pour qui les répercussions du suicide rejaillissent sur une vulnérabilité préalable ou qui sont fragilisées par sa survenue et à toutes personnes du milieu pouvant être touchées par l'événement, malgré l'absence de lien avec la personne décédée ou de vulnérabilités préalables.

Pistes d'action et autres éléments à prendre en considération lors de la mise en œuvre de la mesure 2.6 :

- Faire connaître le Programme de postvention : être prêt à agir à la suite d'un suicide.
- Assurer l'accès des professionnels et des intervenants des CISSS et CIUSSS à des modalités de formation et d'accompagnement sur la postvention.
- Assurer un soutien aux professionnels et aux intervenants qui sont confrontés au suicide d'un usager.
- Favoriser les arrimages entre l'ensemble des services concernés par la postvention sur un même territoire.
- Améliorer la coordination des actions territoriales (ex. : CISSS et CIUSSS, CPS, ligne 1 866 APPELLE, premiers répondants, etc.).
- Arrimer les services de postvention avec les autres mesures psychosociales.

Mesure 2.7 – Soutenir la mise en œuvre d’actions et d’interventions en prévention du suicide par l’utilisation des nouvelles technologies numériques

★ Stratégies universelle, sélective et indiquée

Adapter l’offre de services à l’ère numérique représente un défi important en prévention du suicide au Québec. En 2017, le MSSS a mandaté l’AQPS pour soutenir le développement d’une stratégie en prévention du suicide pour le Québec par l’utilisation des nouvelles technologies. Dans le cadre de ce mandat, l’AQPS a entre autres rassemblé des informations sur le profil des internautes qui pensent au suicide. Les pratiques reconnues et prometteuses utilisant les technologies de l’information et des communications en prévention du suicide ont également été consignées afin de joindre cette clientèle. Ces travaux ont donné lieu à suicide.ca, un nouveau service numérique qui s’adresse à toute personne qui pense au suicide, qui a des inquiétudes pour une autre personne qui pense au suicide ou qui a perdu quelqu’un à la suite d’un suicide. Lancé en 2020, suicide.ca propose un service de clavardage avec un intervenant 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Les interventions, en anglais et en français, sont assurées par des CPS. Il est aussi possible de communiquer avec ces intervenants par texto. Suicide.ca offre également des informations et des conseils sur le suicide et sa prévention ainsi que des outils pour prendre soin de sa santé mentale, notamment l’application Mes outils. Ces services sont complémentaires aux ressources traditionnelles, notamment la ligne provinciale d’intervention téléphonique en prévention du suicide 1 866 APPELLE.

Pistes d’action et autres éléments à prendre en considération lors de la mise en œuvre de la mesure 2.7 :

- Consolider le Service numérique québécois d’intervention en prévention du suicide, suicide.ca, spécialement l’intervention par clavardage et par texto disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.
- Mettre en place des moyens pour repérer les personnes qui pensent au suicide (ex. : dans des lieux d’échanges virtuels), notamment celles qui ne sont pas jointes par les services traditionnels, et les diriger vers des ressources d’aide.
- Rehausser la cohérence et la complémentarité des outils numériques avec les services traditionnels.
- Assurer le maintien de la capacité de réponse à la ligne provinciale d’intervention téléphonique en prévention du suicide 1 866 APPELLE.
- Évaluer les retombées de suicide.ca et de ses outils.

Mesure 2.8 – CHANTIER – Améliorer l’offre et l’accès au suivi étroit des personnes qui sont ou qui ont été en danger grave de poser un geste suicidaire ★ Stratégie indiquée

Un suivi étroit devrait être offert à la personne vivant un épisode suicidaire qui est ou a été en danger grave de passage à l’acte. Il est aussi offert à la personne qui a fait une tentative de suicide. Il s’agit d’une mesure qui se veut proactive, intensive et rapide, pour prévenir un geste suicidaire, diminuer la détresse psychologique et assurer une intervention adaptée. Le suivi se caractérise par une intensité des contacts pendant les épisodes suicidaires lors des premiers jours de congé à la suite d’un hébergement ou d’une hospitalisation (Brodsky et al., 2018 ; du Roscoät et Beck, 2013). Ce suivi a pour but de s’assurer que la personne demeure en sécurité et ne présente pas de danger pour elle (du Roscoät et Beck, 2013 ; Falcone et al., 2017 ; Brown et Green, 2014). L’intervention vise le maintien du lien ainsi que la continuité des soins et des services ayant pour objectif de permettre à la personne un retour à l’équilibre ou la détermination de solutions sécuritaires (du Roscoät et Beck, 2013 ; Falcone et al., 2017 ; Brown et Green, 2014).

Actuellement, le suivi étroit est offert de manière variable dans les CISSS et CIUSSS, parfois en partenariat avec des partenaires de la communauté (ex. : CPS, centres de crise, etc.). Des régions (CISSS ou CIUSSS, CPS) ont développé des outils structurants pour clarifier les balises et le fonctionnement du suivi étroit sur le territoire.

Ce chantier vise, à terme, à améliorer l'accès à ce service ainsi qu'à baliser et à harmoniser les pratiques. Ce chantier vise également à déterminer les conditions et les moyens requis pour y arriver, par exemple le développement d'outils et d'activités de formation ou des modalités d'accompagnement personnalisées des CISSS et CIUSSS. La mise en commun des pratiques et des expériences des régions pourra s'avérer un bon point de départ.

AXE 3 – FORMATION ET SOUTIEN DES PROFESSIONNELLS ET DES INTERVENANTS

La formation des professionnels et des intervenants est l'un des éléments clés d'une stratégie nationale de prévention du suicide. Qui plus est, alors que l'un des effets importants de la première démarche d'amélioration des pratiques en prévention du suicide de 2010 a été l'augmentation importante du nombre de professionnels et d'intervenants formés en prévention du suicide, de plus en plus d'acteurs de la prévention du suicide souhaiteraient que ces contenus soient également intégrés à la formation initiale des professionnels et des intervenants concernés.

Par ailleurs, il est reconnu que la relation d'aide s'établissant avec la personne suicidaire peut générer un stress important chez les intervenants et agir comme élément déclencheur d'un épuisement professionnel (guide de bonnes pratiques en prévention du suicide pour les gestionnaires – à paraître). Il importe d'instaurer des modalités permettant d'épauler les intervenants.

Les mesures figurant dans l'axe 3 visent les objectifs spécifiques suivants :

- Développer les compétences des professionnels et des intervenants en matière de repérage des personnes qui pensent au suicide, d'intervention auprès d'elles ainsi que d'estimation du danger de passage à l'acte suicidaire.
- Renforcer le soutien offert aux professionnels et aux intervenants œuvrant auprès de personnes qui pensent au suicide.

PRINCIPALES ACTIONS DÉJÀ DÉPLOYÉES OU EN DÉPLOIEMENT

Développement et déploiement de formations en prévention du suicide pour les professionnels et intervenants en matière de repérage, d'estimation du danger de passage à l'acte suicidaire et d'intervention

Depuis 2010, dans la foulée de la démarche d'amélioration des pratiques en prévention du suicide amorcée et pilotée par le MSSS, la [formation *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques et ses adaptations \(jeunesse, Premières Nations, Nunavik, Cris\)*](#) ont contribué à renforcer les compétences de près de 30 000 professionnels et intervenants des quatre coins du Québec. Ces formations ont été développées grâce à la collaboration de nombreux partenaires, dont l'AQPS, Suicide Action Montréal, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS, le MSSS, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador et le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James.

