

Allocution – Enquête thématique sur le suicide

Afin de respecter les bonnes pratiques en prévention du suicide, je demande que ne soit pas diffusé tout ce qui touche le moyen utilisé pour le passage à l'acte suicidaire. Pour une meilleure compréhension, j'en ferai référence dans le texte qui suit.

Introduction

En préambule à mon exposé, permettez-moi dans un premier temps de vous faire part des raisons qui ont motivé ma demande de participer au volet recommandation de cette enquête publique portant sur la thématique du suicide.

Il y a un an, je perdais ma fille par suicide. Au p'tit matin du 9 avril 2021, elle s'enlevait la vie à l'unité de psychiatrie du Centre hospitalier affilié universitaire régional de Trois-Rivières, en utilisant [REDACTED] remise à son admission. [REDACTED]

[REDACTED] Comment expliquer que, dans un lieu qualifié de sécuritaire, on donne à des personnes en difficulté un outil pour le passage à l'acte? [REDACTED]

[REDACTED] C'est un malheureux constat qui démontre qu'il y a encore beaucoup à faire et qu'on doit apporter des améliorations à notre système de santé afin de mieux traiter les personnes en difficulté.

La perte de cette fille que j'aimais inconditionnellement est la deuxième que je subis. En effet, sa mère s'enlevait la vie en juillet 2004. À la suite de cette première perte, j'ai débuté mon engagement dans la prévention du suicide. Ça fait près de 18 ans que j'œuvre bénévolement dans ce domaine.

Au fil des années, mon implication au niveau de la prévention de suicide s'est traduite par diverses actions : Initiateur de l'implantation du réseau de sentinelles à l'Université du Québec à Trois-Rivières, participation à des activités de collecte de fonds, etc... Depuis 3 ans, je suis membre du conseil d'administration du centre de prévention suicide l'Accalmie de Trois-Rivières.

À titre de président-fondateur de la première association d'endeuillés par suicide au Québec (AES de la Traverse), j'ai animé pendant une dizaine d'années des ateliers-discussion avec ces endeuillés. Cette expérience m'a permis d'entrer en contact avec eux. Ils m'ont partagé leur douloureuse expérience. Leurs histoires ont nourri et guidé en partie les suggestions que je porte aujourd'hui à votre attention.

Avant de débiter mon exposé, je voudrais remercier particulièrement les endeuillés qui participent à ce volet recommandation de cette enquête publique. C'est ensemble qu'on peut faire changer les choses. Leur participation à cette enquête publique témoigne d'une grande résilience. « Bravo! »

Je ne suis pas un grand scientifique. Je suis une personne qui tente à sa façon de faire une différence. Je vous prie d'accueillir mes suggestions avec diligence. À tout le moins, j'espère que certaines de mes réflexions pourront alimenter des discussions et des débats, parce que je crois fermement que si tous ensemble on y met les efforts, on pourra apporter des changements afin d'améliorer notre système de santé au Québec.

Mon exposé comporte neuf thèmes que j'aborderai l'un après l'autre. J'espère que je saurai vous partager adéquatement leur contenu. Si des précisions sont requises, après chaque thème, n'hésitez pas à me questionner afin d'y apporter des clarifications.

Thème 1 : Briser les tabous – Susciter l'espérance

Vous êtes-vous déjà demandé comment vous réagiriez si l'on vous annonçait un diagnostic indiquant que vous souffrez d'un problème de santé mentale? Comment le prendriez-vous? Pour plusieurs, c'est un peu comme annoncer la fin du monde. Comme si leur avenir est compromis à tout jamais. Faire face à la maladie est perçu comme une montagne difficile, voire impossible à surmonter.

L'un des premiers défis consiste à accepter sa condition. Comment le faire dans un monde où le tabou est encore bien présent? En effet, dans la population, trop souvent, lorsqu'une personne éprouve des difficultés à ce niveau, elle est perçue comme diminuée à tout jamais. Malgré tous les efforts des dernières décennies, lesquels ont permis des améliorations, cette stigmatisation en santé mentale existe encore dans notre société.

La prise de médication comporte aussi son lot de défis. La bonne recette peut être longue et difficile à trouver. Avec un bon suivi médical, on peut y parvenir.

Plusieurs des personnes décédées dont on a fait l'étude dans le cadre du volet factuel de cette enquête publique, éprouvaient des difficultés avec la prise de médication. Parce que trouver la bonne recette n'est pas suffisant ; encore faut-il que la personne prenne sa médication sans interruption.

Comment susciter l'espoir auprès des gens qui reçoivent et vivent avec un tel diagnostic? Cet espoir que s'ils y mettent les efforts, suivent leur médication et font des bons choix pour composer avec cet état, ils peuvent retrouver une vie active et bien remplie. Une existence qui leur permettra de se réaliser et qui, malgré les défis, sera aussi composée de petits bonheurs.

