

Quarante ans de prévention du suicide  
au Québec, et maintenant?

**Grand Forum de la prévention du suicide**

5 octobre 2018

Trois-Rivières

Lorraine Deschênes, administratrice du CPS Haute-  
Yamaska

« La vérité mourrait quand les  
derniers qui l'avaient vécue  
auraient disparu. »

(Victor del Arbol, *Toutes les vagues de l'océan*)

# Plan de la présentation

- 1<sup>ière</sup> partie : Historique – Faits saillants
  - 1978-1988 : Naissance
  - 1988-1998 : Mobilisation
  - 1998-2018 : Croissance
  - 2008-2018 : Maintien
- 2<sup>e</sup> partie : Et maintenant?
  - Les idées fortes
  - Les avancées
  - Les blocages, les reculs, les lacunes
- 3<sup>e</sup> partie
  - L'état d'urgence mondial (OMS, 2015)

# Objectifs

- Exécuter un devoir de mémoire et de reconnaissance
- « Rendre » signifiants et utiles les acquis et les erreurs
- Contribuer aux débats sur l'avenir proche de la prévention du suicide
- Honorer la mémoire de deux personnes chères

# 1<sup>ière</sup> partie : Historique – faits saillants

## **1978-1988**

- **La naissance du mouvement :**
- Entre 1950 et 1982, le taux est passé de 3,7 à 16,5
- Avis sur la prévention du suicide (Charron, 1982)
- Ouverture du CPS de Québec : 1978 (formation, « moi et le suicidaire »)
- Pierre Morissette : « Le suicide démystification, intervention et prévention » (1984)
- Mobilisation et ouverture des CPS (1984-1987): Montréal, Haute-Yamaska, Sherbrooke, Chicoutimi, Trois-Rivières, comités en Abitibi

**1978-1988**

## **La naissance du mouvement (suite)**

- Incorporation Association québécoise de suicidologie (AQS) par 5 individus
- 1<sup>ière</sup> rencontre québécoise des CPS (juin 1986, à Granby)
- Comité de travail AQS-CPS (règlements généraux – gouvernance)
- Assemblée générale de fondation : Montréal en juin 1987
- Élection du 1<sup>er</sup> CA sous la présidence de Monsieur Réjean Marier, D.G. de SAM

# 1988-1998

## Mobilisation

- Ouverture d'autres CPS :
  - Bas St-Laurent, Bois-francs, Côte-Nord et Laurentides
- Ou de ressources dédiées :
  - Laval, Outaouais (Centre 24/7), Chaudière-Appalaches (CLSC), Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine (DSP), Nord du Québec
- 1<sup>ière</sup> Semaine prévention suicide 1991
- 1<sup>er</sup> Colloque à Montréal
- La stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie (1998)
  - Implanter la gamme essentielle de services
  - Améliorer les compétences professionnelles
  - Intervenir auprès des groupes à risque
  - Développer promotion-prévention auprès des jeunes
  - Limiter l'accès aux moyens
  - Contrer la banalisation
  - Intensifier la recherche

## 1998-2008

### Consolidation

- Services offerts dans toutes les régions, mais très inégalement
- 1999-2000 : Implantation ligne provinciale 24/7 1-866-APPELLE :
  - Investissement par le MSSS de 3,5 millions pour la ligne et le soutien aux CPS, principalement pour le développement de la formation
- Formation « accréditée » et accréditation des formateurs entre 2001-2010
- Évaluation par le CRISE de la formation



# 1998-2008

## Consolidation (suite)

### 2003-2008

- Évaluation par le MSSS de l'implantation de la stratégie québécoise

#### Impacts positifs

- Reconnaissance formelle et priorisation pour le MSSS
- Mobilisation et partenariats
- Efforts d'innovation vers les clientèles à risque
- Amélioration quantitative et qualitative des services d'intervention téléphonique
- Rehaussement des compétences

