



**Mood Disorders** Society of Canada

La Société Pour **Les Troubles de L'Humeur** du Canada



Commission de  
la santé mentale  
du Canada

Mental Health  
Commission  
of Canada

FORMATION EFFICACE ET DE GRANDE PORTÉE S'ADRESSANT AUX  
POURVOYEURS DE SOINS DE SANTÉ DU CANADA SUR LE DIAGNOSTIC  
PRÉCOCE ET LE TRAITEMENT RAPIDE DE L'ÉSPT CHEZ LES PREMIERS  
INTERVENANTS ET LES ANCIENS COMBATTANTS

ET

PROJET NATIONAL DE PRÉVENTION DU SUICIDE

Propositions pré-budgétaires  
Février 2016

## **Introduction**

Le gouvernement du Canada a pris un certain nombre d'engagements qui ont été les bienvenus pour amplifier la lutte contre l'état de stress post-traumatique (ÉSPT) chez les militaires, les anciens combattants et les premiers intervenants du Canada et pour investir dans la recherche et dans de nouveaux programmes visant la prévention du suicide.

Le Premier ministre a chargé certains de ses ministres de faire de la lutte contre l'ÉSPT une grande priorité et a demandé à plusieurs d'entre eux de se concentrer sur diverses questions et activités, y compris les suivantes :

- L'ÉSPT chez les anciens combattants et les premiers intervenants;
- des mesures d'éducation, de conseil et de formation pour les familles qui assurent des soins et du soutien aux anciens combattants et aux premiers intervenants;
- des mesures de prévention du suicide pour les militaires et les anciens combattants;
- un plan d'action national coordonné pour lutter contre l'ÉSPT chez les agents de la sécurité publique;
- des mesures pour combler les lacunes dans les services à l'intention des populations autochtones;
- l'accroissement de la disponibilité de services de santé mentale de grande qualité.

La première proposition, qui est soumise conjointement par la Commission de la santé mentale du Canada (la Commission) et la Société pour les troubles de l'humeur du Canada (la STHC), vise un programme de formation de grande portée à l'intention des pourvoyeurs de soins de santé du Canada pour les aider à assurer le diagnostic précoce et le traitement rapide de l'ÉSPT.

Dans le contexte financier actuel, la proposition concernant l'ÉSPT est une solution efficace peu coûteuse pour combler une lacune cruciale tout en contribuant à élargir le recours à des programmes complémentaires existants.

La deuxième proposition, sur la prévention du suicide, est présentée par la Commission de la santé mentale du Canada et elle se concentre sur un projet national de prévention du suicide.

Le suicide est un enjeu majeur de santé publique et est trop souvent la conséquence dévastatrice de l'ÉSPT, de la dépression et d'autres problèmes de santé mentale. La Commission est prête à déployer rapidement une stratégie sophistiquée de prévention du suicide dans les communautés de partout au Canada.

### **1. État de stress post-traumatique (ÉSPT)**

#### **Équiper les pourvoyeurs de soins de santé de première ligne du Canada pour qu'ils soient en mesure de fournir aux patients l'aide dont ils ont besoin**

Pour les personnes aux prises avec des traumatismes liés au stress opérationnel comme l'ÉSPT, la dépression et l'anxiété, les progrès prennent toujours trop de temps et le suicide peut être une conséquence dévastatrice. Pour empêcher ces pertes de vies évitables, nous avons besoin d'améliorer considérablement la prévention de l'ÉSPT quand nous le pouvons. Et quand l'ÉSPT survient, nous avons besoin de nous assurer que les pourvoyeurs de soins de santé de première ligne ont la formation et les

outils nécessaires pour le reconnaître rapidement et offrir aux patients les traitements les meilleurs et les plus récents.

Parmi les premiers intervenants et les anciens combattants aux prises avec une maladie mentale, y compris l'ÉSPT, 85 % s'adressent d'abord à leurs pourvoyeurs de soins de santé primaires. Malheureusement, plus de la moitié de ces personnes repartiront du cabinet du médecin sans solution efficace. Le problème de l'accès aux soins est encore plus aigu dans les communautés rurales et les régions éloignées du pays — beaucoup de nos militaires et de nos premiers intervenants aux prises avec le l'ÉSPT retournent dans le milieu rural dont ils venaient pour obtenir de l'aide, mais n'y trouvent personne qui a les qualifications nécessaires pour la leur offrir.

Dans beaucoup de communautés autochtones du Canada, ces problèmes ont atteint un niveau critique.

