

CASP

volume 14, no.2, May 2005



NEWS

Canadian Association for
Suicide Prevention

Association canadienne pour la
prévention du suicide

In this issue...

- Bridging the gaps:
The interaction of community
& hospital care for sexual abuse
trauma survivors 3
- Book your calendar 4
- CASPNEWS - by email 4

Suicidality & Homosexualities: Are we part of the problem or solution?

by Richard Ramsay and Pierre Tremblay

Speaking out about homosexualities and suicide risk is rare in suicide prevention. For example, there has not been a related article in CASPNEWS since its inception in 1989. Homosexuality is more taboo than suicide, with heterosexuality commonly assumed to be everyone's sexuality. Hidden behind this assumption the evidence of suicidality risk for sexual minority individuals, especially male youth, continues to accumulate with no alarmed concern in suicide prevention circles.

Recent research reviews conclude that homosexually oriented male (HOM) youth from many countries, Canada included, have elevated suicidality risks. This does not include suicide deaths, as baseline information on sexuality orientation is almost non-existent in census and research surveys. These young males, however, appear to be at risk for more serious forms of suicidality including more determined intention to die and use of more lethal suicide attempt methods.

Evidence of greater risk can be divided into two periods: pre- and post-1997. The former was characterized by

non-random studies (generally discredited by critics) that reported lifetime HOM youth "attempted suicide" incidences between 20 and 42%. The post-1997 period includes random sample Youth Risk Behavior Surveys (YRBS) in the United States that report one-year "attempted suicide" incidences between 20 and 36%. Similar percentages are reported for adolescent lesbian and bisexual females.

*... no formal alert has
been issued to pay
closer attention to
homosexuality issues*

Unfortunately, establishing evidence of differential suicidality risk is compromised by the general absence of sexual orientation data (deliberate or inadvertent?) in most youth/adult research, including data on anti-gay harassment/bullying directed at males assumed to be gay or bisexual (GB). A 1995 west coast YRBS collected such data but results were never formally published. In the survey, most adolescent males targeted for anti-gay harassment (about 80%) were not GB-identified, which may point to the

underlying dynamics of gender nonconformity and anti-femaleness in suicidality risk. The majority (68%) were heterosexual-identified and they were 3.7-times more at risk for a suicide attempt(s) and 4.7-times more at risk for an attempt(s) receiving medical attention than their non-harassed counterparts. About 34% of male suicide attempters (38% of those receiving associated medical attention) reported homosexuality-related experiences such as anti-gay harassment, GB self-identification, and/or being unsure of their sexual orientation.

In a 1999 west coast YRBS, anti-GB harassment was reported by 47% of Aboriginal/Multiracial adolescent males who had attempted suicide more than once in the past year and/or had received medical attention associated with their suicide attempt(s). This harassment was a significant predictor of these more serious forms of suicidality in binary logistic regression analysis (OR = 11, 95%CI: 4-32). These results are highlighted because homophobic contributors in adolescent male suicidality have been largely ignored.

(continued on page 2)

Bridging the gaps: The interaction of community & hospital care for sexual abuse trauma survivors

by Mary-Jo Bolton and Tracey Peter

Most of us are well-read in the area of trauma and suicidal ideation. Many have front-line experience with both. Others have first-hand knowledge. This article combines all of these sources of information in order to give an account of trauma and suicide from the perspective of a sexual abuse trauma survivor and her therapist. First, this article offers some lessons learned based on our experiences with hospital and crisis interventions. Second, we present a case for why community agencies, psychiatrists, doctors, and family/friends should work together to help suicidal trauma survivors.

the hospital stay to be productive, a general acceptance of trauma-related disorders is essential – namely post-traumatic and dissociation. The hospital’s therapeutic milieu must place a high value on respect and collaboration, as opposed to authoritarian attitudes and control. Further, adjunctive treatment that is undertaken without the knowledge or consultation of the on-going therapist may lead to fragmentation in the client’s treatment. Splits between helpers often play out the dynamics of secrecy, which the trauma survivor is familiar with from childhood. In addition, adjunctive

and survivor should be maintained throughout the hospital stay. Ideally, the therapist should continue to be active in treatment planning and implementation. Due to the prominence of trust, betrayal, abandonment issues, the extent of, and reasons for, the therapist’s involvement, or non-involvement, should be discussed fully with the survivor. Without active efforts to maintain a unified and coherent treatment approach, it is common for the treatment to flounder. If the hospital is experienced as a frightening and disrespectful place, this may increase the

individual’s suicide risk in the future – especially if they need hospitalization again, but refuse to see it as a viable option.

