

Regroupement des centres de prévention du suicide du Québec (RCPSQ)

Mémoire et formulation de recommandations pour une vision renouvelée, intégrée et cohérente en matière
de santé mentale, itinérance et dépendance

Statut de diffusion souhaité : public
Adressé au Ministère de la Santé et des Services Sociaux

TABLE DES MATIÈRES

1. Résumé exécutif.....	3
2. Présentation du RCPSQ et démarche de coconstruction.....	5
3. Constats terrain.....	5
3.1 Des besoins en croissance, plus complexes et persistants.....	5
3.2 Une détresse suicidaire à l'intersection de la santé mentale, de l'itinérance et de la dépendance.....	6
3.3 Des obstacles persistants d'accès aux services qui accentuent la pression sur les CPS.....	6
3.4 Une offre spécialisée essentielle, mais insuffisamment soutenue pour agir en amont.....	6
3.5 Populations nécessitant une attention particulière et signaux terrain.....	7
4. Les CPS: une expertise spécialisée indispensable au Québec.....	8
5. Vision et principes directeurs proposés.....	9
6. Recommandations prioritaires.....	10
Recommandation 1 - Reconduire et renforcer une stratégie nationale en prévention du suicide.....	10
Recommandation 2 - Rehausser le financement à la mission des CPS.....	10
Recommandation 3 - Reconnaître formellement les CPS comme partenaires spécialisés du continuum de services.....	11
Recommandation 4 - Formaliser les trajectoires de continuité après une crise.....	11
Recommandation 5 - Renforcer la prévention en amont dans les milieux de vie.....	11
Recommandation 6 - Renforcer l'équité territoriale, linguistique et populationnelle.....	12
Recommandation 7 - Mettre en place des indicateurs utiles, réalistes et non bureaucratiques.....	12
7. Précisions sur les coûts financiers et humains.....	13
8. Conclusion.....	14

1. Résumé exécutif

Les centres de prévention du suicide (CPS) du Québec observent depuis les dernières années une hausse soutenue et une complexification importante des demandes d'aide liées à la détresse psychologique, à l'itinérance, aux dépendances et aux ruptures de trajectoires de services. Les besoins rencontrés ne sont plus uniquement aigus, ponctuels ou liés à un événement précis. Ils sont de plus en plus chroniques, multifactoriels et étroitement liés à certains déterminants sociaux. Cette évolution transforme la nature des interventions requises et accroît la pression exercée sur les organismes spécialisés en prévention du suicide.

Dans cette perspective, la prévention du suicide doit être reconnue comme un enjeu transversal des prochaines orientations en santé mentale, itinérance et dépendance. La détresse suicidaire émerge souvent à l'intersection de multiples vulnérabilités : problèmes de santé mentale, consommation, précarité résidentielle, isolement, pauvreté et ruptures de services. Les CPS sont ainsi appelés à intervenir là où ces réalités se croisent et où les trajectoires institutionnelles deviennent insuffisantes, fragmentées ou discontinues.

La contribution des CPS dépasse largement l'intervention de crise. Ils interviennent auprès des personnes suicidaires, accompagnent les proches, soutiennent les milieux touchés par un décès par suicide, réalisent des interventions de postvention, offrent de la formation et de la sensibilisation, et contribuent au renforcement des capacités des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que du milieu communautaire. Par leur expertise terrain, leur réponse spécialisée en tout temps à l'échelle provinciale et leur connaissance fine des réalités régionales, les CPS constituent un maillon spécialisé essentiel du continuum de services en première ligne.

Dans un contexte où les besoins augmentent plus rapidement que la capacité des organisations à y répondre, le RCPSQ recommande que les prochaines orientations gouvernementales reconnaissent pleinement le rôle des CPS comme partenaires cliniques spécialisés en prévention du suicide et assurent, dans le cadre des prochaines orientations en santé mentale, itinérance et dépendance, un financement à la mission proportionnel à l'ampleur des besoins observés sur le terrain.