***Nous recommandons un investissement de 5 millions de dollars à l'appui d'un programme national de formation efficace et de grande portée sur l'ÉSPT à l'intention du personnel des soins de santé de première ligne.***

Au Canada, on compte approximativement 80 000 médecins et 360 000 infirmières/infirmiers et plusieurs milliers d'autres pourvoyeurs de soins de santé primaires comme les infirmières/infirmiers auxiliaires autorisés, les travailleuses sociales/travailleurs sociaux et les ergothérapeutes. Beaucoup n'ont qu'une formation limitée en santé mentale. Les médecins de la Colombie-Britannique, par exemple, ont indiqué que le diagnostic, les traitements et les soins en santé mentale constituent la première priorité parmi leurs besoins en matière d'éducation, de formation et de soutien.

La sensibilisation et la formation pour les pourvoyeurs de soins de santé de première ligne représentent donc des moyens efficaces d'assurer une aide immédiate aux anciens combattants et aux premiers intervenants aux prises avec l'ÉSPT et d'autres genres de maladie mentale.

Nous allons travailler en collaboration pour mettre sur pied des programmes de formation en santé mentale destinés aux praticiens en santé, y compris les médecins, les infirmières/infirmiers et les travailleuses sociales/travailleurs sociaux. Un élément crucial au moment de l'élaboration de ces programmes sera l'inclusion du savoir expérientiel des anciens combattants et des premiers intervenants. Des études de cas et des interventions seront adaptées sur mesure à divers groupes de patients et seront intégrées à la formation.

Des programmes distincts seront également créés et conçus en collaboration avec les peuples autochtones du Canada pour aider les pourvoyeurs de soins de santé à diagnostiquer et à traiter les problèmes de santé mentale chez les membres des communautés autochtones, tout en tenant compte de leur approche culturelle du bien-être mental.

Les programmes seront agréés par les organismes professionnels nationaux ou provinciaux compétents. Comme les besoins des professionnels qui recevront la formation ne seront pas identiques et compte tenu des défis qui se présentent dans les communautés rurales et les régions éloignées, deux volets seront mis sur pied : un programme de formation dispensé par le Web et un programme de formation de groupe en personne lorsque la formation en ligne n'est pas possible. Un programme de « formation de formateurs » sera aussi dispensé pour accélérer le recours à la formation et pour en élargir la portée, ce qui permettra de constituer un corps de formateurs en santé mentale en mesure de dispenser de la

formation professionnelle sur place aux pourvoyeurs de soins de santé dans les petites communautés et les régions éloignées.

En développant conjointement le contenu pédagogique et la formation, nous allons nous inspirer des recherches les plus récentes pour améliorer les résultats. De plus, nous allons prévoir un processus d'évaluation solide pour veiller à ce que les résultats soient mesurés et vérifiés. Nous allons faire appel à nos sections ou à nos organes consultatifs respectifs dans les provinces et les territoires pour promouvoir l'utilisation de ces programmes de premier plan.

Nous allons collaborer et forger des partenariats avec d'autres parties prenantes pour créer un consensus sur le contenu pédagogique, mettre en commun les pratiques exemplaires et mettre en œuvre ce projet et en faire la promotion.

Finalement, ensemble, nous allons créer et déployer des campagnes de sensibilisation et de promotion pour maximiser l'utilisation, notamment en visant des organisations professionnelles ayant directement accès à nos clientèles cibles.

### **Livrer bataille sur tous les fronts : accroître l'utilisation de mesures de soutien complémentaires existantes**

La formation n'est qu'une partie de la solution. Nous devons aussi équiper nos militaires et nos premiers intervenants des compétences spécialisées et des outils qui les aideront à faire face au stress et aux dangers de leurs professions. Deuxièmement, il faut éliminer la stigmatisation à l'égard de la santé mentale pour que les personnes aux prises avec l'ÉSPT sachent qu'elles peuvent demander et recevoir l'aide dont elles ont besoin sans crainte de répercussions sociales ou professionnelles. Et enfin, les membres des familles des personnes aux prises avec l'ÉSPT ont elles aussi besoin de soutien en leur qualité d'aidants.

Compte tenu de nos solides antécédents et de l'expertise que nous avons démontrée dans la lutte contre l'ÉSPT, nous sommes convaincus que l'aide financière demandée dans la présente soumission sera suffisante pour nous permettre d'élaborer et de mettre en œuvre conjointement de nouveaux outils de formation pour le personnel médical de première ligne. Tout aussi important, ce projet va accélérer de manière significative l'utilisation des programmes complémentaires existants pour que la bataille contre l'ÉSPT soit menée sur tous les fronts. On trouvera un complément d'information au sujet des initiatives de la Commission et de la STHC pour lesquelles cette proposition aura des répercussions positives sur le site <http://www.troubleshumeur.ca/page/documents-et-rapports-de-recherche>.