Hierarchy of Expertise

The unfortunate reality within our mental health

The Hospital Stay

Severely traumatized individuals maintain a delicate and tenuous balance between numbing and intrusion, control and chaos, and interpersonal connection and alienation. Current traumatic experiences or circumstances that replicate past traumatic events may result in overwhelming intrusive symptoms. For instance, some aspects of hospitalization can actually mimic the frightening experiences of an abusive childhood. This can be especially intense in the case of an involuntary hospitalization as it can be associated with previous abuse involving confinement or threat. These are frequently reality-based fears to which hospital staff must be sensitive if the stay is to be therapeutic. New relationships may be regarded as frightening and dangerous as the trauma survivor is attempting to adjust to a hospital stay. He/she may engage familiar survival techniques in the face of this actual or perceived threat. In order for

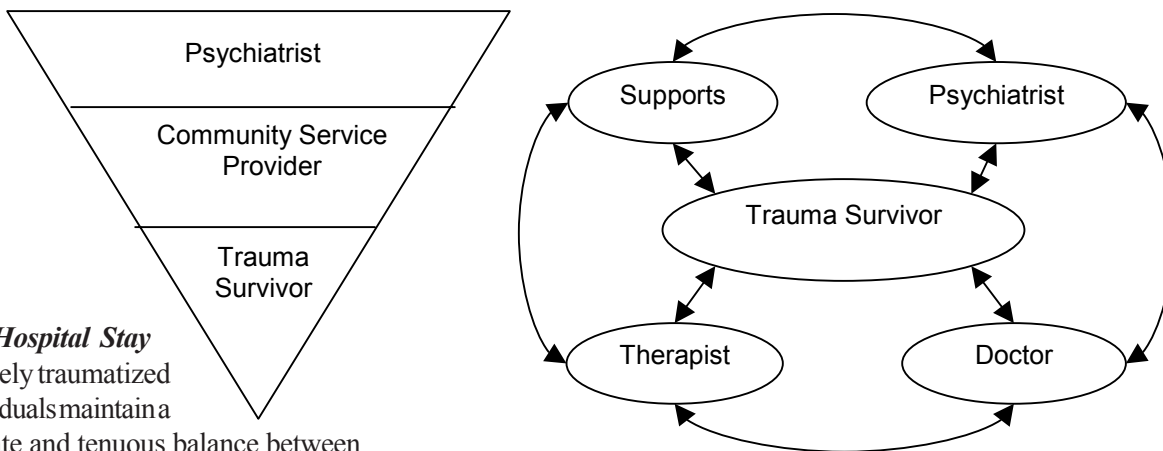
treatments that contradict the main treatment approach may cause the traumatized individual to become more symptomatic.

Combining Assessment and Treatment

Combining psychiatric assessment and ongoing community treatment makes for better quality care. Trauma survivors are usually only in a hospital setting for a short time and then are discharged into the community. When the hospital and community are fragmented, they ultimately succeed in working against each other, which is counter-intuitive to the trauma survivor’s healing. It is vital that the main therapist and the hospital staff providing the acute care be in communication around decision-making within the established treatment plan. Continuity of contact between therapist

systems is that there exists a hierarchy of expertise. Psychiatry appears to function with the most power and perceived expertise, then community services, followed by the survivor at the bottom. What is most disheartening is that such a linear perspective often results in the trauma survivor’s voice not being solicited or heard. However, despite times of tremendous struggle, trauma survivors often have remarkable coping skills, intuition, resiliency, and the capacity to be highly functioning individuals. By not having a hierarchy of expertise, trauma survivors can be at the centre – because they are the experts on their lives. By combining everyone’s individual knowledge and expertise, the most accurate assessment of the situation can be reached, followed by a favourable treatment plan with optimal healing.

continued on page 4



Bridging the gaps:

continued from page 3

Recommendations

Delivering quality care to suicidal trauma survivors requires a cooperative effort by hospital and community health services. An on-going therapist can offer valuable input in formulating a dynamic understanding of the survivor's struggles and needs during a hospital stay. He/she can also act as a liaison with hospital staff, supportive family/ friends and other helpers in aftercare planning. Ideally, hospitalized survivors should be provided access to their individual therapist during the course of their stay because therapeutic gains are best realized in an on going trusting relationship. Trauma survivors and their on-going supports should be consulted regarding important treatment decisions during an acute care episode. Survivors are likely to better tolerate hospitalization and co-operate more fully with the treatment plan when they and a trusted other are included in the process.