Concrètement, le sous-financement oblige plusieurs CPS à prioriser l'intervention immédiate au détriment de la prévention, des suivis post-crise, de la postvention, du soutien aux proches et des activités de sensibilisation. Il fragilise également la rétention du personnel spécialisé, réduit la capacité de collaboration intersectorielle et accentue les ruptures de continuité pour les personnes en détresse et leurs proches.

Ainsi, trois leviers sont prioritaires : reconduire une stratégie nationale forte en prévention du suicide, rehausser le financement à la mission des CPS et formaliser leur place dans les trajectoires de services. Ces leviers sont non seulement complémentaires, mais essentiels pour assurer une action adéquate sur l'ensemble du territoire. Le RCPSQ recommande notamment de :

- reconduire dès 2026 la Stratégie nationale de prévention du suicide et consulter formellement les CPS afin d'assurer une mise en œuvre cohérente, efficace et adaptée aux réalités territoriales;

- rehausser de façon significative le financement à la mission des CPS afin d'assurer une prévention en amont, de maintenir les actions de sensibilisation en continu et d'adapter les interventions aux problématiques complexes liées à la santé mentale, à l'itinérance et à la dépendance;
- reconnaître formellement les CPS comme partenaires cliniques spécialisés du continuum de services;
- renforcer l'équité territoriale et l'accès aux services pour les personnes et les groupes plus vulnérables ou plus difficilement rejoints, notamment les jeunes, les hommes, les personnes en situation de précarité ou d'itinérance, les proches, les personnes âgées, les personnes de la diversité sexuelle et de genre, les communautés anglophones, les nouveaux arrivants ainsi que les membres des Premières Nations et Inuit.

En somme, le RCPSQ invite le gouvernement à s'appuyer sur un réseau d'expertise déjà implanté dans toutes les régions, en lui donnant les conditions nécessaires pour agir plus tôt, soutenir la continuité des services et contribuer pleinement aux prochaines orientations en santé mentale, itinérance et dépendance.

2. Présentation du RCPSQ et démarche de coconstruction

Le Regroupement des centres de prévention du suicide du Québec est un organisme communautaire autonome qui porte la voix de ses membres. Il les soutient dans leur mission, fait rayonner leur expertise distinctive, assure un leadership rassembleur et une vigie en prévention du suicide. Le RCPSQ représente l'ensemble des 31 centres de prévention du suicide reconnus au Québec.

Dans le cadre de la rédaction du présent mémoire, le RCPSQ a sollicité la contribution de ses membres afin de documenter les préoccupations observées sur le terrain et de formuler des recommandations permettant d'y répondre. Cette démarche de coconstruction a permis de recueillir une lecture qualitative issue de l'expérience des CPS en cohérence avec les axes de la consultation gouvernementale. Les contributions recueillies ont porté sur l'évolution des besoins, les obstacles d'accès aux services, l'adéquation de l'offre actuelle, les clientèles en croissance ou plus vulnérables, la continuité des services, le financement, les collaborations, le rôle des CPS dans l'écosystème de services ainsi que les recommandations prioritaires à adresser au gouvernement.

Cette démarche permet de dégager une lecture terrain issue de différents territoires incluant des réalités urbaines, rurales et mixtes. Les exemples concrets présentés dans le mémoire sont des indicateurs transmis par certains CPS; ils illustrent des tendances observées, sans prétendre constituer un portrait statistique uniforme et exhaustif de l'ensemble de la province.

3. Constats terrain

3.1 Des besoins en croissance, plus complexes et persistants

Les CPS consultés rapportent une augmentation marquée des demandes d'aide liées à la détresse psychologique et suicidaire dans des contextes où l'anxiété, la dépression, l'épuisement, l'isolement, les crises aiguës et les ruptures de trajectoire de services se présentent souvent de manière concomitante. Plusieurs centres observent aussi une hausse des situations où la personne n'avait pas d'historique connu de demande d'aide ou de suivi.

Depuis la pandémie, la détresse rapportée apparaît moins souvent liée à un événement précis et davantage à une accumulation de facteurs tels que la fatigue psychologique, la perte de repères, la précarité financière, les difficultés de logement, l'isolement, les conflits familiaux, l'épuisement professionnel, l'accès difficile aux services et le sentiment d'être seul devant des démarches complexes.