### **Budget**

Compte tenu de l'importance cruciale de se concentrer sur la portée de l'initiative et la participation, les fonds proposés seraient répartis ainsi :

Recherche et consultations auprès d'organismes partenaires pour élaborer un contenu pédagogique ciblé	0,20 M\$
Élaboration du contenu pédagogique	0,40 M\$
Recrutement et formation : jusqu'à 40 formateurs	0,40 M\$
Conception et déploiement de produits promotionnels pour assurer une participation maximale aux programmes de formation	0,25 M\$
Mise en œuvre et exécution du programme, recherche, transmission de compétences, numérisation et exécution, gestion des formateurs et des programmes	3,65 M\$

Évaluations du rendement et des répercussions; rapports	0,10 M\$
Total	5,0 M\$

## 2. Projet national de prévention du suicide

### En prenant les devants : la prévention

Le suicide est un enjeu majeur de santé publique et l'une des grandes causes de décès chez les jeunes au Canada. C'est trop souvent la conséquence dévastatrice de l'ÉSPT, de la dépression et d'autres problèmes de santé mentale. En dépit des vastes discussions dont cet enjeu a fait l'objet, les taux de suicide n'ont pas changé au cours de la dernière décennie.

Le Premier ministre a chargé l'un de ses ministres de faire de la prévention du suicide une importante priorité nationale en matière de santé. La Commission de la santé mentale du Canada (la Commission) est prête à soutenir le gouvernement au moyen d'une stratégie de prévention du suicide « faite au Canada » qui sera déployée dans des communautés des provinces et des territoires d'un bout à l'autre du pays, tout en explorant des possibilités d'élargir la collaboration et le partage des connaissances.

L'initiative de la Commission est fondée sur des programmes québécois et européens éprouvés qui ont permis de réduire les taux de suicide dans des proportions importantes (20 % sur deux ans). La mise en œuvre de l'initiative s'inspirait du projet de recherche et de démonstration *At Home/Chez Soi* de la Commission, soit l'établissement d'une base de données probantes, des pratiques exemplaires et des outils pour un programme de prévention du suicide à l'échelle nationale.

***La Commission de la santé mentale du Canada recommande donc un investissement de 40 M\$ sur cinq ans dans le budget de 2016 pour soutenir un projet national de prévention du suicide.***

### Conception du projet

Le projet de prévention du suicide se concentrerait sur les éléments suivants :

- **soutiens spécialisés**, y compris une gamme de services de prévention, de soutien en cas de crise et de postvention (lignes d'assistance immédiate; groupes de soutien; planification et accès coordonnés);
- **formation et réseaux** pour mieux équiper les personnes qui peuvent jouer un rôle de sentinelle dans la communauté (médecins, premiers répondants, personnel infirmier, personnel des RH et gestionnaires, personnel enseignant, etc.) en leur donnant accès à des possibilités de formation et de perfectionnement continu;
- **campagnes de sensibilisation du public** dans chaque communauté (affiches, brochures, médias sociaux, etc.);
- **restriction des méthodes de suicide** en aidant les communautés à repérer les « points chauds » (les méthodes ou les endroits choisis pour un grand nombre de suicides) et en y limitant l'accès (ériger des obstacles empêchant d'accéder aux ponts ou aux traverses de chemin de fer, avoir des protocoles pour l'accès aux médicaments, etc.);
- **recherche** pour élargir la base des données probantes sur la prévention du suicide, c'est-à-dire établir des priorités de recherche et évaluer le modèle lui-même.

La Commission propose que le projet de prévention du suicide soit mis en œuvre dans 13 communautés au Canada (une par province et par territoire). Les communautés pourraient être choisies en fonction de critères particuliers, notamment la taille de la population, la région géographique et le milieu

(urbain/rural) ainsi que la présence de populations éminemment vulnérables, y compris les militaires/les anciens combattants, les personnes incarcérées, les membres des peuples autochtones, les adolescents et les hommes d'âge mûr.

La Commission va soutenir l'autodétermination, l'autonomie gouvernementale et la prise de décisions au niveau local ainsi que l'adaptation par les leaders des communautés autochtones.

Les leaders communautaires locaux participeront à tous les aspects du projet et en particulier, les leaders des communautés autochtones se verront confier la responsabilité de définir des interventions locales qui seront mises en œuvre par et pour leur population.