... why community agencies, psychiatrists, doctors, and family/ friends should work together to help suicidal trauma survivors.

Awareness of the root struggles for trauma survivors needs to inform treatment approaches and the hospital environment itself. For this reason, Regional Hospital Authorities should seriously consider separate units for trauma survivors in order to facilitate such specialized treatment.

Mary-Jo Bolton, CASP Board Member and Assistant Director of Counselling Services, Klinik Community Health Centre, Winnipeg, Tracey Peter, Department of Sociology, University of Manitoba, Winnipeg

Book your calendar!

September 10, 2005

World Suicide Prevention Day, WSPD, by Bonny Ball, Acting VP, CASP

The IASP/WSPD theme for 2005 – *Prevention of suicide is everybody's business*. By sharing last year's projects we hope to encourage more community groups to initiate activities for this year.

Last year, CASP unveiled it's Blueprint for a National Suicide Prevention strategy (<http://www.suicideprevention.ca>), the Centre for Suicide Prevention established a WSPD section at (<http://www.suicideinfo.ca>), Antoon Leenaars, past President of CASP, and IASP representative met with Jean Pruneau, Mgr Mental Health Promotion Unit, Health Canada. Survivor Phyllis Vineburg was interviewed on the Peter Warren cross-country radio show. Across Canada, Survivors asked their churches to "name" suicide in their services, SOS groups, local suicide prevention committees and agencies held public forums and fundraisers to buy resource materials for the local library, candlelight vigils, resource fairs, contests for students and awareness walks. They arranged for displays in libraries and bookstores and held professional development workshops. The Distress Centres of B.C. launched a BC wide 1-800-SUICIDE crisis line. Survivors in London-Middlesex, Ontario dedicated a tree in a city park. The Regina, Sask SOS group petitioned their government to adopt the Blueprint – and included pictures and short bios of the loved ones they had lost – who they were, their passions and talents and how they are missed...

Professionals and survivors joined forces, looked at their combined skills and talents and found ways to *break the silence* surrounding suicide. The good news is that as we planned our activities we found allies in librarians, business, clergy, media, etc, who are realizing that suicide IS a problem and

were keen to support us. The silence IS being broken. In preparation for WSPD 2005, we encourage other communities to help *break the silence*.

For contact information about last year's activities, and ideas for this year, see <http://www.iasp.org>

September 18-21, 2005

Bridging differences: Expanding tools, best practices, and collaboration. 10th international conference on family violence. Town and Country Hotel and Conference Centre, San Diego, California. For information email fvconf@alliant.edu or call 858-623-2777 x427, fax 858-646-0761. Website: www.fvsai.org

October 16-19, 2005

Out of Darkness, Shining light toward a National Suicide Prevention Strategy (CASP) 2005 National Conference, Crowne Plaza Hotel. Ottawa, ON. Hosted by the Ottawa Suicide Prevention Coalition with the leadership of the Canadian Mental Health Association, Ottawa Branch. For information e-mail cas2005@drdunlopandassociates.com or call 613 -235-8879

CASPNEWS by email

For your convenience CASP is preparing to send CASPNEWS by email. This will allow you to print as many copies as you need and to forward it to share with others. It will also help CASP to save on production and mailing costs.

Please inform head office if you prefer receiving it via snail mail. If CASP does not have your most recent email address please let us know.



Dans ce numéro...

- Comblent les lacunes : interaction entre les soins communautaires et hospitaliers aux victimes de traumatismes attribuables à la violence sexuelle 3
- Journée mondiale de prévention du suicide 4
- Bulletin *CASPNEWS* par courriel 4
- Entourez ces dates 4

Suicidalité et homosexualité : Faisons-nous partie du problème ou de la solution?

par Richard Ramsay et Pierre Tremblay

On ne met pas souvent en parallèle l'homosexualité et les risques de suicide. Par exemple, ce sujet n'a jamais été abordé dans notre publication depuis sa toute première parution en 1989. L'homosexualité est un sujet encore plus tabou que celui du suicide et on suppose à prime abord de l'hétérosexualité de tout le monde. Derrière cette hypothèse se cache une autre réalité, soit celle du risque de suicidalité chez les personnes d'orientations sexuelles minoritaires, en particulier chez les jeunes hommes, qui continue de se confirmer sans susciter d'énormes inquiétudes dans les cercles de prévention du suicide.

