

DE : Monsieur Christian Dubé
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Le 5 avril 2022

TITRE : Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 – Rallumer l'espoir

PARTIE ACCESSIBLE AU PUBLIC

1- Contexte

Le phénomène du suicide est l'un des principaux problèmes de santé publique dans le monde, mais il est évitable¹. 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) l'avait élaboré dans le but de stabiliser et, éventuellement, de diminuer le taux de suicide au Québec.

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. 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, le développement d'une santé mentale florissante pour tous.

Le présent mémoire vise l'approbation de la Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 – *Rallumer l'espoir*. À l'instar du Programme national de santé publique 2015-2025, de la Politique gouvernementale de prévention en santé et de ses plans d'actions interministériels, la Stratégie propose de poursuivre et d'intensifier les efforts pour mettre en place des conditions, auprès des individus et dans les milieux de vie qui sont favorables à la santé mentale et au mieux-être. La Stratégie s'inscrit également en étroite cohérence et en complémentarité avec le Plan d'action en santé mentale 2015-2020, *Faire ensemble et autrement* ainsi que le plus récent Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026, *S'unir pour un mieux-être collectif* (PAISM).

2- Raison d'être de l'intervention

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, mais aussi celle de ses proches, de son milieu professionnel ou scolaire, ou de tout autre

¹ Organisation mondiale de la Santé. (2014). [Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial](#).

milieu de vie retentit inévitablement. Il ne faut pas non plus oublier la détresse et le désespoir des nombreuses personnes qui ont tenté de s'enlever la vie et de celles qui ont eu des idées suicidaires. La raison d'être de la Stratégie nationale de prévention du suicide est de sauver des vies et de diminuer la souffrance.

Nombre de décès et taux de mortalité par suicide²

- 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).
- 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 %).
- 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 sexes. Toutefois, les plus récentes données indiquent que le taux de suicide semble atteindre un plateau.
- 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).

Taux de mortalité par suicide selon le sexe et l'âge³

- Chez les hommes, 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). 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).
- Chez les femmes, 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. Bien qu'il s'agisse du taux le plus bas jamais observé au Québec depuis les années 1990, les données des dernières années précédentes suggèrent qu'il est stable depuis une dizaine d'années.
- 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.

² 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.

³ Levesque, P., Rassy, J. et Genest, C, *Ibid.*

Hospitalisations pour tentative de suicide⁴

- 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.
- 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, notamment chez les filles.

Tentatives de suicide et idées suicidaires⁵

- 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. Cela représenterait environ 32 700 personnes.
- Ces mêmes données indiquent qu'en 2014-2015, environ 2,8 % de la population québécoise de 15 ans et plus, à l'exclusion des personnes ayant fait une tentative de suicide, a eu des idées suicidaires sérieuses au cours des 12 derniers mois. Cela représenterait environ 228 900 personnes.

Effets de la pandémie de la COVID-19 sur le suicide

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 du taux de suicide ne devrait pas être observée. Des résultats similaires ont été rapportés dans d'autres pays et d'autres provinces⁶. Il n'en demeure pas moins que l'actuelle pandémie de COVID-19 et les circonstances exceptionnelles qui en découlent exacerbent 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 au suicide⁷. 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

⁴ Levesque, P., Rassy, J. et Genest, C. *Ibid.*

⁵ 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

⁶ Levesque, P., Rassy, J. et Genest, C. *Op.*

⁷ 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).

déjà ces facteurs avant la crise sanitaire seraient plus à risque de comportement suicidaire en contexte de pandémie⁸.

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.

Conjugués aux effets de la pandémie sur certains facteurs de risque associés au suicide, la légère augmentation du taux de mortalité par suicide chez les hommes observée depuis 2017 et le fait qu'il n'y ait pas eu de baisse du taux de mortalité par suicide chez les femmes depuis une dizaine d'années militent en faveur d'une intensification de la prévention du suicide au Québec.

Les parties prenantes consultées lors de la démarche d'élaboration de la Stratégie ont recommandé la mise en place d'actions le plus en possible en amont des situations nécessitant des soins et des services, dans une optique de promotion de la santé mentale et de prévention des idées suicidaires et des tentatives de suicide.

La liste des organisations consultées se trouve à l'Annexe 1 de la Stratégie.

3- Objectifs poursuivis

La Stratégie nationale vise la diminution de la mortalité par suicide, mais également la diminution des tentatives de suicide, des idées suicidaires et de la détresse. Elle vise aussi le développement d'une santé mentale florissante pour tous.