Cette évolution oblige les CPS à intervenir auprès de personnes dont les besoins sont plus lourds, persistants et plus difficiles à stabiliser. Les situations demandent davantage de temps clinique, de coordination, de relances, d'accompagnement des proches et de collaboration avec les partenaires concernés.

3.2 Une détresse suicidaire à l'intersection de la santé mentale, de l'itinérance et de la dépendance

Les centres observent que les enjeux de santé mentale, d'itinérance et de dépendance se présentent rarement en vase clos, mais fréquemment sous forme de troubles concomitants. Une personne peut simultanément vivre une détresse psychologique importante, une perte de logement, une consommation problématique, une rupture familiale, une situation d'endettement, un problème d'emploi et une absence de suivi psychologique ou de santé.

Dans ce contexte, la prévention du suicide doit être comprise comme un enjeu transversal. Les CPS ne prétendent pas se substituer aux ressources spécialisées en santé mentale, en dépendance ou en itinérance. Toutefois, ils sont souvent appelés à intervenir en première ligne lorsque ces réalités se croisent avec une détresse suicidaire, une crise psychosociale ou une rupture de services.

La contribution spécifique des CPS dans une réponse intégrée doit être reconnue, sans diluer leur expertise spécialisée en prévention du suicide ni celle des autres partenaires. Une meilleure intégration ne devrait pas uniformiser les rôles, mais plutôt clarifier les trajectoires et permettre à chaque acteur d'intervenir au bon moment selon son expertise.

3.3 Des obstacles persistants d'accès aux services qui accentuent la pression sur les CPS

Les principaux obstacles d'accès aux services identifiés par les CPS sont les délais d'attente et la disponibilité des services publics en santé mentale, la méconnaissance des ressources disponibles, la stigmatisation associée à la demande d'aide, la complexité des parcours de soins, l'accessibilité variable selon les territoires, les critères d'admissibilité restrictifs et les zones grises entre les mandats des organisations.

Ces obstacles ont des effets concrets sur l'aggravation des situations, le recours accru aux urgences, la multiplication des démarches, le découragement de la personne et de ses proches et le sentiment d'abandon. Les transitions dans les trajectoires de soins constituent des moments particulièrement critiques notamment à la sortie de l'hôpital, après une intervention de crise, après un séjour en hébergement ou lors d'un changement de ressource.

Lorsque les communications sont incomplètes, que les délais de prise en charge s'allongent ou que les références demeurent floues, les CPS deviennent souvent un filet de sécurité pour des personnes en attente ou qui vivent une rupture de suivi. Plus précisément, les délais d'attente pour les références vers le guichet d'accès en santé mentale adulte (GASMA) sont régulièrement évoqués par les utilisateurs de nos services. La fonction de filet de sécurité des CPS est essentielle, mais elle accentue la pression sur les organismes communautaires spécialisés lorsque les trajectoires ne sont ni formalisées, ni suffisamment soutenues.

3.4 Une offre spécialisée essentielle, mais insuffisamment soutenue pour agir en amont

La force des CPS repose sur une combinaison rarement réunie dans le parcours des personnes en détresse; une accessibilité rapide, gratuite et confidentielle, une approche humaine et sans jugement, une connaissance fine des réalités territoriales et une expertise professionnelle spécialisée en prévention du suicide. Les CPS constituent le seul réseau communautaire spécialisé dont la mission première est consacrée à la prévention du suicide sous toutes ses formes. Ces éléments permettent aux centres d'établir un lien de confiance avec les personnes aidées, les proches et les partenaires, souvent dans des moments où les autres portes d'entrée sont difficiles à mobiliser.

Cependant, l'offre actuelle demeure largement réactive. En raison de l'augmentation marquée de la demande et faute de financement suffisant, plusieurs CPS n'ont d'autre choix que de concentrer leurs ressources sur les situations les plus urgentes au détriment de la prévention en amont. Les suivis post-crise, les activités de sensibilisation, la formation des milieux, le soutien aux proches et la postvention sont alors relégués au second rang après l'intervention immédiate en situation de crise suicidaire.