#### Recommandations

- Établir des priorités
- Assurer un suivi plus serré des activités en région
- Mobiliser davantage les acteurs-clés
- Développer et soutenir l'expertise
- Améliorer la continuité dans l'organisation des services

# Le plan d'action 2003-2008... était prêt et n'a jamais été publié !!!!!!!

- Comité aviseur à la demande du MSSS
- Devait actualiser la Stratégie québécoise d'actions face au suicide
- 3 axes prioritaires :
  - Prévention
  - Intervention
  - Promotion
- Tout en définissant les responsabilités locales, régionales et nationales

**1998-2008**

**Consolidation (suite)**

- PNSP 2003 Intervention « globale » : formation des médecins, limitation de l'accès aux moyens, réseaux de sentinelles
- 2005 Plan d'action en santé mentale « La force des liens » :
  - La gamme essentielle de service
  - Les clientèles à risque
  - La formation des intervenants
  - Le suivi étroit

## **2008-2018**

### **Maintien**

- PNSP 2015-2025 :
  - Services et création de politiques favorables au développement des enfants et des jeunes
  - Réseaux de sentinelles et ligne d'intervention
- 2015 : Plan d'action en santé mentale « Faire ensemble et autrement »

# 2<sup>e</sup> partie :

## Et maintenant ?

- **Les idées fortes**

- Rôle déterminant des CPS sur la mise en œuvre et l'évolution de la prévention du suicide au Québec
- Haut niveau de difficultés et de défis liés au développement équitable de la gamme de services (toutes les parties du territoire du Québec)
- Les niveaux de qualité d'accessibilité et de continuité des services demeurent instables et fragiles

- **Les idées fortes (suite)**

- La difficile harmonisation des services et des visions entre les parties prenantes :
  - réseaux publics et communautaires
  - à l'intérieur même de ces réseaux
- L'absence, depuis près de 20 ans, d'une stratégie nationale, donc d'une vision collective, globale et articulée des orientations et des priorités
- Les immenses progrès réalisés au plan du développement des compétences, tant au plan quantitatif (plus de 23 000 intervenants formés), que qualitatif, pour ne citer que les nombreuses adaptations de la formation:
  - L'amélioration notable de la qualité des pratiques
  - L'augmentation et surtout la diversification des partenaires et des collaborations.

## Ce qui a changé

- Certains mythes
- Le poids des tabous et la honte ont diminués
- Augmentation de l'engagement et la mobilisation individuelle et collective
- Les populations à risque ont changé et sont mieux identifiées
- Les connaissances, compétences et pratiques ont été rehaussées
- Les taux ont baissés
- Les partenaires et les parties prenantes se sont multipliés et diversifiés

## Ce qui n'a pas changé

- La souffrance
- Les taux de suicide des hommes « adultes »
- La difficulté à joindre et soutenir certaines populations à haut risque
- Les difficultés de continuité de services et de partenariat
- La médiatisation maladroite ou inappropriée

## 3<sup>e</sup> partie

# L'état d'urgence mondiale (OMS, 2015)

### **Une conclusion cohérente avec les recommandations de l'OMS**

1. Identifier la prévention du suicide comme une priorité nationale, **à titre gouvernemental**
2. Assurer un leadership énergique, constant et durable
3. Fixer des orientations, identifier les parties prenantes et coordonner les efforts
4. Lancer un message clair : la majorité des suicides sont évitables
5. Appliquer avec rigueur les connaissances actuelles sur les pratiques, les clientèles à risque, les ressources et services requis



## Une conclusion cohérente avec les recommandations de l'OMS (suite)

6. Investir pour repousser nos limites : joindre les clientèles plus difficiles, adapter les pratiques, l'organisation des services, les outils...
7. Suivre – monitorer - évaluer
8. Doter le Québec d'une Stratégie nationale globale

«...le processus même d'une telle élaboration 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 p.54)