Au cours des dernières années, d'autres formations ont été développées par l'AQPS, en collaboration avec différents partenaires, dont le CPS de Québec ainsi que certains CISSS et CIUSSS. Pour sa part, le ministère de la Sécurité publique a collaboré à l'élaboration de l'adaptation de la formation *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques* destinée aux établissements de détention.

Également élaborée par l'AQPS, en collaboration avec Suicide Action Montréal, le Centre de prévention du suicide 02, JÉVI (CPS – Estrie) et l'ancienne Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, la formation *Repérer la personne vulnérable au suicide et appliquer les mesures de protection requises* s'adresse aux professionnels et aux intervenants du RSSS qui œuvrent auprès d'une clientèle de 14 ans et plus. Une adaptation adressée aux aînés, la formation *Prévenir le suicide chez les aînés : repérer, protéger et redonner espoir*, a été conçue par l'AQPS, en collaboration avec le CPS de Québec, le CPS du Haut-Richelieu, le CPS de la Haute-Yamaska, Suicide Action Montréal et le Secrétariat aux aînés. Dans le cadre du plan d'action 2018-2023 *Un Québec pour tous les âges*, cette formation est déployée auprès des préposés aux bénéficiaires, des intervenants et des professionnels qui travaillent auprès des aînés et qui ont un rôle de repérage de la personne présentant des vulnérabilités au suicide.

Nouvelle offre provinciale de formation en prévention du suicide

Afin d'améliorer l'accès à des formations de qualité en prévention du suicide pour les professionnels et les intervenants, y compris les infirmières, deux parcours de formation intégrés et cohérents sont en développement depuis 2020 :

1. *Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus : repérer et déterminer les mesures de sécurité* : cette formation s'adresse aux professionnels et aux intervenants qui, dans le cadre de leur fonction, ont la responsabilité de repérer la personne qui pense au suicide et d'assurer sa sécurité.
2. *Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus : susciter l'espoir et estimer le danger* : cette formation s'adresse aux professionnels et aux intervenants qui, dans le cadre de leur fonction, ont la responsabilité d'estimer le danger de passage à l'acte suicidaire.

Ces formations sont développées dans le cadre du projet sur la formation continue partagée (FCP) qui s'adresse au RSSS ainsi qu'à ses partenaires. L'AQPS et le Centre hospitalier universitaire de Montréal y sont impliqués à titre d'experts, et les travaux sont guidés par un comité de validation composé d'intervenants psychosociaux, d'infirmières du RSSS et d'intervenants des CPS.

Les parcours de formation seront composés de différents moments d'apprentissage et d'expérimentation favorisant le développement des compétences, soit des modules de formation en apprentissage électronique (*e-learning*), un moment de formation synchrone (en présentiel ou virtuel) et un atelier de consolidation des apprentissages. Ces formations seront disponibles par l'intermédiaire de l'environnement numérique d'apprentissage (ENA) provincial en 2022.

Formation *Prévenir le suicide chez les résidents aînés : Repérer et agir*

En 2022, une formation sera disponible dans l'ENA provincial afin de rehausser les compétences des préposés aux bénéficiaires en centre d'hébergement de soins de longue durée de même qu'en résidence privée pour aînés. Cette formation abordera le vécu du résident aîné, les rôles de l'équipe interdisciplinaire, le repérage des moments critiques et des signes de détresse ainsi que les moyens pour augmenter le bien-être du résident.

Guide de soutien pour intervenir auprès d'enfants de 5 à 13 ans à risque suicidaire et communauté de pratique

En 2021, dans le cadre du PAI 2017-2021 de la PGPS, le MSSS a publié le [Guide de soutien pour intervenir auprès d'un enfant de 5 à 13 ans à risque suicidaire](#). Ce guide fournit des balises pour soutenir le jugement clinique des professionnels et des intervenants provenant d'une grande diversité de milieux de pratique et qui accompagnent les enfants à risque suicidaire et leur entourage.

Afin de soutenir l'appropriation du processus clinique proposé dans le guide, une communauté de pratique est mise à la disposition des personnes qui ont, au sein de leur organisation, un rôle d'accompagnement clinique ou d'assistance au développement professionnel. Les objectifs de cette communauté de pratique sont de permettre à ces accompagnateurs cliniques :

- de rehausser leurs compétences d'intervention en contexte de risque suicidaire chez l'enfant ;
- de bénéficier d'outils et de soutien pour réaliser, dans leur milieu de pratique, des activités de transfert de connaissances qui concernent l'intervention auprès d'enfants à risque suicidaire ;
- de contribuer au développement d'outils utiles à l'amélioration continue des pratiques.

Mise à jour des guides de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des gestionnaires et des intervenants

Publiés par le MSSS en 2010, ces guides¹⁴ avaient pour objectifs :

- d'assurer et de soutenir une offre de services de qualité ainsi que la mise en place d'interventions adaptées en prévention du suicide dans les centres de santé et de services sociaux et dans les réseaux locaux de services ;
- de soutenir les compétences professionnelles liées à l'intervention auprès de la personne suicidaire.

L'évolution des connaissances en prévention du suicide et la réforme du RSSS en 2015 militaient en faveur de la création de nouvelles éditions des guides, lesquels seront diffusés en 2022. Le guide s'adressant aux intervenants se collera à la nouvelle offre provinciale de formation en prévention du suicide. Quant au guide s'adressant aux gestionnaires, celui-ci servira de base à diverses activités d'accompagnement qui faciliteront la mise à jour des plans d'action territoriaux en prévention du suicide. Ces guides seront disponibles en ligne.

14. Ces guides sont disponibles en ligne :

Prévention du suicide : guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000752/>.

Prévention du suicide : guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000751/>.

MESURES

Mesure 3.1 – Rendre accessible aux professionnels et aux intervenants concernés par la prévention du suicide une offre de formation adaptée aux besoins des groupes spécifiques et aux différents contextes d'intervention

Les activités de formation permettent de développer ou de mettre à jour des compétences pour repérer la personne qui pense au suicide et intervenir auprès de celle-ci. Une offre de formation de qualité, conçue par des experts et répondant à des normes pédagogiques rigoureuses, contribue à structurer les interventions, à développer un langage commun, à s'assurer que les interventions sont basées sur les meilleures pratiques ainsi qu'à augmenter le sentiment de compétence des professionnels et intervenants. Néanmoins, pour atteindre ces objectifs, l'offre de formation doit aussi être accessible. C'est l'un des buts visés par le virage virtuel en cours, amorcé dans la foulée du projet de FCP du RSSS.

Pistes d'action et autres éléments à prendre en considération lors de la mise en œuvre de la mesure 3.1 :

- Prendre en compte les besoins des personnes qui pensent au suicide et intervenir auprès de celles-ci en utilisant des approches et des processus cliniques, des outils, un langage et une trajectoire de services harmonisés et inspirés des meilleures pratiques.
- Encourager tous les professionnels et intervenants à développer les compétences nécessaires à l'exercice de leur rôle en prévention du suicide, et ce, sans égard à leur formation initiale.
- Intensifier le soutien postformation et la consolidation des apprentissages par des activités pédagogiques adaptées aux réalités des différents contextes d'intervention.
- Soutenir les organisations dans l'exercice de leur responsabilité et de leurs obligations relativement à la formation de leur personnel en matière de prévention du suicide, notamment en favorisant leur autonomie et en réduisant les barrières à l'accès aux formations.
- Profiter du savoir-faire des CPS en matière de formation et favoriser le partenariat entre ceux-ci et le RSSS.
- Arrimer l'offre avec les autres formations abordant des sujets étroitement liés au suicide, par exemple la *Formation provinciale sur l'intervention de crise dans le milieu 24/7*, la formation provinciale sur la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* et le Processus AUDIS.

