****Protocole en matière de risque de suicide : Intervention communautaire concertée en matière des jeunes à risque élevé de suicide****

**Élaboré par :**

La Coalition des services à l’enfance, à la jeunesse et aux familles du comté de Simcoe

Financé par :

L’initiative de Leadership en matière de soutien aux élèves

*Protocole en matière de suicide, version 2.0, le 24 avril 2012*

****Protocole en matière de risque de suicide****

****Table des matières****

**Page**

Diagramme - **Protocole en matière de risque de suicide** 1

Introduction 2

Étapes du processus 4

Annexe A : Cadre des indicateurs de détermination de risque 9

Annexe B : Protocole en matière de risque de suicide pour obtenir le consentement du jeune 12

Annexe C : Modèle de Plan de sécurité de la conférence communautaire 13

Annexe D : Composantes proposées du Plan de sécurité 17

Annexe E : Entente de sécurité 18

Annexe F : Renseignements sur les services d’urgence pour les jeunes 19

Annexe G : Facteurs de risques des jeunes PNMI 20

Annexe H : Ballots de mieux-être communautaire 22

*Protocole en matière de suicide, version 2.0, le 24 avril 2012*



##### ****Introduction****

Depuis quelques années, les fournisseurs de service et certains sous comités de la Coalition des services à l’enfance, à la jeunesse et aux familles du comté de Simcoe ont souligné la nécessité d’une intervention mieux concertée en matière de reconnaissance et de prévention des risques de suicide chez les enfants et les jeunes comté de Simcoe.

Un groupe de travail composé de personnes intéressées du secteur hospitalier, de l’enseignement et des organismes communautaires a été formé dans le but d’examiner le document *Lambton County High Risk Suicide Youth Recognition and Prevention Protocol* et d’élaborer un protocole local afin de répondre efficacement aux besoins des enfants et des jeunes à risque élevé de suicide dans le comté de Simcoe. Le financement a été obtenu auprès de l’initiative de Leadership en matière de soutien aux élèves afin d’embaucher Healthtech Consultants pour aider à l’élaboration du protocole.

La première version du protocole a été mise à l’essai à Barrie par un petit groupe d’organismes de février à juin 2010. Ces organismes ont recueilli des données et formulé des recommandations relativement au protocole. Ils ont suggéré que le protocole soit déployé une communauté à la fois dans le comté de Simcoe en suivant un modèle de mentorat pour garantir l’uniformité de la mise en œuvre. La nouvelle version du protocole a été distribuée à un groupe plus étendu d’organismes à Barrie ainsi qu’à un nouveau groupe d’Orillia en avril 2011, puis à Midland à l’automne 2011. Chaque communauté a formé un comité local de mise en oeuvre pour orienter le déploiement et leurs présidences se sont rencontrées par intervalles pour faire l’inventaire des enjeux inhérents à la mise en œuvre et en garantir l’uniformité. En outre, on a mené des consultations auprès de la communauté des Premières nations, Métis et Inuit (PNMI) et de la communauté francophone en vue de recueillir leurs réactions. De plus, on a obtenu la rétroaction des trois comités de mise en œuvre pour enfin apporter les modifications finales au protocole.

**Le Protocole en matière de risque de suicide : Intervention communautaire concertée en matière des jeunes à risque élevé de suicide** est le fruit de ce processus d’évolution.

Il est à noter que dans le présent protocole, le terme « jeune » ou « jeune personne » désigne à la fois les enfants et les jeunes.

**Tout au long du processus, les représentants d’organismes comptaient des personnes qui oeuvrent dans l’ensemble du continuum des soins et des services, notamment :**

* **Soins de santé mentale des adultes**
* **Protection de l’enfance**
* **Soins de santé mentale des enfants**
* **Services à l’enfance**
* **Santé communautaire**
* **Éducation**
* **Fournisseurs de service des Soins de santé mentale**
* **Travailleurs sociaux oeuvrant en milieu hospitalier**
* **Médecins**
* **Loisirs**
* **Justice pour les jeunes**

Le **comité directeur pour l’intervention d’urgence du comté de Simcoe agit à titre de groupe consultatif et de supervision pour la mise en œuvre et l’élaboration du protocole. Le comité directeur est formé d’un représentant cadre, preneur de décision, issu de chacun des fournisseurs de système de service en situation de crise et de représentants connexes des services de santé mentale, des hôpitaux, de la Société d’aide à l’enfance du comté de** Simcoe, des conseils scolaires et des services policiers. Le comité est co-présidé par deux membres dont un représentant de Kinark Child and Family Services à titre d’organisme principal au sein du service d’urgence mobile pour les jeunes (Youth Mobile Crisis Service).