Les objectifs spécifiques de la Stratégie sont les 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 positive de tous et qui contribuent à la réduction des inégalités sociales de santé.
- Sensibiliser la population aux moyens de prévenir le suicide qui sont à la portée de tous.
- 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.
- 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.

⁸ Institut national de santé publique du Québec. *Ibid.*

- Renforcer le soutien offert aux professionnels et aux intervenants œuvrant auprès de personnes qui pensent au suicide.
- 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.

En termes de changements souhaités, d'ici 2026, les cibles suivantes ont été déterminées :

- Augmenter le pourcentage de la population se situant au niveau élevé de bien-être psychologique.
- Diminuer le pourcentage de la population se situant au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique.
- Diminuer la prévalence des idées suicidaires.
- Diminuer la prévalence des tentatives de suicide.
- Diminuer de 10 % le taux de mortalité par suicide.
- Diminuer de 10 % le nombre de décès par suicide.

Il est important de mentionner que l'atteinte des cibles est 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 directement à la mise en place de l'une ou l'autre des mesures qui y sont inscrites, mais plutôt à l'ensemble des effets conjugués des mesures de la Stratégie.

4- Proposition

La Stratégie comprend des axes, des mesures et des chantiers qui guideront, au cours des quatre prochaines années, les actions gouvernementales, les actions aux niveaux régional et territorial ainsi que celles des partenaires non gouvernementaux et autres partenaires de la prévention du suicide.

Chaque axe de la Stratégie comprend des mesures existantes renforcées ou de nouvelles mesures innovantes, levier essentiel à l'atteinte de résultats significatifs. 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 aux chantiers, ils revêtent un caractère exploratoire et visent à examiner, au préalable, la pertinence et la faisabilité d'éventuelles actions d'intérêt jugées prometteuses.

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

- Mesure 1.1 Promouvoir la santé mentale auprès de la population générale.
- Mesure 1.2 Sensibiliser la population générale au suicide et aux moyens de le prévenir.

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

- 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.
- Mesure 2.2 Soutenir les stratégies permettant de restreindre l'accès aux moyens de s'enlever la vie.
- Mesure 2.3 Soutenir l'implantation de réseaux de sentinelles dans divers milieux de vie, dont les milieux de travail.
- 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.
- Mesure 2.5 Renforcer le soutien des personnes endeuillées par suicide.
- Mesure 2.6 Optimiser le soutien des milieux pour les aider à faire face à un décès par suicide (postvention).
- Mesure 2.7 Soutenir la mise en œuvre d'actions et d'interventions en prévention du suicide par l'utilisation des nouvelles technologies numériques.
- 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.

Axe 3 – Formation et soutien des professionnels et des intervenants

- 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.
- 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.
- Mesure 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

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

Toutes les 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. Aussi, il est souhaité de :

- Mettre de l'avant une approche de sécurisation culturelle dans la promotion de la santé mentale et dans la prévention du suicide chez les Premières Nations et les Inuit;

- Prendre en compte les particularités (besoins, réalités, façons de faire) des communautés des Premières Nations et les Inuit dans la planification des actions de promotion de la santé mentale, de promotion de la vie et de prévention du suicide;
- 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.

Enfin, la Stratégie s'appuie sur six 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.

5- Autres options

La Stratégie québécoise d'action face au suicide *S'entraider pour la vie* a été publiée en 1998. Depuis, aucune stratégie de ce type n'a été mise en place au Québec. L'adoption d'une stratégie nationale dans une perspective de santé publique s'avère la mesure phare préconisée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Le 9 septembre 2019, l'OMS a réitéré sa recommandation, à l'occasion de la Journée mondiale de prévention du suicide. Le même jour, le Collectif pour une stratégie nationale en prévention du suicide était lancé. Celui-ci regroupe encore à ce jour près d'une quarantaine d'organisations nationales œuvrant en prévention du suicide et en santé mentale ou ayant ces enjeux à cœur.

Le 29 octobre 2019, aux termes du forum Adultes et santé mentale, la ministre de la Santé et des Services sociaux d'alors, madame Danielle McCann, annonçait que le gouvernement du Québec allait se doter d'une nouvelle stratégie nationale de prévention du suicide.

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 priorité⁹.