Des examens récents des résultats de travaux de recherche menés permettent de conclure que les jeunes hommes de bon nombre de pays, dont le Canada, qui sont attirés par l'homosexualité présentent des risques élevés de suicidalité. On ne parle pas ici des décès par suicide, car il n'existe presque pas de données sur l'orientation sexuelle dans les recensements et relevés de recherche sur le suicide. Cependant, il semble que ces jeunes hommes présentent un risque de suicidalité dans ses formes les plus graves, avec une intention plus marquée de mourir, en utilisant des moyens plus draconiens dans leurs tentatives.

Les preuves liées à l'existence d'un risque plus grand se répartissent selon deux périodes distinctes : avant et après 1997. La première de ces deux périodes était caractérisée par des études non aléatoires (généralement critiquées) faisant état d'incidences de « tentatives de

suicide » au cours de la vie des jeunes hommes attirés par l'homosexualité se situant à entre 20 % et 42 %. Dans la période après 1997 sont inclus les échantillons aléatoires pris dans le cadre des sondages sur les comportements à risque des jeunes (YRBS) effectués aux États-Unis. Ces données révèlent pour leur part état des incidences de « tentatives de suicide » sur un an variant entre 20 % et 36 %. Des pourcentages semblables ont été constatés pour les adolescentes lesbiennes et bisexuelles. Malheureusement, il est difficile de faire la preuve établissant des risques de suicidalité différents compte tenu de l'absence générale (délibérée ou par simple inadvertance?) de données sur l'orientation sexuelle dans la plupart des recherches auprès de jeunes ou d'adultes, notamment sur le harcèlement homophobe et l'intimidation à l'endroit de personne de sexe masculin qu'on suppose gaies ou bisexuelles (GB). Un sondage YRBS effectué sur la côte Ouest en 1995 a permis de recueillir de telles données, mais les résultats n'ont jamais été publiés officiellement. On y apprenait que, dans la majorité des cas (environ 80 %), les adolescents de sexe masculin victimes de ce type de harcèlement n'étaient pas étiquetés GB, ce qui peut laisser supposer d'une dynamique sous-jacente à l'égard du non-conformisme sexuel et de l'anti-féminité dans le contexte des risques de suicidalité. Ils étaient même pour la plupart (68 %) reconnus hétérosexuels, mais présentaient un risque 3,7 fois plus grand que leurs

contreparties non victimes de harcèlement pour ce qui est des tentatives de suicide et de 4,7 fois plus important dans le cas des tentatives nécessitant des soins médicaux. Après une tentative de suicide, environ 34 % des hommes (38 % lorsque la tentative en question a nécessité des soins médicaux) ont fait mention d'expériences liées à l'homosexualité comme le harcèlement homophobe, l'auto-identification GB ou des incertitudes quant à l'orientation sexuelle. Dans un autre sondage YRBS sur la côte Ouest, effectué en 1999 celui-là, le harcèlement anti-GB a été mentionné par 47 % des garçons adolescents, autochtones ou de sang mêlé, avec au moins deux tentatives de suicide au cours de l'année précédente ou qui avaient obtenu des soins médicaux à la suite de telles tentatives. Le harcèlement est une variable explicative importante des formes les plus graves de suicidalité en analyse de régression logistique binaire (risque = 11,95 %; intervalle de confiance : 4-32). Ces résultats sont mis en lumière parce que presque personne n'a tenu compte des variables homophobes contributrices pour ce qui est de la suicidalité chez les adolescents de sexe masculin. Les faibles comptes associés aux variables ethniques ou raciales dans la plupart des sondages compromettent encore plus nos efforts pour comprendre les questions de suicidalité et d'orientations sexuelles minoritaires, car ils excluent la possibilité

Suicidalité et homosexualité (suite de la page 3)

d'analyses multidimensionnelles. On connaît peu de choses à propos des adolescents de sexe masculin de sang mêlé, mais le sondage YRBS de 1999 a révélé une incidence de « tentatives de suicide » sur un an de 7,8 %, soit un pourcentage semblable à celui des Autochtones (7,6 %) et des hommes autochtones de sang mêlé (8,3 %). Les risques de tentative de suicide pour cette composante de la population de sexe masculin étaient donc de deux à trois fois plus élevés que chez les hommes de race blanche (2,7 %) ou autre sans métissage (3,2 %) et le harcèlement homophobe était mentionné pour leurs suicidalité.