**Principes directeurs**

Les principes suivants forment le fondement de l’intention et des buts du protocole.

1. La prévention du suicide et le soutien de la dignité de la vie humaine relèvent de la responsabilité de tous.
2. La diversité et le multiculturalisme sont respectés et accueillis autant que possible.
3. La suicidalité consiste en une interaction de facteurs multiples, y compris des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et spirituels.
4. Le repérage des risques et les stratégies de prévention doivent être :

* axés sur le client,
* en temps opportuns,
* basés sur les preuves,
* axés sur les points forts et le rétablissement,
* respectueux de la famille, de la communauté et de la culture,
* tenir compte des connaissances et pratiques en évolution constante,
* intégrés et collaboratifs.

1. Les communautés informées, bienveillantes et engagées peuvent jouer un rôle important à repérer les risques, à prévenir le suicide et à accéder au traitement.
2. L’évaluation continue sera effectuée et informera les modifications ultérieures à apporter au protocole.

##### But et objectifs

Le protocole en matière de risque de suicide a pour but d’orienter le processus permettant d’identifier les enfants et les jeunes qui courent un risque élevé de suicide dans le comté de Simcoe et d’offrir une intervention concertée et améliorée de la part des services communautaires afin de répondre à leurs besoins.

Le protocole a pour objectif :

* d'identifier un plus grand nombre d’enfants et de jeunes âgés de 18 ans ou moins qui sont à risque élevé de suicide,
* de tracer un cheminement commun pour cerner les ressources et les stratégies d’intervention à court terme qui conviennent le mieux à ces jeunes,
* d’améliorer la communication et la collaboration intersectorielle et interorganisationnelle grâce au partage uniforme des renseignements avec le consentement du client,
* renforcer la capacité et la réactivité de service de la communauté.

###### Engagement au travail intégré et au respect des différences sectorielles

Il est reconnu que les divers fournisseurs de service oeuvrant auprès des enfants et des jeunes à risque élevé peuvent avoir des philosophies, des responsabilités législatives et des mandats divergents inhérents à l’aptitude de chaque secteur aux fins de prestation des services. De plus, on comprend que les participants oeuvrent dans leur champ de pratique professionnelle et suivent le mandat de leur organisme. Or, ce protocole vise à compléter et à enrichir les services existants et à fournir une intervention intégrée à tout enfant ou jeune à risque élevé de suicide. Il ne prétend PAS remplacer un quelconque service existant.

Étant donné que les jeunes en question courent un risque élevé, on s’attend à ce que l’organisme qui participe aux conférences communautaires du Protocole en matière de risque de suicide sera considéré hautement prioritaire et que la gestion de l’organisme garantira et appuiera la participation du personnel **approprié.**

##### Étapes du processus

L’explication détaillée des étapes illustrées au diagramme du processus figure ci-dessous. La cartographie du processus se divise en trois principaux stades:

* Choix d’un identifiant du risque
* Intervention de sécurité immédiate
* Conférence communautaire

Veuillez noter que les gros chiffres à côté des étapes du processus au diagramme figurent en référence croisée dans la description suivante.

Dans le cadre de ce protocole, le personnel professionnel qui identifie l’enfant ou le jeune à risque élevé de suicide s’appelle « l’identifiant du risque ».