Mesure 3.2 – CHANTIER – Évaluer la faisabilité d'intégrer les contenus de formation sur l'intervention auprès des personnes qui pensent au suicide dans les programmes de formation initiale des professionnels et des intervenants, y compris les médecins et les infirmières

De plus en plus d'acteurs de la prévention du suicide souhaiteraient que les professionnels et les intervenants, y compris les médecins et le personnel en soins infirmiers, développent des compétences en matière de repérage et d'intervention auprès des personnes qui pensent au suicide dès leur formation initiale.

Ce chantier vise à évaluer la faisabilité d'intégrer les contenus de formation sur l'intervention auprès des personnes qui pensent au suicide dans les différents programmes de formation initiale pertinents, au collégial (formation technique) et à l'université, sans toutefois remplacer l'offre de formation continue.

Mesure 3.3 – Prévenir la fatigue de compassion chez les professionnels et les intervenants œuvrant auprès de personnes qui pensent au suicide

Sur le plan professionnel, offrir un encadrement et du soutien clinique aux intervenants qui travaillent en prévention du suicide est important pour les soutenir et s'assurer qu'ils se sentent moins seuls (guide de bonnes pratiques en prévention du suicide pour les gestionnaires – à paraître). Pour ce qui est de l'aspect plus affectif de la pratique en prévention du suicide, la surcharge émotionnelle risque, à long terme, d'amenuiser la capacité de compassion, un élément nécessaire à l'exercice des fonctions professionnelles (guide de bonnes pratiques en prévention du suicide pour les gestionnaires – à paraître). Soutenir les professionnels et les intervenants peut donc contribuer à prévenir l'épuisement professionnel (MSSS, 2022 – document à paraître) et la fatigue de compassion, en leur donnant la possibilité d'évacuer les tensions émotionnelles accumulées dans l'exercice de leurs fonctions. Par ailleurs, un soutien important aux professionnels et aux intervenants dans leur travail consiste à mettre de l'avant l'utilisation des bonnes pratiques cliniques et organisationnelles. Cela peut se concrétiser entre autres par la consolidation des apprentissages postformation en offrant du soutien et des activités de suivi afin de favoriser leur ancrage et leur application.

Pistes d'action et autres éléments à prendre en considération lors de la mise en œuvre de la mesure 3.3 :

- Mettre en place des stratégies (outils, webinaires, etc.) permettant de prévenir et de détecter la fatigue de compassion.
- Sensibiliser les professionnels et les intervenants à l'autoévaluation des signes et des symptômes de la fatigue de compassion et donner de l'information sur les stratégies pour prendre soin de soi, y compris les ressources d'aide disponibles et les programmes d'aide aux employés.
- Offrir aux professionnels et aux intervenants des occasions d'évacuer les tensions émotionnelles accumulées dans l'exercice de leurs fonctions.
- Arrimer les actions avec les autres mesures déployées dans le RSSS et dans la communauté, comme les éclaireurs, les veilleurs, les pairs aidants et les sentinelles en prévention du suicide, s'il y a lieu.

AXE 4 – DÉVELOPPEMENT ET INTÉGRATION DE CONNAISSANCES ET ACTUALISATION DES PRATIQUES

Soutenir le développement, l'intégration et l'appropriation des connaissances, notamment par la recherche, est un élément clé d'une stratégie nationale de prévention du suicide. Il en va de même de la surveillance du suicide et de ses déterminants. Ces activités permettent de déployer des actions et des services qui s'appuient sur les meilleures connaissances. Au Québec, il est possible de compter sur des partenariats déjà bien établis entre les acteurs de la surveillance, de la recherche et du terrain.

Les mesures figurant dans l'axe 4 visent les objectifs spécifiques suivants :

- Poursuivre l'amélioration de la compréhension du phénomène du suicide.
- Soutenir le transfert et l'appropriation des connaissances dans les milieux.
- Favoriser le développement ou l'adaptation de pratiques exemplaires.

PRINCIPALES ACTIONS DÉJÀ DÉPLOYÉES OU EN DÉPLOIEMENT

Portrait de la situation du suicide au Québec

En collaboration avec le Bureau du Coroner, l'INSPQ brosse annuellement un [portrait](#) général de la situation du suicide au Québec, qui présente les plus récentes données disponibles. Ce document est habituellement diffusé à l'occasion du lancement de la Semaine de prévention du suicide, qui se déroule à l'hiver.

Banque de données sur le suicide

L'ajout par le MSSS de nouveaux indicateurs sur le décès par suicide au Plan national de surveillance, notamment par la constitution de la banque de données sur le suicide (BDS), est en voie d'être mis en œuvre. La BDS permettra au MSSS de rehausser la surveillance ainsi que d'améliorer la compréhension des décès par suicide, y compris le contexte dans lequel cet acte a été commis. La BDS permettra de produire des informations pertinentes, de qualité et disponibles en temps opportun aux différents acteurs de la santé publique afin de soutenir et d'adapter adéquatement les politiques ou les programmes de prévention existants.

Vigie des comportements suicidaires

Dans le cadre de ses travaux de vigie, l'INSPQ a mis en place un mécanisme afin de détecter les répercussions potentielles de la COVID-19 sur les visites aux urgences pour idéations suicidaires et tentatives de suicide.

Un premier [rapport](#) portant sur la période prépandémie (2014-2019) et perpandémie (2020-2021) a été publié en novembre 2021. Ces activités de vigie se maintiennent en 2022-2023, et ce, dans le but de comprendre les conséquences à moyen et à long terme de la pandémie de la COVID-19.

MESURES

Mesure 4.1 – Soutenir des projets de recherche permettant de développer de nouvelles connaissances ou d’adapter des pratiques prometteuses

Les acteurs de la prévention du suicide gagnent à baser leurs interventions sur des données probantes et reconnues. Cependant, les résultats de recherche sont peu utilisés par les intervenants dans leur pratique et plusieurs facteurs peuvent l’expliquer, notamment des enjeux d’accessibilité et d’applicabilité des résultats de recherche. On constate également des limites similaires quant aux pratiques et aux savoirs expérientiels issus de divers milieux de pratique. La prévention du suicide peut être considérée comme un mélange d’art et de science. Ici, l’art renvoie à la capacité d’adapter les pratiques exemplaires aux contextes dans lesquels elles doivent s’implanter, et ce, en s’appuyant sur le savoir expérientiel des acteurs sur le terrain et des personnes à qui ces pratiques sont destinées. Il importe de faire en sorte que l’intervention s’inspire des recherches sérieuses dans le domaine et des pratiques auxquelles ont recours les professionnels et les intervenants chevronnés (MSSS, 2022 – document à paraître).

Pistes d’action et autres éléments à prendre en considération lors de la mise en œuvre de la mesure 4.1 :

- Réserver des budgets pour financer des projets de recherche.
- Veiller à ce que les activités de recherche soient au service de la pratique en soutenant l’adoption de pratiques prometteuses et de stratégies d’intervention adaptées aux différentes populations spécifiques.
- Considérer les projets visant à répondre aux besoins émergents de même que ceux des groupes spécifiques.
- Exploiter l’information provenant de la banque de données du Bureau du coroner et des archives des coroners.
- Soutenir la diffusion et l’appropriation des données de surveillance et de vigie sur le suicide¹⁵.
- Soutenir le partage d’expériences et le développement de pratiques innovantes.

15. La surveillance se définit comme un processus continu d’appréciation de l’état de santé de la population et de ses déterminants par la collecte, l’analyse et l’interprétation des données sur la santé et ses déterminants à l’échelle d’une population. Ses finalités sont d’informer, en soutien à la prise de décision, les partenaires du réseau sociosanitaire ainsi que les partenaires intersectoriels, en répondant à des besoins d’information sur l’état de santé et ses déterminants, de même que d’informer la population sur son état de santé.