Il n'y a pas l'ombre d'un doute que les méthodes de formation des spécialistes en intervention ou en prévention du suicide chez les jeunes ainsi que des personnes qui œuvrent dans des centres d'écoute téléphonique pour les aider doivent tenir compte des connaissances acquises sur les questions de la suicidalité et de l'homosexualité. L'attention aux questions d'homosexualité (non-conformisme sexuel et anti-féminité compris) devrait être de rigueur compte tenu des risques plus élevés associés à l'orientation homosexuelle ou aux victimes de harcèlement anti-GB, d'où découle un risque élargi de formes de suicidalité plus graves.

Lorsque nous parlons à des jeunes gens de sexe masculin à risque, ceux qui sont touchés par des questions d'homosexualité, qu'ils aient ou non l'étiquette GB, sont-ils nombreux? Si ce n'est pas le cas, cela peut s'expliquer de diverses façons. Les jeunes hommes à risque peuvent ne pas souhaiter parler de questions d'homosexualité parce qu'ils ne se sentent pas à l'aise avec leur comportement homosexuel connu ou parce qu'ils ont peur qu'on les étiquette, de la même manière qu'ils avaient été étiquetés dans le passé par d'autres personnes qui les ont soumis à du harcèlement homophobe. Beaucoup d'entre eux peuvent tout simplement éviter de demander de l'aide car ce que les autres pourraient penser leur importe ou éveille des craintes.

Le fait que cet article soit le premier sur l'homosexualité à être publié ici donne à penser que les leaders de l'ACPS n'ont peut-être pas jugé qu'il existait un lien important avec la prévention du suicide ou signifie peut-être que

cette question ne concernait pas suffisamment les membres de l'association pour qu'ils demandent des mises à jour fréquentes sur le sujet. Cette absence peut être reliée à la négativité entourant le traitement des questions d'homosexualité, qui reflète dans une large mesure les attitudes homophobes exhibées, selon l'époque, par notre société, où les actes homosexuels ont conservé une nature criminelle jusqu'en 1969 et où ils étaient synonymes de troubles mentaux jusqu'en 1974. Même par la suite, rien n'a été fait pour favoriser l'aide aux personnes d'orientation homosexuelle par les spécialistes de la santé mentale, comme les psychologues, ce qui a été à l'origine de la publication, en 1994, d'un document critique dans les écoles de deuxième et de troisième cycles intitulé « "I only read about myself on bathroom walls": the need for research on the mental health of lesbians and gay men ».

Il n'est pas étonnant de constater que la plupart du temps, les suicidologues à qui étaient présentés les résultats d'études menées avant 1997 et révélant un risque de suicidalité plus élevés chez les GB et lesbiennes dénonçaient les travaux menés à peu près en ces termes : « Ce sont dans tous les cas les résultats d'études non aléatoires! Elles n'ont que peu de mérite empirique! Nous pouvons donc continuer de laisser cette question de côté! »

Malheureusement, les résultats d'échantillons aléatoires pris après 1997 et montrant eux aussi des risques plus élevés n'ont presque rien changé à cette attitude, sans compter l'absence quasi totale de données sur l'orientation sexuelle dans les études publiées au sujet des facteurs de risques pour le suicide et les tentatives de suicide.

Même à la suite de travaux de recherche récents illustrant la tendance de risques plus élevés, chez les GB et lesbiennes, lorsqu'il s'agit de santé mentale et d'autres facteurs associés à la suicidalité, y compris le suicide, rien n'a été fait pour qu'on accorde davantage d'attention aux questions d'homosexualité. Le silence n'a même pas été rompu après la publication des résultats d'une prestigieuse étude danoise qui soulignait que le risque de suicide était plus grand chez les membres de couples d'homosexuels ou de lesbiennes en union (maritale) reconnue que chez leurs