6- Évaluation intégrée des incidences

S'inscrivant dans une perspective de santé publique, les mesures de la Stratégie sont d'autant plus susceptibles d'avoir une incidence sur l'ensemble de la population. Les mesures prévoient des actions le plus en amont possible des situations nécessitant des soins et des services. Elles comprennent des actions permettant d'agir sur les facteurs de risque et de protection tant individuels (ex. : résolution de problème, demande d'aide, etc.) qu'environnementaux (ex. : milieux de vie non stigmatisants) ayant un effet connu sur la santé mentale et sur le suicide, ou sur des conditions qui constituent un risque de suicide.
Prise en compte des besoins et des réalités des groupes spécifiques

⁹ Organisation mondiale de la Santé. *Op.*

Les données présentées précédemment 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.

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-ci¹⁰. 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.

Enfin, les besoins et les réalités de certains groupes de la population (ex. : enfants, adolescents, aînés, anglophones) ou de certaines clientèles plus spécifiques (ex. : personnes vivant avec une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme, personnes incarcérées, agriculteurs, personnes des communautés ethnoculturelles, travailleurs des métiers d'urgence) devront être pris en compte.

Prise en compte des inégalités sociales de santé

La défavorisation sociale et économique est associée à un risque accru de suicide, particulièrement chez les personnes sans emploi, non mariées ou à faible niveau de scolarité, avec un effet plus marqué chez les hommes. Le déploiement de la Stratégie se fera en prenant en considération les inégalités sociales de santé et en appliquant, autant que possible, le principe de l'universalisme proportionné. Il 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.

7- Consultation entre les ministères et avec d'autres parties prenantes

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, des 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.

¹⁰ 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.](#)

Le MSSS a également confié à l'INSPQ le mandat 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 à retrouver dans la nouvelle stratégie.

Mis sur pause en raison de la pandémie de COVID-19, le processus de consultation a été réactivé en janvier 2021 avec les consultations intégrées des Premières Nations et les 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 participé 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. La liste des organisations consultées se trouve à l'Annexe 1 de la Stratégie.

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. Les travaux ont été menés en étroite collaboration avec les directions responsables du Plan d'action interministériel en santé mentale ainsi que d'autres directions du MSSS.

8- Mise en œuvre, suivi et évaluation

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 éventuellement précisés dans un 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 banque de données sur le suicide, lesquels permettront d'améliorer la compréhension des décès par suicide, incluant le contexte dans lequel ils surviennent.

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.

9- Implications financières

La Stratégie prévoit un investissement total de 65 M\$ jusqu'en 2025-2026, dont 5 M\$ en 2021-2022 et 15 M\$ pour les années subséquentes.

Un ajout d'effectifs est nécessaire pour la mise en œuvre des mesures de la Stratégie, entre autres dans les directions de santé publique des centres intégrés et centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux et dans les organismes communautaires œuvrant en prévention du suicide. L'ajout d'une ressource sur le plan national a également été prévu pour la coordination de la stratégie.

10- Analyse comparative

Le rapport Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial publié par l'OMS en 2014 fait état de 28 pays s'étant dotés d'une stratégie nationale de prévention du suicide. Notamment, l'Écosse a réussi à baisser le taux de suicide de 18 % entre 2000-2002 et 2010-2012, à la suite de sa stratégie *Choose Life*. Une stratégie nationale de prévention du suicide assortie d'un plan d'action avait été lancée alors que le pays avait vu son taux de suicide augmenter, en particulier chez les hommes, pour atteindre 27 par 100 000 personnes en 2001 (et 9 par 100 000 chez les femmes)¹¹.

Au Japon, la mise en place de programmes coordonnés dans le milieu communautaire a permis une réduction des décès par suicide plus forte qu'au Québec. En Angleterre, où il existe une stratégie nationale, le taux de suicide enregistré en 2018 était proche du plus bas taux jamais enregistré et restait faible comparativement aux autres pays d'Europe¹²

Il est important de rappeler qu'au Québec, la Stratégie québécoise d'action face au suicide *S'entraider pour la vie* a entraîné des progrès considérables et a permis la mise en place des services essentiels aux quatre coins du Québec. Après son implantation, le taux de suicide a diminué chaque année de 4,1 % après 1999 et pendant les dix années suivantes pour les hommes, et de 2,6 % par année pour les femmes. Quant aux adolescents, ils ont vu leur taux de suicide diminuer en moyenne de 9,5 % par année¹³

Le ministre de la Santé
et des Services sociaux,

CHRISTIAN DUBÉ

¹¹ Organisation mondiale de la Santé. *Op.*

¹² Organisation mondiale de la Santé (2018). [National suicide prevention strategies : progress, examples and indicators](#).

¹³ Association québécoise de prévention du suicide (2019). [Plaidoyer pour une stratégie nationale en prévention du suicide](#)