Comment le corps médical peut-il contribuer à insuffler cette espérance? Cet espoir qui permet de croire que même si aujourd'hui ça ne va pas, demain il est fort probable que ça aille mieux. Comment nourrir ce sentiment afin d'éviter le découragement et diminuer le risque de crise suicidaire? Est-ce qu'on pourrait alimenter cet espoir par des témoignages de gens inspirants?

Dans les dernières années, certaines personnalités du monde artistique, sportif et des affaires ont fait des sorties médiatiques en parlant ouvertement de leur problématique de santé mentale. Pourraient-ils faire partie de la solution?

À ma connaissance, ces gens qui ont eu le courage de partager leur expérience de vie en témoignant de leur maladie, l'ont fait de façon isolée et leur impact n'a été que temporaire. Pour faire perdurer dans le temps l'impact positif de ces témoignages, est-ce qu'il serait pertinent de rendre ces témoignages disponibles sous forme de capsules vidéo? Ces capsules accessibles en tout temps pourraient être regroupées à l'intérieur d'un même site et servir d'outil au personnel en santé. En effet, ils pourraient référer cet outil à leur clientèle lors de leur interventions.

Les messages dans ces capsules pourraient souligner que la prise de la médication, en respectant la posologie indiquée, est salutaire. De plus, ils mentionneraient l'importance de pas s'autotrainer et qu'en cas d'effets secondaires d'en discuter avec son médecin et que c'est à l'équipe médicale d'indiquer si la médication doit être temporaire ou permanente.

Des messages de gens moins connus pourraient aussi être envisagés.

Évidemment, une équipe de travail pour ce projet devrait être mise en place pour que soient validés les aspects en lien avec le contenu et la diffusion d'un tel outil. Il serait bien d'inclure dans cette équipe des représentants du secteur communautaire qui œuvrent déjà auprès de cette clientèle.

Mener à bien un tel projet exige des ressources humaines et financières. Qui sait, peut-être que certaines compagnies pharmaceutiques pourraient participer financièrement?

J'ai abordé ce thème sur l'importance de susciter l'espérance parce que dans tout le questionnement suite au décès de ma fille, en regardant les notes qu'elle a laissées, je crois comprendre qu'elle avait perdu cet espoir d'une rémission éventuelle.

Thème 2 : Ajustement à la législation

Lorsqu'on est le proche aidant d'une personne qui éprouve des problèmes de santé mentale, bien qu'animé du désir d'aider notre proche en difficulté, l'amour qu'on lui porte n'est malheureusement pas suffisant. Si la personne refuse de consulter et ne représente pas un danger grave et immédiat, les dispositions légales actuelles confinent les proches aidants à un rôle de spectateur. Impuissant, ils ne peuvent que constater la triste dégradation de l'état de cette personne qui ne va pas bien. Ils remarquent des changements comportementaux et toute la désorganisation affectant leur proche. Ils sont témoins de propos incohérents qui souvent sont plus de l'ordre du délire. Cette personne qu'ils aiment n'est plus tout à fait la même. À chaque fois qu'ils quittent la maison, c'est souvent avec la crainte, à leur retour, d'assister à un drame (suicide ou autre).

C'est pénible d'aider un proche dans une telle situation. Ce que souhaite la famille c'est que la personne soit traitée afin qu'elle aille mieux. Ces proches aidants veulent aider la personne en difficulté. Ils vivent des confrontations parfois vives avec la personne malade. Cette personne en difficulté se rebelle, se fâche et ne comprend pas toujours la gravité de son état de santé. Elle perçoit ses proches comme menaçants et malveillants. Comment convaincre une personne d'accepter d'aller à l'hôpital quand celle-ci vous dit, plusieurs fois par jour, qu'elle n'a jamais été aussi bien de sa vie? Cela relève de l'exploit.

On est passé des années 40 où on mettait en cage les gens avec des problèmes de santé mentale à une totale liberté de choix alors que la personne n'est pas entièrement apte à faire des choix. On se base sur le fait que la personne n'est pas un risque pour elle-même ou pour autrui. Peut-on aller au-delà de ce que la personne malade dit lors d'une rencontre de quelques minutes, avoir une vision plus globale en tenant compte davantage des comportements inadéquats et des commentaires des proches aidants? Peut-on prendre en compte et avec sérieux les propos de la personne proche aidante?

Tel que le stipule le Code civil du Québec, un individu peut refuser des soins de santé. C'est du ressort de nos droits et libertés. Je ne mets pas en cause ce choix pour une personne qui, suite à des problèmes d'ordre physique, prend cette décision. Toutefois, comment on peut considérer de la même manière une personne qui n'est pas en pleine possession de ses moyens, qui est en psychose, de refuser les soins de santé, et ce, tant qu'elle ne représente pas un danger immédiat pour elle-même ou pour autrui? Est-ce certaines dispositions des lois au Québec, nuisent au traitement et compliquent les soins au patient? Possiblement.