Plusieurs CPS rapportent ne pas pouvoir augmenter le nombre d'intervenantes et d'intervenants malgré la croissance des demandes, devoir limiter des heures ou des volets de service, réduire les activités de prévention et reporter des projets nécessaires. Les enjeux de rétention du personnel spécialisé sont également omniprésents. Ce contexte limite la capacité des CPS à agir plus tôt, à soutenir les milieux de manière optimale et à contribuer pleinement à la continuité des services.

3.5 Populations nécessitant une attention particulière et signaux terrain

Les constats précédents touchent plus fortement certaines populations ou groupes, notamment:

- les jeunes, chez qui on observe davantage d'anxiété, de détresse identitaire, de pression sociale, de banalisation de la détresse et de difficulté à demander de l'aide;
- les hommes, qui demeurent moins enclins à consulter et pour qui l'accès rapide à des portes d'entrée non stigmatisantes est essentiel;
- les personnes en situation d'itinérance, de précarité résidentielle ou alimentaire, dont les besoins sont souvent urgents, multiples et instables;
- les personnes âgées isolées, chez qui le filet social peut être très mince;
- les travailleuses et travailleurs en épuisement, incluant les personnes œuvrant dans les réseaux d'aide et les services publics;
- les proches, endeuillés ou inquiétés par la détresse d'une personne;
- les femmes et les jeunes femmes, notamment dans les contextes d'hospitalisation après crise;
- les personnes des communautés anglophones, pour lesquelles certaines contraintes peuvent compliquer l'accès à des interventions ou formations adaptées;
- les personnes de la diversité sexuelle et de genre, les personnes immigrantes, les communautés ethnoculturelles ainsi que les Premières Nations et Inuit, qui doivent pouvoir recevoir des services sécurisants, culturellement pertinents et non stigmatisants.

Les exemples suivants transmis par certains centres de prévention du suicide illustrent concrètement la pression exercée sur les services :

Dimension	Exemples transmis par les CPS
Nouvelles demandes	Selon les données transmises par les CPS consultés, le nombre de nouveaux usagers correspond à environ 3 à 6 personnes par 1000 habitants du territoire desservi chaque année.
Hausse des interventions	Selon les données transmises par les CPS consultés, la hausse des interventions se situe entre 15 à 20% annuellement.
Jeunes	Selon les données transmises par les CPS consultés, les demandes d'aide chez les jeunes de 10 à 17 ans sont en augmentation de 10% depuis l'an dernier.
Suivis étroits	Selon les données transmises par les CPS consultés, une hausse d'environ 25% des services de suivi étroit est rapportée dans la dernière année.
Urgence et complexité	Les CPS observent davantage de situations urgentes nécessitant une réponse rapide, une augmentation des suivis post-crise et de postvention.

Ces données doivent être lues comme des signaux terrain. Elles ne constituent pas un portrait statistique exhaustif de l'ensemble du Québec, mais elles confirment que les besoins augmentent plus rapidement que la capacité actuelle de réponse de plusieurs organismes.

4. Les CPS: une expertise spécialisée indispensable au Québec

À la lumière des constats précédents, les CPS doivent être reconnus comme une infrastructure spécialisée essentielle en prévention du suicide. Leur rôle ne se limite pas à répondre aux crises lorsqu'elles surviennent. Ils contribuent aussi à prévenir l'aggravation de la détresse, à soutenir les proches et les milieux touchés, à accompagner les partenaires dans leur capacité d'agir et à maintenir une présence spécialisée dans les communautés, le tout à l'intersection de la santé mentale, de l'itinérance et de la dépendance.

En plus de l'intervention en première ligne, les CPS occupent souvent une fonction de liaison et de continuité. Ils permettent de maintenir un lien avec la personne et ses proches tout en travaillant en complémentarité avec les établissements publics et les autres partenaires concernés.

Or, cette contribution demeure reconnue de façon inégale selon les territoires. Certains partenariats avec les CISSS, CIUSSS, écoles, municipalités, services policiers et organismes communautaires fonctionnent bien, mais ils reposent encore trop souvent sur les personnes en poste et le financement disponible. Les prochaines orientations doivent formaliser la place des CPS dans les trajectoires de services, clarifier les mécanismes de référence et soutenir leur rôle spécialisé par un financement adapté à leur contribution réelle.