La surveillance se distingue de la vigie sanitaire, qui, pour sa part, est essentielle à la fonction de protection de la santé. Elle permet de détecter le plus précocement possible les menaces à la santé, réelles ou appréhendées, et d’en alerter les autorités de santé publique afin de mettre en place les interventions appropriées.

Mesure 4.2 – Informer l'ensemble des acteurs concernés par la prévention du suicide des recommandations émises par les coroners

Les coroners doivent déterminer les causes de tous les décès pour les morts par violence ou de cause incertaine. Tous les suicides sont investigués par l'un des coroners du Québec, lesquels produisent un rapport et, lorsque requis, des recommandations. Ces données sont une source d'information cruciale pour comprendre le phénomène du suicide et adapter les stratégies de prévention (Houle et Guillou-Ouellette, 2014). Les acteurs de la prévention du suicide doivent être informés des recommandations émises par les coroners afin d'éclairer et d'appuyer des stratégies de prévention.

Pistes d'action et autres éléments à prendre en considération lors de la mise en œuvre de la mesure 4.2 :

- Intégrer la diffusion des recommandations des coroners dans un processus plus large de transfert des connaissances et d'amélioration continue des pratiques.
- Favoriser le partage des moyens mis en place par les organisations pour répondre aux recommandations.
- Assurer le respect de la vie privée des personnes décédées et de leurs proches.

MESURES PARTICULIÈRES POUR LES COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS ET LES INUIT

Le taux de suicide pour la région du Nunavik, où 90 % de la population est composée d'Inuit, est le plus important de la province depuis plusieurs années. Il est de six à sept fois plus élevé que celui de la population du Québec (Labbé, 2016a, cité dans Lévesque, Radu et Tran, 2018). Comme mentionné précédemment, la région du Nunavik affichait pour 2017-2019 un taux de suicide de 177,1 par 100 000 personnes, ce qui est beaucoup plus élevé que le taux observé pour l'ensemble du Québec (13,1 par 100 000 personnes). Le nombre de suicides pour cette région a triplé, passant de 11 cas en 2015 à 35 cas en 2019 (Levesque, Rassy et Genest, 2022). Une stratégie régionale en prévention du suicide est en place depuis 2019, pour laquelle l'ensemble des partenaires régionaux sont mobilisés¹⁶.

Contrairement au reste de la population québécoise, où le suicide croît avec l'âge, le taux de suicide chez les Premières Nations (McQuaid et al., 2017) et les Inuit (Bujold, 2006, cité dans Lévesque, Radu et Tran, 2018) a tendance à diminuer avec l'âge. Les hommes et les jeunes sont les plus touchés, sauf chez les 19 ans et moins, où le taux de suicide des jeunes femmes est trois fois plus élevé que celui des jeunes hommes (Massuard, Bazinet et Hébert, 2013, cité dans Lévesque, Radu et Tran, 2018). De plus, 68 % des personnes décédées par suicide âgées de 20 à 29 ans étaient sous l'effet de la drogue ou de l'alcool lors du geste suicidaire (Massuard, Bazinet et Hébert, 2013, cité dans Lévesque, Radu et Tran, 2018).

Les Premières Nations et les Inuit ont vécu des traumatismes historiques importants liés au colonialisme (Laforest, Maurice et Bouchard, 2018 ; MSSS, 2021). Les pensionnats autochtones, aussi appelés *écoles résidentielles*, sont parmi les exemples fréquemment mentionnés pour illustrer les traumatismes vécus dans la visée d'assimilation des gouvernements (MSSS, 2021). Ces traumatismes ont une incidence profonde sur les conditions de vie des personnes et de leurs proches. Ils ont des répercussions sur l'état de santé global des individus, tout au long de leur parcours de vie, ainsi que sur l'état de santé des collectivités. Ces traumatismes intergénérationnels nécessitent des interventions appropriées (Atkinson, 2013, cité dans MSSS, 2021). La méconnaissance des cultures et des traumatismes intergénérationnels est souvent à l'origine de préjugés et d'actes discriminatoires envers les Autochtones qui, à leur tour, ont des conséquences importantes sur leur état de santé et de bien-être global (Conseil canadien de la santé, 2012, et Groupe de travail sur la santé autochtone du Collège des médecins de famille du Canada, 2016, cités dans MSSS, 2021).

Les traumatismes vécus par les Premières Nations et les Inuit sont aussi actuels (MSSS, 2021). La discrimination à l'égard des Premières Nations et des Inuit dans les services publics et ses répercussions, comme la sous-utilisation des services, l'alourdissement et l'augmentation des situations de crise ainsi que le dépistage tardif, sont bien présentes au Québec (commission Viens, 2019, cité dans MSSS, 2021). Plusieurs obstacles freinent l'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les Autochtones,

16. <https://nrbhss.ca/fr/la-rsssn/planification-et-programmation/pr%C3%A9vention-du-suicide>

dont la méconnaissance de ces services, ce qui engendrerait des frustrations et de la méfiance (Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec, 2018, cité dans MSSS, 2021). Respecter les cultures et reconnaître les traumas passés et actuels des Premières Nations et des Inuit, ainsi que leurs répercussions sur la santé et le bien-être, est essentiel pour prévenir le suicide chez les premiers peuples (MSSS, 2021).

Les causes qui mènent au décès par suicide en milieu autochtone sont le résultat d'un enchevêtrement complexe d'enjeux et de contextes individuels, familiaux, communautaires, historiques et sociaux. Elles ne peuvent être réduites à une compréhension strictement psychologique de nature individuelle (Kirmayer et al., 2007, Chandler, 2010, et Laliberté et Tousignant, 2009, cités dans Lévesque, Radu et Tran, 2018). Ainsi, « [...] la prévention du suicide doit miser sur des efforts visant à régénérer le tissu social des familles et des communautés, non pas au détriment du soutien aux individus qui en ont besoin, mais en complémentarité – le but ultime étant de raviver les forces collectives à la base de l'identité autochtone » (Lévesque, Radu et Tran, 2018, p. 18).

Agir avec les partenaires des Premières Nations et des Inuit est au cœur d'une prévention du suicide ancrée dans les réalités régionales selon les besoins et les leviers propres aux communautés (MSSS, 2021). Les partenaires des Premières Nations et des Inuit sont des acteurs incontournables pour offrir des services culturellement sécurisants et orienter les actions sur des stratégies de consolidation des facteurs de protection (OMS, 2014), comme la continuité culturelle, la fierté culturelle, l'autonomie gouvernementale, le soutien fort de la communauté, les nombreuses activités pouvant faciliter l'intégration sociale et les stratégies d'adaptation face aux difficultés et aux événements stressants (Laforest, Maurice et Bouchard, 2018).

Des mesures seront déterminées pour mettre de l'avant l'approche de la sécurisation culturelle dans la promotion de la santé mentale et dans la prévention du suicide pour les Premières Nations et les Inuit. Ces mesures s'inscriront en cohérence avec les efforts collectifs de sécurisation culturelle mis de l'avant par le MSSS.

Cela étant dit, toutes les mesures de cette stratégie seront mises en œuvre pour le bien de l'ensemble de la population du Québec, y compris les membres des communautés des Premières Nations et les Inuit. Aussi, il est souhaité :

- de mettre de l'avant l'approche de la sécurisation culturelle dans la promotion de la santé mentale et dans la prévention du suicide chez les Premières Nations et les Inuit ;
- de prendre en compte les particularités (besoins, réalités, façons de faire) des communautés des Premières Nations et des Inuit dans la planification des actions de promotion de la santé mentale, de promotion de la vie et de prévention du suicide ;
- de soutenir les communautés des Premières Nations et les Inuit dans la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé mentale, de promotion de la vie et de prévention du suicide.