Bien entendu, il est important de se demander si un tel changement légal porte atteinte aux droits et libertés. On peut s'objecter contre le fait qu'une personne se fasse traiter contre son gré. Cependant, si le but premier d'une telle intervention vise le bien de la personne elle-même, cela justifie une plus grande réflexion. Il n'est pas question d'enfermer ou mettre en cage une personne, mais plutôt de la faire évaluer afin qu'elle reçoive les soins requis. Bien qu'un changement de cette nature puisse entraîner une certaine crainte dans la population, le statu quo actuel n'est pas acceptable. Fréquemment, les gens qui sont laissés à eux-mêmes vont s'autotrainer. Dans certains cas, ils utilisent des drogues ce qui accroît la difficulté des soins à

mettre en place. C'est difficile d'amener une personne à se faire traiter. Or, plus on tarde à traiter quelqu'un, plus la situation risque de se complexifier.

Pour intervenir afin de faire évaluer une personne en difficulté, la loi p-38 exige que le patient représente un danger grave et immédiat. En situation de crise, suite à un appel d'urgence, bien souvent, la première personne à faire cette évaluation est le policier qui se présente sur les lieux. L'état de la personne malade n'est pas toujours évident à évaluer. La personne malade peut s'être calmée et se contenir davantage à l'arrivée des policiers. Lorsque les policiers ne peuvent évaluer un danger grave et immédiat, ils suggèrent à la famille de faire une démarche auprès d'un juge afin de prouver que la personne représente un danger pour elle-même ou autrui. Cette démarche est pénible et longue pour les familles. Ils doivent engager un avocat, car ils ne peuvent pas présenter leur requête eux-mêmes à la cour. Composer avec une telle situation est loin d'être facile. Ils doivent transiger avec des réactions négatives de la personne malade car leurs démarches se font contre la volonté de celle-ci. En cour, il faut que la famille démontre un danger. Pourtant, il n'est pas question à ce niveau de faire une démarche pour « enfermer » la personne malade mais plutôt de la faire évaluer afin qu'elle reçoive les soins requis.

Les dispositions actuelles de la loi p-38 mettent un frein à l'aide aux personnes ayant des problèmes de santé mentale. Les personnes malades peuvent formuler des plaintes et faire appel à des avocats si leurs interventions sont faites sans la présence d'un danger grave et éminent. Est-ce que ces menaces peuvent décourager les médecins et les policiers dans la mise en place de l'aide qu'ils peuvent apporter?

C'est malheureux, mais encore aujourd'hui lorsqu'on discute de santé mentale, c'est tabou. Encore plus si dans leur entourage, les gens n'ont pas été touchés, ils ne se sentent pas concernés, jusqu'au moment où survient le drame avec l'un de leurs proches. Selon les données d'enquêtes effectuées par l'Institut de la statistique du Québec, près d'une personne sur cinq est atteinte de troubles mentaux au Québec comme au Canada (ISQ 2010)¹. La santé mentale c'est l'affaire de tous!

Au-delà d'une ordonnance pour évaluation, il existe des dispositions particulières pour les cas extrêmes où la personne malade ne dispose d'aucune autocritique et est inapte à consentir à un traitement. Le médecin traitant peut s'adresser à la cour pour que soit traitée la personne malade contre son gré et ainsi obtenir une ordonnance de traitement. Toutefois, ces démarches sont lourdes. Il serait sûrement possible d'apporter des changements à ce niveau pour mieux aider les personnes en difficulté.

De plus, je questionne un autre aspect de notre législation. Il devient difficile, voire presque impossible d'aider son proche et de faire équipe avec les professionnels de la santé lorsqu'il n'y a aucune autorisation de divulgation au dossier médical de la part de la personne malade. Le proche aidant est une fois de plus relégué à un rôle de spectateur. Serait-il possible de mettre en place des dispositions qui permettraient de valider le bien-fondé et la bienveillance du proche aidant et ainsi, lui donner la possibilité d'être un acteur actif dans le soutien à cette personne en difficulté? Après tout, ce proche aidant est l'une des clés du rétablissement de la personne malade, une fois qu'elle obtient son congé de l'hôpital.

J'aimerais terminer en vous exposant ce qui, personnellement, a motivé la rédaction de ce thème dans mon allocution. Le jour du suicide de ma fille, mes fils et moi avons rencontré l'équipe médicale du département de psychiatrie au centre hospitalier. La psychiatre présente nous a signifié avec désolation les limitations imposées par la législation dans le traitement des soins aux personnes ayant des problèmes de santé mentale. Qu'est-ce qu'on attend pour que ça change? Pourquoi toujours attendre un drame? Est-ce que notre système légal pourrait faciliter une meilleure prise en charge des personnes rencontrant des difficultés en santé mentale? Pourrions-nous agir en prévention plutôt que d'attendre l'apparition d'une crise qui se conclut par un drame?