5. Vision et principes directeurs proposés

Le RCPSQ appuie l'objectif gouvernemental d'une vision renouvelée, intégrée et cohérente en santé mentale, itinérance et dépendance. Pour être porteuse, cette intégration doit toutefois reconnaître la contribution propre de chaque partenaire plutôt que chercher à uniformiser les réponses. Les enjeux vécus par les personnes sont souvent liés entre eux, mais les expertises nécessaires pour y répondre ne sont pas interchangeables. Une orientation réellement intégrée doit donc clarifier les rôles et permettre à chaque acteur d'intervenir au bon moment, dans le respect de son mandat et de son expertise.

Dans cette perspective, la prévention du suicide doit être comprise comme un filet transversal entre les réponses en santé mentale, en itinérance et en dépendance. Tel qu'exposé auparavant, les personnes accompagnées par les CPS ne vivent pas toujours une crise isolée ou ponctuelle. Leur détresse s'inscrit souvent dans une accumulation de vulnérabilités, de précarité, d'isolement et de ruptures de services. Si les prochaines orientations traitent séparément des réalités qui se cumulent dans la vie des personnes, elles risquent de maintenir les mêmes bris de trajectoire.

Les prochaines orientations devraient ainsi soutenir une action plus précoce, plus accessible et mieux ancrée dans les territoires. Cela implique de renforcer la prévention en amont, d'assurer un accès rapide et équitable aux services, et de reconnaître l'expertise communautaire spécialisée comme une composante essentielle du continuum. La continuité doit également devenir un principe central, particulièrement lors des moments de transition où les personnes sont plus vulnérables: sortie d'hôpital, intervention de crise, changement de ressource, attente de suivi ou rupture de prise en charge.

Une vision cohérente doit aussi demeurer centrée sur la personne, ses proches et ses conditions de vie. Elle doit s'appuyer sur le respect de la dignité, la lutte à la stigmatisation, la participation des personnes concernées et la reconnaissance du savoir expérientiel. Ces principes sont essentiels pour rejoindre les personnes qui hésitent à demander de l'aide, qui ont vécu des ruptures de confiance avec les services ou qui ne se reconnaissent pas dans les portes d'entrée traditionnelles.

Pour que cette vision se traduise réellement sur le terrain, elle doit être soutenue par des conditions de mise en œuvre réalistes. Les organismes ne peuvent pas élargir leur capacité d'action sans financement à la mission suffisant, récurrent et prévisible. De la même manière, les trajectoires de services ne peuvent pas reposer uniquement sur la bonne volonté des personnes en poste ou sur des relations locales fragiles. Elles doivent être formalisées, connues des partenaires et adaptées aux réalités régionales.

Le RCPSQ invite donc le gouvernement à éviter certaines dérives qui fragiliseraient l'atteinte des objectifs poursuivis. Une intégration qui efface les expertises spécialisées affaiblirait la réponse plutôt que de la renforcer. Des orientations ambitieuses sans financement récurrent maintiendraient les organismes dans une logique de priorisation de l'urgence au détriment de la prévention. Des critères d'admissibilité aux services trop restrictifs continueraient d'exclure les personnes aux besoins les plus complexes et de déplacer la pression vers les urgences, les services policiers ou les organismes communautaires.

Enfin, les prochaines orientations devraient éviter une réponse centrée principalement sur la crise, la judiciarisation ou des indicateurs lourds à documenter. En santé mentale, en itinérance et en dépendance, une approche durable doit plutôt miser sur la santé publique, la réduction des méfaits, l'hébergement digne, le logement, l'accompagnement, la continuité et la promotion de la vie. Les cibles et les indicateurs doivent demeurer utiles pour améliorer les services, sans alourdir inutilement les organismes qui sont déjà sous pression.

6. Recommandations prioritaires

Les constats recueillis auprès des CPS convergent vers une même conclusion : le Québec dispose déjà d'un réseau d'expertise spécialisé en prévention du suicide, présent dans les régions et ancré dans les communautés, mais cette capacité demeure insuffisamment soutenue au regard de l'ampleur et de la complexité des besoins actuels.