COORDINATION ET SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE

Le MSSS assurera la coordination et le suivi de la mise en œuvre et des résultats de la Stratégie. Pour ce faire, le MSSS se donnera des mécanismes de collaboration et des outils (ex. : tableau de bord) pour suivre la progression des mesures de la Stratégie.

En plus des cibles et des objectifs définis dans la présente Stratégie, des indicateurs et des cibles spécifiques seront développés afin de rendre compte de la progression et des retombées de celle-ci. Ces indicateurs et ces cibles seront précisés dans le plan de déploiement.

Les activités de surveillance du suicide réalisées par le MSSS et ses partenaires, notamment l'INSPQ, se poursuivront tout au long de la mise en œuvre de la Stratégie. Cette surveillance se verra renforcée par l'ajout des nouveaux indicateurs de la BDS, lesquels permettront d'améliorer la compréhension des décès par suicide, y compris le contexte dans lequel ils surviennent.

ÉVALUATION

La Stratégie doit mettre de l'avant des moyens pour suivre les efforts et orienter ses actions. Ainsi, certaines actions ciblées pourront faire l'objet d'une évaluation, selon les besoins. Ces actions à évaluer seront déterminées sur la base de différents critères, notamment le caractère innovant ou structurant, le niveau de priorité et la hauteur du financement consenti. L'évaluation de projets locaux ou régionaux pouvant être pressentis pour une mise en œuvre à grande échelle pourra également être envisagée.

CONCLUSION

Ces dernières décennies, de grandes avancées ont été réalisées en matière de prévention du suicide au Québec. Des chercheurs avancent même que la diminution annuelle du taux de suicide entre 1999 et 2011 a été telle qu'on peut présumer que certaines actions préventives mises en œuvre auraient mené à cette réduction. Les acteurs de la prévention du suicide peuvent être fiers des efforts déployés et des fruits que ceux-ci ont portés. Ces efforts ont permis de rallumer l'espoir chez des milliers de personnes.

Néanmoins, certains groupes continuent de nous préoccuper, soit par le taux de mortalité qu'ils affichent, soit par les facteurs de vulnérabilité qu'ils cumulent et qui les rendent plus enclins à penser au suicide. Par ailleurs, il s'avérera sage de suivre les répercussions de la pandémie de la COVID-19 qui pourraient se manifester au cours des prochaines années. La prévention du suicide demeure incontestablement un problème de santé publique sur lequel il faut continuer d'insister. Il est nécessaire de maintenir les efforts pour promouvoir la santé mentale pour tous et pour prévenir le suicide, tant auprès des individus que dans les différents milieux de vie.

Les personnes qui pensent au suicide et leurs proches doivent rester au cœur des priorités et cela doit s'incarner dans toutes nos décisions et nos actions. L'atteinte des objectifs de la Stratégie reposera en grande partie sur la mobilisation de l'ensemble des parties prenantes. Loin de se limiter à l'élaboration du présent document, l'engagement de tous les acteurs de la prévention du suicide est une précieuse clé de succès pour les étapes à venir.

ANNEXE 1

LISTE DES COLLABORATEURS POUR L'ÉLABORATION DE LA STRATÉGIE

Direction

- Horacio Arruda, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé publique, MSSS
- Marie-Ève Bédard, sous-ministre adjointe, Direction générale de la santé publique, MSSS
- André Dontigny, directeur de la prévention et de la promotion de la santé (jusqu'en septembre 2020), Direction générale adjointe de la prévention et de la promotion de la santé, MSSS
- Julie Rousseau, directrice générale adjointe de la prévention et de la promotion de la santé par intérim, Direction générale adjointe de la prévention et de la promotion de la santé, MSSS
- Anne-Marie Langlois, directrice du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale par intérim, Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale, MSSS

Coordination et rédaction principale

- Catherine Denis, conseillère en promotion de la santé mentale et en prévention du suicide, Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale, MSSS

Soutien à la consultation et aux travaux

- François Laberge, conseiller pour la Stratégie nationale de prévention du suicide, Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale, MSSS

Soutien à la recherche et à la rédaction

- Frédérick Gagné, conseiller en promotion et prévention de la santé chez les jeunes adultes, Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale, MSSS
- Émilie Picarou, courtière de connaissances, équipe des projets nationaux en transfert des connaissances, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
- Karel-Ann St-Martin, courtière de connaissances, équipe des projets nationaux en transfert des connaissances, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Révision linguistique

- Marilou Gagnon-Thibault, Services langagiers MGT

Comité avisé

- Jeanne Bazinet, courtière de connaissances, équipe des projets nationaux en transfert des connaissances, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux, CIUSSS de l'Estrie – CHUS (jusqu'en septembre 2021) et DSPublique du CISSS des Laurentides (de septembre 2021 à ce jour)
- Julie Filion, chef d'équipe aux services sociaux généraux, Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires, MSSS
- Nancy Gédéon, agente de planification, de programmation et de recherche, DSPublique du CISSS de la Gaspésie
- Virginie Hamel, psychologue et coordonnatrice professionnelle, équipe spécialisée en prévention du suicide, DSPublique du CISSS de Laval
- Marie Hortas, agente de planification, de programmation et de recherche, DSPublique du CISSS de l'Outaouais
- Janie Houle, psychologue communautaire et chercheuse, Université du Québec à Montréal
- Martine Lafleur, pilote organisationnelle et chargée de projet en contextualisation, Programme québécois pour les troubles mentaux : des auto-soins à la psychothérapie, Direction générale adjointe des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance, MSSS
- Pascale Levesque, conseillère scientifique, Bureau d'information et d'études en santé des populations, INSPQ
- Patrick Poulin, directeur adjoint du programme de santé publique, DSPublique du CIUSSS de l'Estrie – CHUS
- Marie-Claude Roberge, conseillère scientifique en promotion de la santé mentale et prévention du suicide, Direction du développement des individus et des communautés, INSPQ
- Andrée-Anne Simard, conseillère en intervention de crise dans le milieu 24/7, Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires, MSSS

Relecture

- Sophie Bélanger, coordonnatrice des travaux entourant le Plan d'action interministériel en santé mentale, Direction générale adjointe des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance, MSSS
- Joël Castonguay, conseiller aux services sociaux généraux, Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires, MSSS
- Dina Daher, conseillère aux affaires autochtones, Direction des relations avec les Autochtones, Secrétariat aux affaires autochtones
- Lorraine Deschênes, coprésidente du Collectif pour une stratégie nationale en prévention du suicide
- Émilie Dionne, responsable de l'évaluation du Programme national de santé publique et du soutien à la recherche en santé publique, Direction de la planification et du développement en santé publique, MSSS