Thème 3 : Soutien aux proches aidants

L'aide aux proches aidants comporte aussi un volet légal. En effet, si la personne se refuse à consulter et que suite à la visite d'un policier, elle ne présente pas un danger grave et immédiat, la famille doit procéder afin qu'une demande d'ordonnance d'évaluation soit présentée en cour par un avocat. Compte tenu des frais que cette démarche engendre, plusieurs proches aidants abandonnent.

Est-ce qu'une ligne de consultation gratuite ou à faible coût pourrait être accessible afin que le proche aidant puisse valider, en fonction de la situation, s'il est possible d'obtenir de la cour une ordonnance d'évaluation envers la personne malade?

Bien qu'il y ait des services d'aide juridique dans la plupart des régions du Québec, sont-ils tous capables de traiter rapidement une telle demande? Pour le dépôt d'une telle demande, est-ce qu'on pourrait assouplir les critères d'éligibilité à l'aide juridique? Est-ce les gens, s'ils en ont la capacité, pourraient être accompagnés pour déposer eux-mêmes leur demande?

Dans les réceptions de nos palais de justice, est-ce qu'ils diffusent au proche aidant, lorsqu'elles existent dans leur région, l'information sur les ressources communautaires qui peuvent lui venir en aide, qu'elles soient de nature légale ou non. Il faut davantage faire circuler l'information et faire périodiquement des rappels sur l'existence de telles ressources.

En ce qui touche le volet soutien social, dans certaines régions du Québec, il y a présence d'organismes communautaires pouvant soutenir les proches aidants. Le proche aidant est à la fois et plus souvent qu'autrement le dernier maillon, sympathique et affectueux, qui préserve dans de nombreux cas le fragile équilibre qui reste à la personne fragilisée. Par leur compassion les proches sont également ceux qui vident le plus rapidement leurs énergies, fragilisant leur propre santé et leur propre équilibre.

Ces organismes communautaires offrent une gamme de services afin de leur permettre d'actualiser leur capacité à soutenir la personne malade. Serait-il possible qu'on rehausse la présence de tels organismes dans des lieux névralgiques et lors de moments cruciaux. Programmer une façon plus systématique l'implication de ces ressources communautaires.

Pourrait-on mieux informer la population sur l'existence des ressources communautaires et des services qu'elles offrent? Cette information devrait circuler davantage. Est-ce que des campagnes publicitaires ponctuelles seraient un bon moyen?

Thème 4 : Soutien aux organismes communautaires

Lorsque nous parlons de la prévention du suicide, nous devons impérativement parler des organismes communautaires en santé mentale. Ensemble, ils constituent un continuum complémentaire, d'une très grande richesse, qui offre des services tout aussi variés répondant à de nombreux besoins de notre population.

En regardant le positionnement des organismes communautaires, nous constatons qu'ils favorisent grandement l'accessibilité aux services, puisqu'ils sont des partenaires et qu'ils travaillent en étroite collaboration. Les organismes communautaires en santé mentale offrent à la population une excellente porte d'entrée pour les services globaux en santé et services sociaux.

Ces personnes, qui constituent les ressources humaines des organismes communautaires, se présentent quotidiennement en investissant une grande compassion. Ils évoluent en étant bienveillants, empreints d'un grand humanisme et croyant au plein potentiel de rétablissement. Ils sont curieux face aux différences et ils mettent la richesse de leur vécu et de leur expérience au profit de la collectivité.

Les organismes offrent des services variés allant de la prévention universelle jusqu'à l'intervention de crise en passant par des services d'accompagnement, de rencontre individuelle et de groupe, pour ne nommer que ceux-ci.

Peu importe qu'il s'agisse de prévention du suicide, d'hébergement communautaire, d'entraide, de centre de jour, de membres de l'entourage, l'approche est inclusive et individualisée. La proximité avec la population permet la création de repères fortement humanisés à même le tissu social d'une communauté.

Les organismes communautaires tentent de soutenir le réseau de la santé en offrant des services d'aide psychosociale, d'information, de formation, de ressourcement et autres. Il leur est impossible de répondre à une demande sans cesse grandissante et de couvrir les territoires qu'ils sont appelés à desservir. Ils doivent garantir aux familles en souffrance des équipes de travail équivalent au ratio populationnel, de garantir la rétention de leurs expertises avec des avantages sociaux compétitifs.

Malgré cette reconnaissance avouée de l'importance des organismes communautaires et, plus particulièrement, des centres de prévention du suicide, le soutien financier est actuellement insuffisant. Il est important de leur donner les moyens de maintenir l'ensemble de leur raison d'être, ce qui passe par le maintien du personnel.

En cette convergence des différentes crises (sanitaires, main-d'œuvre, économique, de logement), les organismes s'investissent présentement à en contrecarrer les effets dévastateurs et assurer la survie même de leur mission.