Les recommandations du RCPSQ visent à consolider ce réseau comme levier de prévention, d'intervention en première ligne et de continuité dans les prochaines orientations en santé mentale, itinérance et dépendance. Elles proposent des conditions concrètes pour que les CPS puissent intervenir plus tôt, mieux soutenir les personnes et leurs proches, et contribuer plus efficacement à la réduction des décès par suicide.

Au-delà de la formulation des orientations, le RCPSQ recommande que sa participation ainsi que celle des CPS soit incluse de manière structurée dans les travaux de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation des politiques à venir. Leur expertise terrain est essentielle dans l'arrimage des intentions gouvernementales aux enjeux vécus par les usagers et aux contraintes inhérentes aux organismes communautaires.

Recommandation 1 - Reconduire et renforcer une stratégie nationale en prévention du suicide

Le RCPSQ recommande de reconduire dès 2026 une stratégie nationale forte en prévention du suicide, arrimée aux prochaines orientations en santé mentale, itinérance et dépendance. Cette stratégie doit maintenir une attention spécifique à la prévention du suicide, tout en reconnaissant que la détresse suicidaire se manifeste souvent à l'intersection de plusieurs réalités sociales et cliniques.

Une stratégie nationale permettrait d'assurer une cohérence d'action entre les acteurs provinciaux, régionaux et locaux. Elle devrait être élaborée et mise en œuvre avec la participation active des partenaires en prévention du suicide, notamment le RCPSQ, les CPS, l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS), les établissements publics, les organismes communautaires et les autres partenaires concernés, afin que les orientations gouvernementales se traduisent en actions concrètes, cohérentes et adaptées aux réalités du terrain.

Recommandation 2 - Rehausser le financement à la mission des CPS

Le RCPSQ recommande d'assurer aux CPS un financement à la mission significatif, récurrent, prévisible et proportionnel à la croissance des demandes, à la complexification des situations et au rôle spécialisé qu'ils assument dans les régions du Québec.

Le financement à la mission est la condition de base pour renforcer la prévention et la première ligne en santé mentale. Sans capacité stable, les CPS doivent concentrer leurs ressources sur les situations les plus urgentes et reporter ce qui permettrait pourtant d'agir plus tôt : prévention en amont, suivis post-crise, soutien aux proches, postvention, formation des milieux et sensibilisation continue. À l'inverse, un financement adéquat permettrait de maintenir une présence spécialisée constante auprès des personnes en détresse, avant que leur situation ne s'aggrave.

De plus, prévenir le suicide exige une expertise spécialisée, une grande capacité de jugement clinique, une disponibilité émotionnelle importante et une collaboration constante avec les proches et les partenaires. Lorsque les équipes sont épuisées, que le roulement augmente ou que les conditions ne permettent pas de stabiliser l'expertise, c'est toute la capacité de prévention qui s'en trouve fragilisée. Soutenir les équipes n'est donc pas une mesure administrative, c'est une condition directe de qualité, de continuité et de sécurité pour les personnes en détresse.

Recommandation 3 - Reconnaître formellement les CPS comme partenaires spécialisés du continuum de services

Le RCPSQ recommande d'inscrire formellement les CPS dans les trajectoires de services en santé mentale. Cette reconnaissance doit se traduire par des mécanismes de référence clairs, connus des partenaires et suffisamment uniformes pour réduire les écarts entre les territoires.

Les CPS interviennent souvent auprès de personnes qui ne sont pas encore prises en charge, qui attendent un suivi, qui ne répondent pas aux critères d'admissibilité d'un service ou qui vivent une rupture de trajectoire. Leur rôle ne remplace pas celui des établissements publics ni des ressources spécialisées en santé mentale, en itinérance ou en dépendance. Il les complète. Pour que cette complémentarité fonctionne, la place des CPS doit être reconnue explicitement dans les trajectoires, plutôt que dépendre uniquement des relations locales ou de la connaissance variable des partenaires.