CASP NEWS

Bulletin publié par l'Association canadienne pour la prévention du suicide
a/s The Support Network
301 - 11456, Jasper Avenue
Edmonton AB T5K 0M1
Téléphone : (780) 482-0198
Télécopieur : (780) 488-1495
Courriel : casp@suicideprevention.ca
www.suicideprevention.ca

Rédactrice en chef - Nada Barraclough
Traduction - Marc Perron
Les articles proposés peuvent l'être selon nombre de perspectives compte tenu de la grande diversité des disciplines associées à l'ACPS.
Faites parvenir vos articles à :
N. Barraclough, rédactrice en chef
1138, Vicki Lane
Mississauga ON L5C 2Y1
Télécopieur : (905) 897-8863
Courriel : brubarr@passport.ca

Notre vision : Un monde où tous jouissent pendant de très nombreuses années d'une qualité de vie optimale, avec optimisme dans un milieu socialement responsable.

contreparties hétérosexuelles mariées (risque = 3,6–95 %; intervalle de confiance : 1,7–7,7). Comme le dévoilent nos antécédents en matière de questions d'homosexualité, aides communautaires et spécialistes risquent constamment de faire partie du problème. Faisons donc des dix prochaines années celles où nous garderons toujours en tête les objectifs visés pour les personnes d'orientations sexuelles minoritaires dans l'avant-projet pour une stratégie nationale canadienne de prévention du suicide.*

Richard Ramsay, professeur émérite en travail social à l'Université de Calgary, de même que Pierre Tremblay, chercheur adjoint, ont collaboré depuis 1994 afin de voir incluses les questions de suicidalité et d'homosexualité dans la mise à jour du rapport du groupe d'étude sur le suicide au Canada (1994).

Pour une mine de renseignements : <http://www.youth-suicide.com> L'avant-projet parle des gais, lesbiennes, bisexuels, transgendéristes, transsexuels, intersexués et personnes à double personnalité, mais il pourrait aussi inclure les dissidents sexuels, les incertains, les travestis et les hétérosexuels ciblés pour non-conformisme sexuel.

Comblent les lacunes : interaction entre les soins communautaires et hospitaliers aux victimes de traumatismes attribuables à la violence sexuelle

par Mary-Jo Bolton et Tracey Peter

Pour la plupart, nous sommes assez bien renseignés lorsqu'il s'agit des traumatismes et de l'idéation suicidaire. Nous sommes nombreux à avoir de l'expérience de première ligne dans les deux cas. D'autres ont acquis des connaissances de première main. Dans cet article, nous avons regroupé ces différentes sources d'information afin de traiter des traumatismes et du suicide dans le contexte des victimes de violence sexuelle et de leurs thérapeutes. Nous cherchons d'abord à présenter certaines leçons apprises en fonction de l'expérience acquises en centre hospitalier ou d'intervention en cas de crise. Ensuite, nous faisons valoir qu'une collaboration entre organismes communautaires, psychiatres, médecins, membres de la famille et amis est bénéfique après une tentative de suicide.

Hospitalisation

Les personnes fortement traumatisées maintiennent un équilibre précaire et ténu entre engourdissement et intrusion, entre contrôle et chaos, ainsi qu'entre rapports interpersonnels et aliénation. Des circonstances ou des expériences traumatiques qui sont la répétition de traumatismes passés peuvent être à l'origine de symptômes intrusifs écrasants. Par exemple, certains aspects de l'hospitalisation peuvent rappeler l'effroi d'une enfance marquée par la violence. Ce sentiment peut être particulièrement intense dans le cas d'une hospitalisation involontaire, facile à associer à des situations antérieures avec enfermement et menaces. De telles peurs sont souvent ancrées dans la réalité et le personnel médical doit en être conscient pour que le séjour à l'hôpital puisse être thérapeutique.

De nouvelles relations peuvent être considérées comme menaçantes alors que le patient tente de s'ajuster aux conditions de l'hospitalisation. Il peut avoir recours à

des techniques de survie qui lui ont déjà été utiles face à cette menace, réelle ou perçue. Pour que le séjour à l'hôpital puisse être productif, une acceptation générale des troubles liés aux traumatismes est essentielle, en particulier dans un contexte post-traumatique et de dissociation. Le milieu thérapeutique hospitalier doit accorder une grande valeur au respect et à la collaboration et déléguer le contrôle et les attitudes autoritaires. En outre, les traitements auxiliaires entrepris sans que le thérapeute traitant soit consulté ni même au courant peuvent être à l'origine d'une fragmentation des soins. L'absence de connexion entre les soignants favorise souvent les petits secrets, une atmosphère que la victime connaît bien depuis son enfance. De plus, les traitements auxiliaires allant à l'encontre de la démarche fondamentale adoptée pour les soins peut donner de l'ampleur aux symptômes manifestés.