Notons par exemple, la vaste gamme de services des Centres de prévention du suicide qui requiert un nombre conséquent d'employés et de spécialisations. Malheureusement, les

conditions de travail et salariales nuisent à leur capacité de rétention. Un phénomène de migration s'est installé où les intervenants du communautaire s'orientent vers d'autres secteurs où les conditions sont améliorées. En ce moment, où les Centres de prévention du suicide devraient améliorer l'offre de services, ils sont plutôt affairés à tenter de résister aux effets de la convergence des différentes crises qui les affaiblissent. Paradoxalement, il y a moins de main-d'œuvre pour une augmentation marquée des demandes d'aide. Il est difficile d'imaginer que le réseau public puisse recevoir cette quantité supplémentaire de demande, puisqu'il vit des situations similaires.

Il semble urgent de leur venir en aide pour qu'ils puissent continuer d'investir leur expertise en soutien direct à la population

Je salue les récentes annonces du gouvernement en matière de prévention du suicide, de santé mentale et d'action communautaire. J'espère que ces différents plans d'action se traduiront par un soutien aussi rapide que l'évolution de cet amalgame de crise qui les affecte.

En écrivant ces lignes, je me demande à quoi ressemblerait l'offre de service en prévention du suicide sans l'investissement de nos précieux CPS locaux et régionaux.

Thème 5 : Préconiser l'écoute empathique dans le suivi médical des personnes en difficulté

Soigner les gens ne s'effectue pas seulement en prescrivant une médication. En santé mentale, ça prend aussi un suivi thérapeutique. Selon les données du ministère de la Santé et des Services sociaux en avril 2022, la liste d'attente pour un suivi en santé mentale est de plus de 19 000 personnes².

De plus, pour obtenir un résultat probant, l'une des clés de la réussite de l'intervention repose sur l'établissement d'une relation de confiance entre la personne malade versus l'équipe médicale et les intervenants sociaux. Évidemment, ce climat de confiance n'a rien à voir avec la coercition. Toujours, l'humanisme doit demeurer au centre des interventions. L'approche doit viser à stimuler la coopération des gens malades par l'écoute empathique. Évidemment, établir ce genre de relation avec la personne prend du temps. Pour y mettre le temps requis, ça prend de l'argent!

Il faut aussi encourager le travail d'équipes interdisciplinaires. Entre autres, dans plusieurs régions du Québec, on retrouve des cliniques PEP (premier épisode psychotique). Ces cliniques regroupent des professionnels de diverses spécialités (médecins, travailleurs sociaux, psychologues et autres intervenants). Les gens composant ces équipes sont dévoués et passionnés, mais sont trop souvent débordés. Est-ce que cela peut être un frein à l'intervention? Est-ce que le manque de temps peut nuire à l'échange d'informations sur les patients entre les divers intervenants? C'est bien possible.

Dans ses derniers messages, ma fille a souligné son besoin d'une plus grande communication avec l'équipe médicale qui la traitait. Trop souvent le besoin d'écoute des patients n'est pas comblé. Certains, en voyant le personnel débordé, sentent qu'ils dérangent. En ajoutant plus de personnel dans notre système de santé, est-ce que ces gens disposeraient de plus de temps lors d'intervention afin mieux répondre aux personnes en difficulté? C'est certainement ce qu'aurait souhaité ma fille.

La pandémie de COVID-19 a provoqué une vague de solitude et d'isolement qui a grandement affecté la population. D'ailleurs pour ma fille, cet événement a été comme l'étincelle qui a allumé sa détresse.

Tel que mentionné dans un article de janvier dernier, rédigé par Félix Morrissette-Beaulieu, journaliste à Radio-Canada³, le nombre des demandes d'aide a augmenté mais aussi leur complexité. Aussi, plus on tarde à intervenir auprès de ces gens, plus leur état se détériore. Les interventions sont plus longues et de plus en plus de nouvelles personnes font des demandes.

En mai dernier, le ministre Christian Dubé annonçait un investissement de 65 millions \$ pour réduire le nombre de suicides au Québec⁴ et le ministre Jean Boulet un investissement de 1,1 milliard auprès des organismes communautaires⁵. Je me réjouis des récentes nouvelles sur l'injection de dollars de la part de notre gouvernement. Souhaitons que l'argent investi permette d'agir auprès de la clientèle en difficulté afin de faire une réelle différence.

Thème 6 : Recommandations des coroners et suivi

Rappel : Afin de respecter les bonnes pratiques en prévention du suicide, je demande que ne soit pas diffusé tout ce qui touche le moyen utilisé pour le passage à l'acte suicidaire. Pour une meilleure compréhension, j'en ferai référence dans ce thème.

Au Québec encore à l'heure actuelle, on recense en moyenne 3 suicides par jour. Pour chaque cas de suicide, le Bureau du coroner est avisé et un rapport est rédigé. Cela totalise plus de 1000 rapports/an en lien avec des cas de suicide. Fréquemment, suite à l'étude effectuée par le coroner, des recommandations sont formulées.

À l'occasion, pour certains de ces cas de suicide, le Bureau du coroner du Québec demande la tenue d'une enquête publique. Dans le cadre de cet exercice, on met souvent à contribution des organismes spécialisés (ex l'Institut Douglas, l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ), et autres). Assez souvent, leurs interventions vont se conclure par des recommandations.