Recommandation 4 - Formaliser les trajectoires de continuité après une crise

Le RCPSQ recommande d'établir des trajectoires régionales formalisées, dans toutes les régions du Québec, pour les moments de transition les plus critiques, notamment après une urgence, une hospitalisation, une intervention de crise, un séjour en hébergement ou la sortie d'un service.

Ces moments sont particulièrement sensibles pour les personnes en détresse et pour leurs proches. Lorsque les communications sont incomplètes, que les délais s'allongent ou que les responsabilités ne sont pas clairement définies, la personne peut se retrouver à attendre sans filet de sécurité ou à se décourager devant la complexité des démarches. Des trajectoires mieux définies permettraient de réduire les bris de suivi et de confiance, de soutenir la continuité et d'éviter que certaines situations se détériorent faute d'un relais clair.

Recommandation 5 - Renforcer la prévention en amont dans les milieux de vie

Le RCPSQ recommande de financer davantage les actions qui permettent d'intervenir avant que la détresse ne devienne une crise. La prévention du suicide ne peut pas reposer uniquement sur la capacité de répondre au moment le plus aigu. Elle exige aussi du repérage, de la sensibilisation, de la formation, du soutien aux proches, de l'accompagnement des milieux et une présence continue dans les communautés.

Un chantier spécifique devrait être ouvert avec le ministère de l'Éducation afin de définir, avec les CPS, des modalités d'accès aux écoles, aux formations, au repérage, au référencement et des mécanismes de soutien aux milieux scolaires. Les pratiques actuelles varient fortement selon les régions. Une orientation

plus claire permettrait de réduire ces écarts et de mieux soutenir les jeunes, les familles et les équipes scolaires, tout en respectant les réalités locales.

Recommandation 6 - Renforcer l'équité territoriale, linguistique et populationnelle

Le RCPSQ recommande de soutenir des modalités d'intervention adaptées aux réalités rurales, urbaines, éloignées et anglophones afin que l'accès aux services ne dépende pas uniquement du territoire et des ressources locales, et qu'elles ne soient pas assujetties de contraintes administratives en lien avec l'utilisation de l'anglais.

Une attention particulière doit être portée aux personnes et aux groupes plus vulnérables ou plus difficilement rejoints, notamment les jeunes, les hommes, les personnes en situation de précarité ou d'itinérance, les personnes âgées isolées, les proches, les personnes de la diversité sexuelle et de genre, les nouveaux arrivants, les communautés ethnoculturelles ainsi que les Premières Nations et Inuit. Pour plusieurs de ces personnes, demander de l'aide est déjà difficile. Les prochaines orientations doivent donc réduire les barrières d'accès plutôt qu'ajouter de la complexité.

Cette équité passe aussi par un meilleur arrimage avec les réponses en logement, revenu, dépendance, emploi, justice et soutien communautaire. Sur le terrain, ces réalités se cumulent souvent dans les parcours de détresse; les traiter séparément limite la portée des interventions.

Recommandation 7 - Mettre en place des indicateurs utiles, réalistes et non bureaucratiques

Le RCPSQ recommande de suivre la mise en œuvre des prochaines orientations à l'aide d'indicateurs simples, utiles et centrés sur l'amélioration des services. Ces indicateurs devraient permettre de mesurer l'accès, la continuité, la capacité de prévention, les délais, la formalisation des trajectoires, les partenariats et l'expérience des personnes aidées et de leurs proches.

La reddition de compte ne doit pas alourdir indûment les organismes. Elle doit plutôt aider à comprendre où les ruptures persistent, quelles populations sont moins bien rejointes et quelles conditions doivent être ajustées pour intervenir plus tôt et plus efficacement. Voici quelques exemples d'indicateurs proposés:

Dimension	Exemples d'indicateurs réalistes
Accès	Délai entre la demande ou la référence et le premier contact; proportion de références complètes; capacité de réponse selon les heures de service.
Continuité	Proportion de régions disposant de trajectoires formalisées entre les CPS, établissements, urgences, écoles, municipalités, services policiers et organismes communautaires.
Prévention	Nombre et portée des activités de sensibilisation, de formation et d'intervention précoce; proportion du financement pouvant être consacrée à des actions en amont.