- Marie-Laurence Fillion, conseillère en promotion de la santé et prévention en milieu scolaire, Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale, MSSS
- Evelyne Fleury, sexologue et agente de planification, programmation et recherche, DSPublique du CISSS des Laurentides
- Lorraine Fournier, analyste-conseil, Direction des politiques et de la coordination interministérielle, Secrétariat à la jeunesse
- Daniela Furrer, conseillère en surveillance de l'état de santé pour les substances psychoactives, Direction de la surveillance de l'état de santé, MSSS
- Jérôme Gaudreault, directeur général, Association québécoise de prévention du suicide
- Fabienne Labbé, conseillère aux affaires autochtones, Direction des affaires autochtones, MSSS
- Geneviève Lessard, conseillère en santé mentale, Direction générale adjointe des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance, MSSS
- Cat Tuong Nguyen, médecin-conseil, Direction générale adjointe de la prévention et de la promotion de la santé, MSSS
- Christine Pelletier, coordonnatrice, équipe des projets nationaux en transfert des connaissances, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
- Paul-André Perron, conseiller-expert en gouvernance et en surveillance des traumatismes, Bureau du coroner
- Marjolaine Pigeon, conseillère, Direction de la planification et du développement en santé publique, MSSS
- Karine Plante, conseillère aux services sociaux généraux, Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires, MSSS
- Lynda Poirier, présidente, Regroupement des centres de prévention du suicide du Québec
- Sylvie Poirier, Directrice générale adjointe de la surveillance et de la planification en santé publique, Direction générale de la planification, de la prévention et de la protection en santé publique, MSSS
- Johanne Rhainds, conseillère aux affaires autochtones, Direction des affaires autochtones, MSSS
- Michael Sheehan, coprésident du Collectif pour une stratégie nationale en prévention du suicide
- Julie Tremblay, conseillère en promotion de la santé mentale et en prévention du suicide, Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale, MSSS
- Maggie Vallière, conseillère en surveillance de l'état de santé, Direction de la surveillance de l'état de santé, MSSS

Parties prenantes consultées

De nombreuses organisations gouvernementales et non gouvernementales ont été consultées dans le cadre de l'élaboration de la Stratégie :

- Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux
- Association des intervenants en dépendance du Québec
- Association des centres d'écoute téléphonique du Québec
- Association des médecins psychiatres du Québec

- Association québécoise de prévention du suicide
- Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale
- Association québécoise pour la réadaptation psychosociale
- Au cœur des familles agricoles
- Bureau du coroner
- Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal)
- Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal
- Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie
- CISSS et CIUSSS
- Collectif pour une stratégie nationale en prévention du suicide¹⁷
- Collège des médecins du Québec
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
- Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James
- Fédération des cégeps
- Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec
- Fondation Émergence
- Groupe McGill d'études sur le suicide (Institut universitaire en santé mentale Douglas)
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
- Institut national de santé publique du Québec
- Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (CIUSSS de l'Estrie – CHUS)
- Institut universitaire en santé mentale Douglas
- Institut universitaire SHERPA du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
- Interligne
- Ministère de la Santé et des Services sociaux
 - Direction générale de la santé publique
 - Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés
 - Direction générale de la coordination réseau et ministérielle et des affaires institutionnelles
- Ministère de la Sécurité publique
 - Direction générale des services correctionnels – Direction des programmes
 - Direction générale des affaires policières – Direction des pratiques policières
- Ministère de l'Éducation du Québec
 - Direction générale des services de soutien aux élèves – Direction des services éducatifs complémentaires et de l'intervention en milieu défavorisé
 - Direction générale des services à l'enseignement – Direction de l'éducation des adultes et de la formation professionnelle
- Ministère de l'Enseignement supérieur
- Ministère du Conseil exécutif
 - Secrétariat à la jeunesse
 - Secrétariat aux affaires autochtones

17. Certaines organisations non indiquées ci-dessus ont pu faire part de propositions et de recommandations par le biais du Collectif pour une stratégie nationale en prévention du suicide.

- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale
 - Secteur du travail – Direction de la recherche et de l'innovation en milieu de travail
 - Secteur de la solidarité sociale et de l'assurance parentale – Direction des politiques de la lutte contre la pauvreté et de l'action communautaire
- Mouvement Santé mentale Québec
- Ordre des conseillers en ressources humaines et en relations industrielles agréés du Québec
- Ordre des infirmières et infirmiers de Québec
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec
- Ordre des psychologues du Québec
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
- Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik
- Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec
- Regroupement des centres de prévention du suicide du Québec
- Regroupement des maisons des jeunes du Québec
- Regroupement des services d'intervention de crise du Québec
- Regroupement provincial en santé et bien-être des hommes
- Réseau Avant de craquer
- Réseau communautaire de santé et de services sociaux (Community Health and Social Services Network)
- Réseau des tables régionales de groupes de femmes du Québec
- Réseau FADOQ
- Réseau québécois sur le suicide, les troubles de l'humeur et les troubles associés
- Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes
- Union des producteurs agricoles

Autres organisations consultées lors des consultations intégrées des Premières Nations et des Inuit sur la santé mentale, l'itinérance et la prévention du suicide (25, 26 et 28 janvier 2021)

- Association Prévention Suicide Premières Nations et Inuits du Québec et du Labrador
- Association des femmes cries d'Eeyou Istchee
- Association des Inuit du Sud du Québec
- Centre local de services communautaires de Naskapi
- Centre de santé de Tullatavik de l'Ungava
- Cercle autochtone de la Table d'accessibilité aux services en milieu urbain pour les Autochtones de Montréal, Conseil de la Nation Atikamekw
- Femmes autochtones du Québec

Nous remercions chaleureusement l'ensemble des personnes qui ont collaboré, de près ou de loin, à la préparation, à l'élaboration et à la révision de la Stratégie nationale de prévention du suicide.

ANNEXE 2

LISTE DES PARTENAIRES ET DES COLLABORATEURS POUR LA MISE EN ŒUVRE

Pour chaque mesure et chantier, des responsables et des collaborateurs se partageront les rôles :

- Les responsables agissent à titre d'instigateurs ou de maîtres d'œuvre de l'action. Ainsi, les responsables prennent l'initiative des actions à réaliser ou mandatent des tiers pour ce faire. Ils ont aussi pour rôle de susciter la contribution de collaborateurs et de partenaires ainsi que de s'assurer de leur mobilisation dans la mise en œuvre et le suivi de l'action.
- Les collaborateurs apportent leur soutien aux responsables. Ils contribuent à la mise en œuvre de l'action, notamment en participant à sa réalisation, en étant responsables d'actions particulières ou en étant engagés dans la mise en œuvre et le suivi de l'action selon leur mission et leurs capacités respectives, et ce, à différents niveaux d'intervention.

IMPORTANT : D'autres collaborateurs pourraient s'ajouter tout au long de la mise en œuvre de la Stratégie, selon les besoins qui pourraient se faire sentir et les partenariats qui seront créés ou renforcés.

Le tableau ci-dessous présente la liste (non exhaustive) des responsables et des principaux collaborateurs pour chacun des axes.

AXES	MESURES	RESPONSABLES	COLLABORATIONS ENVISAGÉES
1 Promotion de la santé mentale et sensibilisation à la prévention du suicide	1.1 Promouvoir la santé mentale auprès de la population générale. 1.2 Sensibiliser la population générale au suicide et aux moyens de le prévenir.	MSSS, CISSS et CIUSSS	MEQ, MES, MSP, MTESS, SAJ, partenaires communautaires et autres partenaires concernés