La mise en place de toutes ces recommandations vise à éviter qu'un suicide se reproduise à nouveau. Parfois, celles-ci sont observées un certain temps et malheureusement, par la suite, elles tombent aux oubliettes. Ces recommandations ou ces conclusions devraient être permanentes.

Évidemment, les coroners et des spécialistes mis à contribution font des recommandations qui n'ont pas force de loi. N'ayez crainte, je ne demande pas cela. Toutefois, comment éviter que ces recommandations ne soient que des éléments soulevés dans des rapports, qui finalement, ne font qu'accumuler la poussière sur des tablettes. Comment pourrait-on considérer avec plus d'importance ces recommandations?

Au ministère du Transport, il y a une unité qui veille à l'application de certaines recommandations formulées par le Bureau du Coroner. Pourquoi n'en serait-il pas de même au ministère de la Santé et des Services sociaux?

Cette nouvelle unité pourrait avoir un impact certain. Elle serait chargée de l'étude des recommandations et, après analyse quant à leur faisabilité, voir à leur application. Elle assurerait une veille de ces recommandations afin de les faire perdurer dans le temps. Cette une unité exercerait une influence directe sur la stratégie nationale en prévention du suicide. Sa collaboration permettrait d'alimenter et faire évoluer rapidement les bonnes pratiques en prévention du suicide, particulièrement dans nos établissements de santé du Québec.

Ce n'est pas sans raison que je vous adresse l'importance du suivi de ces recommandations. Le suicide de ma fille n'est pas le seul qui s'est produit au CHAUR de Trois-Rivières. Sept ans auparavant en octobre 2013, un suicide s'est produit et a donné place à une enquête publique. Lors de cette enquête, l'outil qu'a utilisé ma fille pour mettre fin à ses jours avait été identifié par l'Institut Douglas comme étant le 2^e plus à risque sur 36 éléments. Pendant un certain temps, on a retiré [REDACTED], mais [REDACTED] étaient toujours distribuées en avril 2021. Encore à l'heure actuelle, lors de l'admission d'un usager à l'unité de

psychiatrie, il semble qu'on utilise ces [REDACTED]. Qu'a-t-on fait des recommandations qui avaient été formulées à l'époque? Ne trouvez-vous pas qu'il est justifié de penser qu'un meilleur suivi est requis?

Thème 7 : Uniformiser les bonnes pratiques en prévention du suicide dans nos unités psychiatriques des hôpitaux au Québec

Lorsqu'un suicide survient dans une unité psychiatrique, certaines recommandations sont formulées afin de diminuer les risques que le drame survienne à nouveau. Ces recommandations peuvent porter sur divers aspects tels que les soins, les procédures, le matériel, l'équipement ou encore tout ce qui touche l'aménagement physique.

Malheureusement, il semble que ces recommandations n'aient une portée que dans le lieu où s'est déroulé le drame. Si à l'hôpital de Trois-Rivières, on suggère le remplacement d'un équipement ou d'un outil ayant servi au passage à l'acte, conséquemment, ces changements ne devraient-ils pas s'appliquer à l'ensemble des unités de psychiatrie des divers établissements de santé du Québec?

Est-ce que toutes les unités de psychiatrie ont des environnements physiques adéquats permettant de répondre aux bonnes pratiques? Quels sont les contrôles qui sont exercés à ce niveau et sous quelle fréquence en fait-on la vérification? Les unités de psychiatrie dans nos centres hospitaliers sont-ils des milieux assez sécuritaires?

Quelques jours avant son suicide m'a fille s'était rendue de son propre chef à l'hôpital. À ce moment, j'étais soulagé. Intérieurement, je me disais qu'elle avançait dans sa prise en charge, qu'elle recevrait les soins requis et surtout la surveillance adéquate. Cette démarche de sa part allégeait la lourdeur de ma tâche de proche aidant. Pour un certain temps, elle serait en sécurité. Toutefois, tôt le matin du 9 avril 2021, l'appel du psychiatre de garde m'annonçait que j'avais eu tort. Ma fille n'était plus de ce monde. Je m'en suis voulu d'avoir fait confiance à ce système de santé. Néanmoins, avec un peu de recul, j'aime croire que si tous ensemble on y met les efforts, il est possible d'améliorer les choses pour mieux prévenir de tels drames.

Peu importe où on se trouve au Québec, la sécurité des patients dans les unités psychiatriques devrait répondre à un suivi rigoureux et constant. Avec une plus grande préoccupation, on doit appliquer des mesures et de contrôle régulières sur l'équipement, les protocoles et les bonnes pratiques en prévention du suicide.

Thème 8 : Responsabiliser les gestionnaires

La pandémie de COVID a fait ressortir certaines lacunes de notre système de santé. En effet, nous avons tous été témoins de la triste situation vécue par plusieurs de nos aînés dans les CHSLD. Dans ces cas, on cherche les responsables du chaos, mais il semble que souvent dans notre système de santé, il n'y en a pas!