Post-crise et postvention	Capacité à offrir des suivis post-crise, du soutien aux proches et des interventions de postvention sans réduire les autres services essentiels.
Équité territoriale	Comparaison des écarts de service entre régions urbaines, rurales et éloignées; accessibilité aux services pour les populations anglophones et les autres groupes en situation de vulnérabilité.
Main-d'œuvre spécialisée	Taux de roulement, postes vacants, accès à la supervision clinique, formation continue et indicateurs d'épuisement des équipes.
Qualité et expérience	Satisfaction des personnes aidées et des proches; clarté des trajectoires; sentiment de ne pas avoir à répéter constamment son histoire.

7. Précisions sur les coûts financiers et humains

Les recommandations proposées impliquent des investissements structurants, principalement sous forme de financement récurrent à la mission, de ressources dédiées à la coordination et à la liaison entre les partenaires, ainsi que de temps consacré à la formation, à la supervision clinique, à la concertation et à la mise en œuvre de trajectoires formalisées. Elles nécessitent également de soutenir la participation active des CPS et des partenaires spécialisés à une stratégie nationale renouvelée en prévention du suicide.

Ces investissements doivent être mis en perspective avec les coûts humains et systémiques de l'inaction. Lorsque la prévention et la première ligne ne sont pas suffisamment soutenues, les situations se détériorent, les ruptures de trajectoire se multiplient, les proches sont davantage laissés sans repères et les personnes en détresse se retrouvent plus souvent aux portes de l'urgence, des services policiers ou d'autres ressources déjà sous pression. À cela s'ajoutent l'épuisement des équipes, le roulement du personnel et la perte d'une expertise spécialisée difficile à reconstruire.

Le financement par projets ponctuels peut soutenir l'innovation ou répondre à certains besoins ciblés, mais il ne peut remplacer le financement à la mission. Une politique qui souhaite réellement renforcer la prévention du suicide doit d'abord financer la capacité de base des organismes qui interviennent en prévention et en première ligne. Autrement, les orientations risquent de demeurer ambitieuses sur papier, mais insuffisantes pour transformer la réalité vécue par les personnes en détresse, leurs proches et les équipes qui les accompagnent.

Investir dans les CPS, c'est soutenir une organisation déjà présente dans les régions, capable d'agir plus tôt, de maintenir le lien avec les personnes vulnérables, d'accompagner les proches, de renforcer les milieux de vie et de contribuer à la continuité des services. L'investissement en prévention du suicide et en santé mentale permet des économies substantielles tant en termes de coûts humains que systémiques. À terme, ces investissements visent à réduire les bris de trajectoire, à diminuer la pression sur les services d'urgence et à mieux prévenir les décès par suicide.

8. Conclusion

Les prochaines orientations en santé mentale, itinérance et dépendance représentent une occasion importante de corriger des bris de trajectoire connus, de consolider les expertises communautaires spécialisées et de mieux agir avant que la détresse ne devienne une crise. Les constats transmis par les CPS montrent que les besoins augmentent, se complexifient et se présentent de plus en plus à l'intersection de plusieurs réalités sociales, cliniques et organisationnelles.

Dans ce contexte, les CPS ne doivent pas être considérés uniquement comme des ressources de crise. Ils constituent un réseau spécialisé déjà implanté dans les régions, capable d'agir plus tôt, de maintenir un lien avec les personnes en détresse, de soutenir les proches, d'accompagner les milieux de vie et de contribuer à la continuité des trajectoires. Leur contribution est essentielle.

Le RCPSQ invite donc le gouvernement du Québec à reconnaître formellement les CPS comme partenaires spécialisés du continuum de services, à structurer leur place dans les trajectoires régionales et à leur accorder un financement à la mission suffisant, récurrent et prévisible. Une vision renouvelée, intégrée et cohérente ne pourra produire des effets réels que si elle s'appuie sur une capacité stable d'intervention en prévention et en première ligne.

Le Québec dispose déjà d'un réseau d'expertise en prévention du suicide. Il faut maintenant lui donner les conditions nécessaires pour répondre à l'ampleur des besoins, soutenir les communautés et contribuer concrètement à la réduction des décès par suicide.