AXES	MESURES	RESPONSABLES	COLLABORATIONS ENVISAGÉES
<p>2 Prévention des idées suicidaires et des tentatives de suicide</p>	<p>2.1 Sensibiliser et outiller à l'égard des bonnes pratiques à adopter lorsque le sujet du suicide est abordé dans l'espace public, notamment dans les médias et dans les œuvres de fiction.</p> <p>2.2 Soutenir les stratégies permettant de restreindre l'accès aux moyens de s'enlever la vie.</p> <p>2.3 Soutenir l'implantation de réseaux de sentinelles dans divers milieux de vie, dont les milieux de travail.</p> <p>2.4 Sensibiliser les professionnels et les intervenants aux besoins des proches de la personne qui pense au suicide ou qui a fait une tentative et les outiller à cet égard.</p> <p>2.5 Renforcer le soutien des personnes endeuillées par suicide.</p> <p>2.6 Optimiser le soutien des milieux pour les aider à faire face à un décès par suicide (postvention).</p> <p>2.7 Soutenir la mise en œuvre d'actions et d'interventions en prévention du suicide par l'utilisation des nouvelles technologies numériques.</p> <p>2.8 CHANTIER – Améliorer l'offre et l'accès au suivi étroit des personnes qui sont ou qui ont été en danger grave de poser un geste suicidaire.</p>	<p>MSSS, CISSS et CIUSSS</p>	<p>MEQ, MES, MSP, MTESS, Bureau du coroner, partenaires communautaires et autres partenaires concernés</p>

AXES	MESURES	RESPONSABLES	COLLABORATIONS ENVISAGÉES
<p>3 Formation et soutien des professionnels et des intervenants</p>	<p>3.1 Rendre accessible aux professionnels et aux intervenants concernés par la prévention du suicide une offre de formation adaptée aux besoins des groupes spécifiques et aux différents contextes d'intervention.</p> <p>3.2 CHANTIER – Évaluer la faisabilité d'intégrer les contenus de formation sur l'intervention auprès des personnes qui pensent au suicide dans les programmes de formation initiale des professionnels et des intervenants, y compris les médecins et les infirmières.</p> <p>3.3 Prévenir la fatigue de compassion chez les professionnels et les intervenants œuvrant auprès de personnes qui pensent au suicide.</p>	<p>MSSS, CISSS et CIUSSS</p>	<p>MEQ, MES, MSP, SAJ, INSPQ, équipes FCP, ordres professionnels, partenaires communautaires et autres partenaires concernés</p>
<p>4 Développement et intégration de connaissances et actualisation des pratiques</p>	<p>4.1 Soutenir des projets de recherche permettant de développer de nouvelles connaissances ou d'adapter des pratiques prometteuses.</p> <p>4.2 Informer l'ensemble des acteurs concernés par la prévention du suicide des recommandations émises par les coroners.</p>	<p>MSSS, CISSS et CIUSSS</p>	<p>MES, MSP, INSPQ, groupes de recherche, partenaires communautaires et autres partenaires concernés</p>

ANNEXE 3

RESSOURCES D'AIDE

Service numérique québécois en prévention du suicide, suicide.ca

- Ce service offre des contenus informatifs pour soutenir et accompagner les clientèles ciblées.
- Un service d'intervention par clavardage et texto est disponible 24 heures par jour, 7 jours par semaine.
- L'application mobile Mes outils offre divers outils pour prendre soin de sa santé mentale et prévenir les idées suicidaires (les outils de l'application sont également accessibles en ligne dans la section « Mes outils » de suicide.ca).
- Pour qui ? Toute personne qui pense au suicide, les proches de la personne suicidaire, les personnes endeuillées par le suicide, les professionnels et intervenants, les sentinelles, les milieux de vie touchés par le suicide et la population.

Ligne d'intervention en prévention du suicide 1 866 APPELLE (277-3553)

- Ce service téléphonique en prévention du suicide est gratuit et disponible 24 heures par jour, 7 jours par semaine.
- En composant le 1 866 277-3553, vous serez immédiatement dirigé vers une ressource de votre région formée pour vous aider.
- Pour qui ? Toute personne qui pense au suicide, les proches de la personne suicidaire, les personnes endeuillées par le suicide, les professionnels et intervenants, les sentinelles, les milieux de vie touchés par le suicide et la population.

Centres de prévention du suicide

- Vous pouvez obtenir de l'aide auprès de votre centre régional ou local de prévention du suicide.
- Pour en trouver les coordonnées, consultez la liste des centres de prévention du suicide sur le site du Regroupement des centres de prévention du suicide du Québec : <https://rcpsq.org/bottin-des-cps/>.
- Pour qui ? Toute personne qui pense au suicide, les proches de la personne suicidaire, les personnes endeuillées par le suicide, les professionnels et intervenants, les sentinelles, les milieux de vie touchés par le suicide et la population.

Service de consultation téléphonique psychosociale 24 h/24, 7 j/7 (Info-Social 811)

- Ce [service de consultation téléphonique](#) est gratuit et confidentiel, et est disponible 24 heures par jour, 365 jours par année.
- Pour qui ? Toute personne ayant un besoin d'information, d'intervention, d'orientation et de référence vers les ressources appropriées, d'avis professionnels ou de conseils en matière de services sociaux.

- Faites le 811 si vous vivez de l'anxiété, un deuil, des difficultés dans votre famille ou dans votre couple, si vous avez des inquiétudes pour un proche, ou encore si vous avez des questions concernant d'autres situations ou comportements qui vous causent des inquiétudes.

BIBLIOGRAPHIE

- BARDON, C., PEREIRA, C. et GOULET-CLOUTIER, C. (2021). *Conversation sur les stratégies nationales de prévention du suicide : document d'information complémentaire*. Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie. <https://crise.ca/wp-content/uploads/2021/05/Conversation-strategies-nationales-prevention-suicide.pdf>
- BERNERT, R. A., HOM, M. A. et WEISS ROBERTS, L. (2014). A review of multidisciplinary clinical practice guidelines in suicide prevention : Toward an emerging standard in suicide risk assessment and management, training and practice. *Academic Psychiatry*, 38(5), 585-592.
- BERNIER, N. (2021). *Réduire les vulnérabilités et les inégalités sociales : tous ensemble pour la santé et le bien-être* (publication n° 2781). Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2781>
- BRODSKY, B. S., et al. (2018). The zero suicide model : Applying evidence-based suicide prevention practices to clinical care. *Front Psychiatry*, 9, 33.
- BROWN, G. K. et GREEN, K. L. (2014). A review of evidence-based follow-up care for suicide prevention : Where do we go from here?. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3 suppl. 2), S209-15.
- CAMIRAND, H., TRAORÉ, I. et BAULNE, J. (2016). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois : résultats de la deuxième édition*. Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/document/enquete-quebecoise-sur-la-sante-de-la-population-2014-2015>
- CASTELLI DRANSART, D. A. et GUERRY, S. (2017). Help-seeking in suicidal situations : Paramount and yet challenging. Interactions between significant others of suicidal persons and health care providers. *Journal of Clinical Medicine*, 6(2), 17.
- CLEARY, A. (2017). Help-seeking patterns and attitudes to treatment amongst men who attempted suicide. *Journal of Mental Health*, 26(3), 220-224. <https://doi.org/10.3109/09638237.2016.1149800>
- COOK, F., JORDAN, J. R. et MOYER, K. (2015). *Responding to grief, trauma, and distress after a suicide : U.S. national guidelines : Survivors of suicide loss task force*. National action alliance for suicide prevention.
- DU ROSCOËT, E. et BECK, F. (2013). Efficient interventions on suicide prevention : A literature review. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 61(4), 363-374.
- FALCONE, G., et al. (2017). Taking care of suicidal patients with new technologies and reaching-out means in the post-discharge period. *World Journal of Psychiatry*, 7(3), 163-176.
- HOULE, J. (2020). *Les inégalités sociales de santé et le suicide*. Chaire de recherche sur la réduction des inégalités sociales de santé, Université du Québec à Montréal. <https://www.chumontreal.qc.ca/sites/default/files/2020-02/CHUM-2020-Prevention-du-suicide-HOULE.pdf>