Il en est ainsi en ce qui touche la prévention du suicide dans nos institutions. En effet, on s'en remet à la bonne volonté de ces gestionnaires d'établissements de santé, et ce, peu importe les conséquences de leurs actes et de leurs décisions.

Suite à un suicide, s'il y a des recommandations formulées, ne devraient-elles pas être appliquées? On a investi du temps et de l'argent dans l'élaboration de celles-ci. Alors pourquoi certains les ignorent ou les laissent tomber?

Est-ce que notre législation est suffisante afin que les gens en poste chargés d'appliquer les recommandations soient imputables? Avant tout, je tiens à préciser que mon but ultime n'est pas d'attaquer qui que ce soit. Je tiens plutôt à m'assurer qu'à la suite d'un drame, on respecte les efforts investis dans ces analyses visant à prévenir le suicide. En bref, qu'on ne sous-estime pas la pertinence des recommandations formulées dans ce but.

Auprès de leur personnel, ces gestionnaires ont le devoir de faire connaître les protocoles et les bonnes pratiques. Trop souvent, ceux-ci sont oubliés dû au manque de suivi. Des rappels devraient être effectués plus périodiquement.

Certains de ces gestionnaires font l'établissement de plans d'action avec des termes en formulant des directives avec des mots comme « lorsque requis, au besoin, appliquer judicieusement » etc... Ceux-ci ont possiblement pour effet de diminuer l'importance de la mise en place des actions visant la prévention. Elle laisse toujours place à de l'interprétation qui fait assurément que tous ne les appliquent pas avec la même rigueur.

De plus, à l'intérieur de ces plans, on peut présenter des actions visant une amélioration de l'équipement ou de l'aménagement physique. Trop souvent on ne précise pas de calendrier ou d'échéance en se contentant de phrase du type « Favoriser l'acquisition de tel équipement... » Est-ce que ces plans visent à mettre de la poudre aux yeux et sont rédigés principalement pour répondre à une demande faite en plus haut lieu?

Est-ce que tous y gagneraient en ayant des directives plus claires? La prévention du suicide doit aller bien au-delà de vœux pieux et doit passer par l'action. Il en va de la sécurité des gens qu'on aime.

Thème 9 : Formation et suivi de formation

Il est très important de prendre soin de nos travailleurs de la santé et des services sociaux, de mieux veiller sur ce capital humain. Nos hôpitaux au Québec et dans les services sociaux, compte parmi leur effectif des gens qui ont la vocation, qui ont le cœur sur la main et qui sont vraiment animés du désir d'aider. Plusieurs d'entre eux effectuent un travail exceptionnel et je tiens sincèrement à les remercier. Notre système de santé est souffrant. Avec le manque flagrant de main d'œuvre, le personnel en poste manque de temps et exécute rapidement ses tâches. Malheureusement, en conséquence, l'écoute envers la personne malade n'est pas au rendez-vous.

En partie, prendre soin de ce personnel, ça se fait en les outillant. Ces gens travaillant dans les urgences et dans les unités psychiatriques devraient tous recevoir, dès les premières semaines de leur entrée en service, une formation sur les bonnes pratiques en prévention du suicide et sur les protocoles en vigueur dans leur milieu de travail. Trop souvent, lorsque survient un drame, certains sont pris au dépourvu et ne connaissent pas exactement la procédure à suivre.

Tous savent qu'avec le temps, on oublie. C'est pourquoi on doit à intervalle régulier faire des suivis de formation. Cela permet un rappel et une mise à jour des bonnes pratiques à adopter.

Dans plusieurs histoires de suicide, les personnes en difficulté avant le passage à l'acte se sont présentées à l'urgence d'un centre hospitalier pour avoir du soutien et obtenir de l'aide. Ces personnes avaient été conduites par un ami ou un membre de leur famille ou encore ont eux-mêmes fait appel au service ambulancier. Je m'explique mal que trop souvent, on laisse repartir ces gens seuls sans aucun accompagnement alors qu'on est à même de constater que l'état de santé de cette personne n'est aucunement stabilisé. Dans la plupart des cas, une certaine évaluation du risque suicidaire a été réalisée. Toutefois, même si tous les éléments du comment, où, quand ne sont pas présents, il faut se rappeler que la personne est très fragile et que souvent ce n'est qu'une question de minutes pour que l'élément absent s'ajoute à la recette et amène la personne en détresse à commettre l'irréparable. Est-ce que des améliorations pourraient être apportées à ce niveau? Est-ce que dans de telles situations, on pourrait rejoindre des proches, des amis pour les aviser du congé de la personne et attendre l'arrivée de ceux-ci avant de laisser repartir la personne en détresse?