### **Mise en œuvre**

La Commission propose que le projet soit mis en œuvre en quatre phases sur une période de cinq ans :

- **Phase 1 — Planification et préparation (d'avril 2016 à mars 2017)** : choix des communautés, mise sur pied des partenariats et établissement du protocole de recherche (paramètres, collecte des données, aspects éthiques).
- **Phase 2 — Mise en œuvre (d'avril 2017 à mars 2019)** : formation, mise en œuvre des interventions et lancement de la collecte de données.
- **Phase 3 — Production des rapports et échange de connaissances (d'avril 2019 à mars 2020)** : publication des rapports finals sur les résultats; préparation de recommandations stratégiques et de trousse de mise en œuvre; et soutien de mesures de diffusion des connaissances.
- **Phase 4 — Mise en œuvre à plus grande échelle (d'avril 2020 à mars 2021)** : aider des collectivités de partout au Canada à adopter les pratiques établies à partir des données probantes recueillies.

Compte tenu du rôle de premier plan que jouera la Commission dans le projet de prévention du suicide et dans le projet de formation du traitement de l'ÉSPT, les deux initiatives pourront être réalisées avec un maximum d'efficacité, sans chevauchement ni double emploi, particulièrement au chapitre de la formation des pourvoyeurs de soins de santé et d'autres « sentinelles ».

Tout le monde peut jouer un rôle important dans la prévention du suicide. Les personnes qui ont des pensées ou des comportements suicidaires du fait d'ÉSPT, d'une dépression ou d'autres problèmes de santé mentale ne demanderont peut-être pas d'aide. Toutefois, elles peuvent afficher des facteurs de risque qui révèlent leur vulnérabilité. Les sentinelles sont des personnes de la communauté qui sont peut-être bien placées pour voir ces risques et mettre les personnes vulnérables en contact avec un service approprié.

Les personnes suivantes peuvent être des sentinelles :

- pourvoyeurs de soins de santé primaires, de soins de santé mentale et de soins de santé d'urgence;
- enseignants et personnel dans les écoles;
- leaders communautaires;
- personnes qui travaillent dans le secteur des services, par exemple chauffeurs d'autobus ou de taxi, barmans, barbiers et coiffeuses et travailleurs du domaine de l'hébergement/de la restauration;

- policiers, pompiers et premiers intervenants;
- militaires;
- travailleurs sociaux;
- leaders spirituels et religieux ou guérisseurs traditionnels;
- personnel et gestionnaires des ressources humaines.

La formation visera les connaissances, les attitudes et les compétences que doivent posséder ces sentinelles pour repérer une personne vulnérable et leur fournira des outils pour aiguiller la personne vulnérable vers des soins appropriés. Cette formation sera adaptée aux différents contextes et tiendra compte des services de santé disponibles localement, tout en reflétant les sensibilités culturelles.

En plus de fournir aux sentinelles des outils pour aider les personnes vulnérables à accéder à des traitements, ces programmes pourraient également comprendre la mise sur pied de réseaux pour l'apprentissage permanent, en plus d'offrir du soutien pour le bien-être mental des sentinelles.

Nous sommes prêts à agir rapidement pour concrétiser le modèle proposé en s'appuyant sur les partenariats solides que nous avons déjà avec divers parties prenantes et sur la mobilisation que nous avons suscitée dans ce domaine et en nous inspirant de l'exemple d'autres pays.

## Budget

	Exercice 2016-2017	Exercice 2017-2018	Exercice 2018-2019	Exercice 2019-2020	Exercice 2020-2021	Total
Coût à l'échelle nationale	847 500	1 072 500	822 500	822 500	702 500	4 267 500
2 grandes communautés	438 000	4 249 000	4 249 000	510 000	120 000	9 566 000
4 communautés moyennes	476 000	4 488 000	4 528 000	960 000	240 000	10 692 000
3 petites communautés très petites	271 500	2 151 000	2 292 000	615 000	127 500	5 457 000
4 communautés	337 000	2 376 000	2 604 000	820 000	170 000	6 307 000
13	2 370 000	14 336 500	14 495 500	3 727 500	1 360 000	36 289 500
<i>Réserve pour éventualités – 10 %</i>	237 000	1 433 650	1 449 550	372 750	136 000	3 628 950
<b>TOTAL</b>	<u>2 607 000</u>	<u>15 770 150</u>	<u>15 945 050</u>	<u>4 100 250</u>	<u>1 496 000</u>	<u>39 918 450</u>