- HOULE, J. et GUILLOU-OUELLETTE, C. (2014). Coroners' records on suicide mortality in Montréal : Limitations and implications in suicide prevention strategies. *Chronic diseases and injuries in Canada*, 34(1). <https://www.canada.ca/en/public-health/services/reports-publications/health-promotion-chronic-disease-prevention-canada-research-policy-practice/vol-34-no-1-2014/coroners-records-suicide-mortality-montreal-limitations-implications-suicide-prevention-strategies.html>
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. (2020). *Prévenir la violence et le suicide dans un contexte de pandémie de COVID-19 – quelques pistes* (publication n° 2994). <https://www.inspq.qc.ca/publications/2994-prevenir-violence-suicide-covid19>
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. (2018). *Les inégalités sociales de santé au Québec : la mortalité par suicide*. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/santescope/syntheses/suicide-complet.pdf>
- JULIEN, D. (2021). Quels sont les liens entre un environnement social favorable et la santé mentale positive des jeunes ? Résultats d'une enquête auprès des élèves du secondaire du Québec. *Zoom santé*, (69), 1-16. <https://statistique.quebec.ca/fr/document/liens-entre-environnement-social-favorable-et-sante-mentale-positive-jeunes>
- JULIEN, M. et LAVERDURE, J. (2004). *Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/280>
- KUIPER, N. et al. (2018). Examining the unanticipated adverse consequences of youth suicide prevention strategies : A literature review with recommendations for prevention programs. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(4), 952-965.
- LAFOREST, J., MAURICE, P. et BOUCHARD, L. M. (dir.). (2018). *Rapport québécois sur la violence et la santé*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante>
- LEBEL, G., STE-MARIE, R., BOUDRIAS, N. et MONTREUIL, M. (2018). *Cadre de référence : guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire (GÉRIS)*. CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. <https://aqiism.org/wp-content/uploads/Outil-clinique-Cadre-de-r%C3%A9f%C3%A9rence-suicide-2018-Juillet-2018.pdf>
- LEMIEUX, A. M., SAMAN, D. M. et LUTFIYYA, M. N. (2014). Men and suicide in primary care. *Disease-a-Month*, 60(4), 155-161. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2014.02.004>
- LÉVESQUE, C., RADU, I. et TRAN, N. (2018). *Revue de littérature – Services sociaux – Thème : le suicide en milieu autochtone au Québec : une réponse personnelle aux origines sociales*. Institut national de la recherche scientifique et Centre Urbanisation Culture Société. https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_deposes_a_la_Commission/PD-21.pdf
- LEVESQUE, P., BARDON, C. et GARIÉPY, C. (2021). *Vigie des idéations suicidaires et des tentatives de suicide en période de COVID-19 à partir du Système d'information de gestion des urgences* (publication n° 3182). Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3182-vigie-ideations-suicidaires-tentatives-suicide-covid-19>
- LEVESQUE, P., BEAUREGARD, M. et PERRON, L. (2019). *Les suicides au Québec : portrait des moyens utilisés pour s'enlever la vie* [document non publié]. Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec.

- LEVESQUE, P., MISHARA, B. et PERRON, P. A. (2021). *Le suicide au Québec : 1981 à 2018 – Mise à jour 2021* (publication n° 2720). Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec, 51 p. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2720>
- LEVESQUE, P., RASSY, J. et GENEST, C. (2022). *Le suicide au Québec : 1981 à 2019 – Mise à jour 2022* (publication n° 2849). Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2842#:~:text=C'est%20un%20taux%20brut,pour%20les%20ann%C3%A9es%202017%2D2019>
- LINDE, K., TREML, J., STEINIG, J., NAGL, M. et KERSTING, A. (2017) Grief interventions for people bereaved by suicide : A systematic review. *PLoS ONE*, 12(6), e0179496. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179496>
- MANTOURA, P. (2014). *Définir un cadre de référence sur la santé mentale des populations à l'intention de la santé publique*. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. <https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/definir-un-cadre-de-reference-sur-la-sante-mentale-des-populations-a-lintention-de-la-sante-publique/>
- MANTOURA, P., ROBERGE, M.-C. et FOURNIER, L. (2017). Un cadre de référence pour soutenir l'action en santé mentale des populations. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 105-123. <https://www.erudit.org/fr/revues/smq/2017-v42-n1-smq03101/1040246ar.pdf>
- MCLAUGHLIN, C., MCGOWAN, I., KERNOHAN, G. et O'NEILL, S. (2015). The unmet support needs of family members caring for a suicidal person. *Journal of Mental Health*, 25(3), 212-216.
- MCQUAID, R. J. et al. (2017). Suicide ideation and attempts among First Nations peoples living on-reserve in Canada :The intergenerational and cumulative effects of Indian residential schools. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(6), 422-430.
- MILNER, A. et al. (2015). Workplace suicide prevention : A systematic review of published and unpublished activities. *Health Promotion International*, 30(1), 29-37.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2021). *La sécurisation culturelle en santé et en services sociaux : vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-613-02W.pdf>
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2016). *Politique gouvernementale de prévention en santé : un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/politique-prevention-sante/>
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025 : pour améliorer la santé de la population du Québec*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001565/>
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2006). *L'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide : cadre de référence*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001173/>
- NICOLAS, C., NOTREDAME, C.-E. et SÉGUIN, M. (2017). *Déploiement d'actions ou de stratégies de postvention : une revue systématique de la littérature*. Rapport de recherche soumis à l'Association québécoise de prévention du suicide.
- NIEDERKROTENTHALER, T. et al. (2020). Association between suicide reporting in the media and suicide : Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 368, m575. <https://doi.org/10.1136/bmj.m575>

- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2019). *Prévention du suicide : guide à l'usage des réalisateurs et des autres personnes travaillant pour la scène ou l'écran*. <https://www.who.int/fr/publications/i/item/preventing-suicide-a-resource-for-filmmakers-and-others-working-on-stage-and-screen>
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2018, 30 mars). *Santé mentale : renforcer notre action*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2018). *Prévention du suicide : une ressource pour les professionnels des médias* (mise à jour 2017). Papageno suicide. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272448>
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2014). *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131801>
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2011). *Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées : Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44501>
- PIRKIS, J. et al. (2019). Suicide prevention media campaigns : A systematic literature review. *Health Communication*, 34(4), 402-414. <https://doi.org/10.1080/10410236.2017.1405484>
- RASMUSSEN, M. L., HAAVIND, H. et DIESERUD, G. (2018). Young men, masculinities, and suicide. *Archives of Suicide Research*, 22(2), 327-343. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1340855>
- REY, R., LOURIOUX, C. et D'AMATO, T. (2019). Chapitre 15 : Comment aider les proches ?. Dans L. Lacardeur (dir.), *Troubles psychotiques : protocoles d'intervention précoce : le guide du clinicien* (1^{re} éd., p. 155 à 164). Elsevier Masson.
- ROBERGE, M.-C. et BOUGUEZOUR, N. (2018). *Capacité d'agir des sentinelles en prévention du suicide au Québec : étude descriptive* (publication n° 2469). Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2469>
- SÉGUIN, M., ROY, F. et BOILAR, T. (2020). *Programme de postvention : être prêt à agir à la suite d'un suicide*. Association québécoise de prévention du suicide. <https://www.aqps.info/postvention/documents-et-rapports.html>
- SUN, F.-K. et al. (2013). A suicide education programme for nurses to educate the family caregivers of suicidal individuals : A longitudinal study, *Nurse Education Today*, 33(10), 1192-1200.
- TOROK, M. et al. (2017). A systematic review of mass media campaigns for suicide prevention : Understanding their efficacy and the mechanisms needed for successful behavioral and literacy change. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(6), 672-687.
- TRAN, N. et LÉVESQUE, C. (2018). *Le suicide chez les Premières Nations*. Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics.