Certains protocoles en vigueur dans les unités psychiatriques vont souligner, à la suite d'un épisode de désorganisation d'un patient, d'évaluer le risque suicidaire. Ces mêmes protocoles vont jusqu'à inclure des grilles d'évaluation du risque suicidaire. Est-ce que tout le personnel est au fait de l'existence de telles grilles? Si tel est le cas, sont-elles remplies et sinon pourquoi? Est-ce qu'on consigne au dossier du patient qu'une évaluation a été faite suite à un épisode de désorganisation?

La prise de notes dans les dossiers est importante. Dans nos unités de soins, on a à composer avec des changements de quarts de travail et un grand roulement de personnel. L'information doit être bien transmise entre les soignants et doit circuler rapidement. Il semble que souvent cela représente un défi. Sommes-nous capables de faciliter à ce niveau le travail de ces

travailleurs? Est-ce que l'informatisation pourrait être un moyen pour y parvenir? Pourrions-nous mettre à leur disposition un outil de reconnaissance vocal visant à faciliter la prise de notes et qui intégrerait rapidement les notes au dossier du patient? Je ne sais pas si cela existe, mais qui sait, cela pourrait faire l'objet d'un éventuel projet de développement informatique. Qu'en dites-vous?

Mot de la fin

En terminant, je tiens à remercier sincèrement ceux qui ont permis ma participation à ce volet recommandation de l'enquête publique sur la thématique du suicide. Je sais que certaines de mes idées peuvent être qualifiées d'audacieuses, mais pourquoi pas!

C'est un grand privilège d'avoir pu faire entendre ma voix. La tribune que vous m'avez offerte m'a permis d'exposer mes idées et mes réflexions. J'espère à travers mes propos avoir rejoint, à tout le moins en partie, les préoccupations de plusieurs endeuillés du suicide.

Ce témoignage que je vous ai livré, je l'ai fait avec cœur et conviction. Il faut croire qu'on peut faire mieux au Québec dans nos actions en prévention du suicide.

Certaines personnes adhéreront à mes propos, d'autres resteront indifférentes. Avant de juger de ces idées, rappelez-vous simplement que je ne suis pas un spécialiste, un chercheur ou une sommité dans le domaine médical ou social. Je suis simplement une personne qui a développé des connaissances dans le domaine de la prévention du suicide en s'y investissant à titre de bénévole. Surtout le plus important, c'est de vous rappeler que je suis un père qui vit chaque jour avec l'absence de cette fille qu'il aimait tant. Cette fille brillante qui avait un avenir devant elle, mais tout ça n'est plus.

Mot de la fin (2 de 2)

Vous savez, aujourd'hui, en me présentant en cour, j'ai un peu l'impression de chausser les souliers de ma fille qui aurait pu vous impressionner en effectuant une habile plaidoirie.

Plus que jamais je suis convaincu que ce qui donne un sens à notre existence, c'est l'amour de nos proches et de nos amis, ce lien si important qui nous unit aux autres.

Ma fille me l'a souvent mentionné, mais comme elle aimait toujours avoir le dernier mot, il me semble important de lui laisser la chance de placer un mot dans cet exposé en vous partageant l'un de ses derniers textos.

« Voyons donc tu sais bien que tu resteras toujours mon père et que je ne pourrais jamais me passer de toi. LOL! »

En réponse à ce texto, j'aimerais terminer avec une citation d'un journaliste et philosophe français Jean d'Ormesson.

« Je t'aime dans le temps. Je t'aimerais jusqu'au bout du temps. Et quand le temps sera écoulé, alors, je t'aurai aimée. Et rien de cet amour, comme rien de ce qui a été, ne pourra jamais être effacé. »

Merci de votre attention.

¹ Institut de la statistique du Québec (ISQ) : Lesage A., Bernèche, F. Bordeleau M. (2010), Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2), Québec, Institut de la statistique du Québec, 104 p ISBN 978-2-550-58712-5 (PDF)

² Ici Radio Canada : David Rémillard, Santé mentale : 100 M\$ plus tard, les listes d'attente toujours dans le rouge. 11 avril 2022

<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1875096/sante-mentale-enveloppe-100-millions-liste-attente-privé>

³ Ici Radio Canada : Félix Morrissette-Beaulieu : Après deux ans de pandémie, la détresse psychologique se complexifie. 16 janvier 2022.

<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1854684/deux-ans-pandemie-detresse-psychologique-complexe-sante-mentale-covid-19>

⁴ Le Soleil : Frédéric Lacroix-Couture : Un investissement de 65 millions \$ pour réduire le nombre de suicide au Québec. 13 mai 2022.

<https://www.lesoleil.com/2022/05/13/un-investissement-de-65-millions--pour-reduire-le-nombre-de-suicides-au-quebec-2ed819318cf2eb998bcbc8b73e9aaf9c>

⁵ Journal de Québec : Agence QMI : Québec investit 1.1G\$ pour les organismes communautaires.

<https://www.journaldequebec.com/2022/05/14/quebec-investit-11-g-pour-les-organismes-communautaires>