Alliance entre évaluation et soins

Une alliance entre l'évaluation psychiatrique et des soins de longue durée à l'échelle communautaire constitue un atout de taille. Les victimes de traumatismes ne demeurent habituellement à l'hôpital que pour un court séjour. En l'absence d'une alliance avec la collectivité, les deux pôles traitants finissent par se faire du tort, ce qui ne favorise nullement la guérison du patient. Il est essentiel que le thérapeute principal et le personnel médical chargé des soins aigus soient en communication lorsque vient le temps de prendre des décisions au sujet du plan de traitement à adopter. Un contact entre thérapeute et patient devrait être maintenu tout au long de l'hospitalisation. Idéalement, le thérapeute devrait continuer de participer à planifier les soins et à en prodiguer. Puisque les questions de confiance, de trahison et d'abandon prennent souvent le

devant de la scène, les raisons et la portée de la participation éventuelle du thérapeute devraient faire l'objet d'une discussion franche avec le patient. En l'absence d'efforts visant le maintien d'une démarche de soins unifiée et cohérente, le traitement est souvent voué à l'échec. Si l'hôpital est perçu comme un endroit qui fait peur et d'où le respect est absent, le risque de suicide d'une personne peut par la suite s'en trouver accru, surtout si une hospitalisation est de nouveau requise et qu'elle refuse d'envisager une telle possibilité.

Hiérarchie de l'expertise

Il est malheureux de constater qu'il existe une hiérarchie de l'expertise à l'intérieur de nos réseaux spécialisés en santé mentale. Il semble que la psychiatrie se trouve au sommet de cette hiérarchie, suivie des services communautaires, qui eux-mêmes chapeautent la victime tout au bas de cette pyramide. Une telle perspective linéaire est surtout décourageante du fait que la voix du patient n'est souvent pas entendue, quand on n'évite pas tout simplement de lui demander ce qu'il pense. Cependant, en dépit des luttes surhumaines qu'ils doivent mener, les victimes de traumatismes profitent souvent d'habiletés d'adaptation phénoménales, d'une bonne intuition, d'une résistance à toute épreuve et de la capacité de très bien fonctionner en tant que personne. En éliminant la hiérarchie de l'expertise, les patients reviennent tout naturellement au centre de la question, étant les plus grands spécialistes de leur propre vie. En réunissant les connaissances et l'expérience de chacun, une évaluation particulièrement précise de la situation est possible, suivie d'un plan de traitement favorable procurant un résultat optimal.

(suite à la page 4)

Comblent les lacunes

(suite de la page 3)

Recommandations

Des soins de qualité après une tentative de suicide exigent un effort de collaboration entre l'hôpital et les services de santé communautaires. L'apport d'un thérapeute traitant peut être précieux pour comprendre de façon dynamique les luttes menées par le patient et ses besoins à l'occasion d'une hospitalisation. Le thérapeute peut aussi servir d'agent de liaison avec le personnel médical, avec les membres de la famille et les amis qui sont là pour épauler la victime, de même qu'avec les autres soignants pour la planification après les soins. Dans un milieu idéal, les patients devraient avoir accès à leur propre thérapeute pendant le séjour à l'hôpital, car un milieu où la confiance règne est davantage propice aux gains thérapeutiques. Les victimes de traumatismes, ainsi que les gens qui les appuient au quotidien, devraient être consultés au moment de prendre d'importantes décisions de traitement dans le cadre de l'offre de soins aigus. Les patients sont mieux en mesure de tolérer l'hospitalisation et de faire preuve de collaboration à l'égard du plan de traitement si on les fait participer au processus avec quelqu'un en qui ils ont confiance.

De meilleures démarches pour les soins seront adoptées et le milieu hospitalier lui-même pourra paraître plus accueillant si on connaît les luttes fondamentales de la victime de traumatismes. Pour cette raison, les régies régionales de la santé devraient sérieusement envisager la possibilité de mettre sur pied des unités distinctes à l'intention des victimes de traumatismes afin de faciliter l'offre de tels soins spécialisés.

Mary-Jo Bolton, membre du conseil de l'ACPS et directrice adjointe des services de consultation, centre de santé communautaire Klinik, Tracey Peter, département de sociologie, Université du Manitoba

Entourez ces dates

Le 10 septembre 2005

Journée mondiale de prévention du suicide (JMPS) par Bonny Ball, vice-présidente par intérim, ACPS

Le thème de la JMPS de 2005 organisée par l'IASP est *La prévention du suicide, c'est l'affaire de tous*. En faisant état des projets qui ont été mis de l'avant l'an dernier, nous espérons inciter un plus grand nombre de groupes communautaires à proposer des activités cette année.

Ainsi, l'an dernier, l'ACPS a dévoilé son avant-projet pour une stratégie nationale de prévention du suicide (<http://www.suicideprevention.ca>), le centre de prévention du suicide a créé une section JMPS (<http://www.suicideinfo.ca>) et Antoon Leenaars, ancien président de l'ACPS et représentant de l'IASP, a rencontré Jean Pruneau, gestionnaire de l'Unité de promotion de la santé mentale, Santé Canada. Phyllis Vineburg, endeuillée, a été interviewée par Peter Warren à l'occasion d'une émission radiophonique diffusée à la grandeur du pays. Partout au Canada, des endeuillés ont demandé à leur église de « mentionner » le suicide pendant les services, tandis que des groupes d'aide, des comités locaux de prévention du suicide et divers organismes ont tenu des forums publics en plus d'organiser des campagnes de levée de fonds en vue de l'achat de matériel de référence destiné aux bibliothèques ou pour des vigiles à la chandelle, des expositions de ressources, des concours à l'intention des étudiants ou des marches de sensibilisation. Ils ont en outre aménagé des présentoirs dans des bibliothèques et des librairies en plus d'offrir des ateliers de perfectionnement professionnel. Les centres en cas de crise de la Colombie-Britannique ont lancé le numéro 1-800 SUICIDE, valable à la grandeur de la province. Des endeuillés de London-Middlesex, en Ontario, ont adopté un arbre-symbole dans un parc de la ville.

Le groupe d'aide de Regina, en Saskatchewan, a soumis une pétition au gouvernement provincial pour qu'il adopte l'avant-projet. Ils y ont joint des photos et de courtes biographies de proches décédés par suicide en précisant qui ils étaient, ce qui les

passionnait, leurs talents et à quel point ils leur manquaient.

Spécialistes et endeuillés ont uni leurs efforts et grâce à une synergie de leurs compétences et de leurs aptitudes, ils ont trouvé diverses façons de *rompre le silence* entourant le suicide. En planifiant nos activités, nous avons élargi avec plaisir le cercle de nos amis en y incluant des bibliothécaires, des gens d'affaires, des membres du clergé, des représentants des médias, etc., qui ont tous réalisé que le suicide EST un problème et qui nous ont appuyé avec entrain. Le silence EST rompu. En préparation à la JMPS de 2005, nous invitons d'autres collectivités à *rompre le silence*.

Pour un complément d'information au sujet des activités de l'an dernier et pour de nouvelles idées cette année : <http://www.iasp.org>

Du 16 au 19 octobre 2005

Sortir de l'ombre, Éclairer la voie vers une stratégie nationale de prévention du suicide. Congrès national 2005 de l'ACPS à l'hôtel Crowne Plaza d'Ottawa, en Ontario. Cette année, l'honneur d'accueillir ce congrès revient à la coalition de la prévention du suicide d'Ottawa, sous l'égide de l'association canadienne pour la santé mentale, chapitre d'Ottawa.

Le programme du congrès sera connu en mai. Pour plus de renseignements : (613) 235-8879; casp2005@drdunlopandassociates.com

Bulletin CASPNEWS par courriel

L'ACPS se prépare à rendre disponible le bulletin *CASPNEWS* par courriel. Vous pourrez ainsi en imprimer autant de copies que vous le souhaitez pour en faire profiter autrui. Sans compter que l'ACPS pourra économiser en réduisant ses frais de production et de distribution.

Si vous préférez néanmoins recevoir le bulletin par la poste, nous vous prions d'en informer les bureaux de l'association. Aussi, si l'ACPS ne dispose pas de votre adresse courriel la plus récente, nous vous demandons de bien vouloir la lui faire connaître.