##### Choix d’un identifiant du risque

**Ce stade du protocole a pour but de garantir que chaque jeune identifié comme étant à risque élevé de suicide est attribué un IDENTIFIANT DU RISQUE qui agit à titre de navigateur de service pour la jeune personne et sa famille à mesure qu’ils passent par les étapes du protocole.**

Un cadre des indicateurs de détermination de risque comportant des « indicateurs d’alerte » associés au risque élevé figure à l’Annexe A. Le cadre n’est pas conçu pour servir de liste de contrôle, mais plutôt de liste d’indicateurs à considérer en exerçant le jugement clinique lors de l’évaluation du niveau de risque.

Lorsqu’une jeune personne est portée à l’attention de l’IDENTIFIANT DU RISQUE, ce dernier détermine si elle est à risque élevé de suicide, c’est-à-dire que l’enfant ou le jeune planifie activement le suicide, a de fortes intentions et l’accès aux méthodes mortelles et d’autres facteurs de risque élevé.

Chaque organisme qui participe au protocole doit :

* se doter d’un processus interne pour reconnaître les jeunes ayant des pensées ou des comportements suicidaires;
* déterminer s’ils possèdent l’expertise à l’interne pour évaluer les jeunes à risque de suicide.

1. **L’organisme a-t-il la capacité d’évaluer le NIVEAU DE RISQUE ÉLEVÉ?**

**Si oui,** l’organisme détermine qu’il a effectivement la capacité à l’interne d’identifier les jeunes à risque élevé de suicide, la personne qui en fait la détermination devient L’IDENTIFIANT DU RISQUE lorsqu’une jeune personne est évaluée à risque élevé.

**Si non,** l’organisme détermine qu’il n’a pas la capacité à l’interne d’identifier les jeunes à risque élevé de suicide et qu’il trouve nécessaire d’effectuer une évaluation supplémentaire, deux choix se présentent.

1. **La jeune personne consulte-t-elle déjà un fournisseur de services de santé mentale?**

**Si oui,** la jeune personne consulte déjà un fournisseur de services de santé mentale, on communique avec le travailleur en santé mentale; ce dernier évalue le jeune et est alors désigné L’IDENTIFIANT DU RISQUE.

**Si non,** jeune personne ne consulte pas présentement un fournisseur de services de santé mentale, la personne qui se préoccupe de l’intention suicidaire du jeune adhère au processus interne de l’organisme auquel elle appartient pour déterminer la personne à l’interne qui communiquera avec le service d’urgence pour les jeunes. Une autre solution possible, à laquelle on arrive en parlant avec le parent, consiste à ce que le parent communique avec le service d’urgence pour les jeunes. Le travailleur d'aide aux jeunes en crise est alors désigné L’IDENTIFIANT DU RISQUE.

Le numéro auquel rejoindre le service d’urgence pour les jeunes est le 705 728-5044. Se reporter à l’Annexe F pour tout renseignement supplémentaire sur les services d’urgence pour les jeunes.

1. Intervention de sécurité immédiate

L’IDENTIFIANT DU RISQUE détermine si le jeune est à risque élevé de suicide, c’est-à-dire que l’enfant ou le jeune planifie activement le suicide, a de fortes intentions et l’accès aux méthodes mortelles et d’autres facteurs de risque élevé.

1. **La jeune personne est-elle à risque élevé de suicide?**

**Si oui**, L’IDENTIFIANT DU RISQUE :

* 1. Met en oeuvre un plan de sécurité immédiate pour aborder les préoccupations présentées par la jeune personne
  2. Détermine s’il faut demander un aide d’urgence supplémentaire pour garantir la sécurité de la jeune personne.

**Si non**, (la jeune personne N’EST PAS à risque élevé de suicide), moyennant le consentement L’IDENTIFIANT DU RISQUE renvoie la jeune personne et la famille à un organisme communautaire pertinent.

1. **L’IDENTIFIANT DU RISQUE a-t-il besoin d’aide supplémentaire pour assurer la sécurité de la jeune personne?**

**Si oui,** L’IDENTIFIANT DU RISQUE peut communiquer avec :

* Les services d’intervention d’urgence
* Le fournisseur de soins de santé primaires
* La salle d’urgence aux fins d’évaluation et d’hospitalisation pour garantir la sécurité.

**Si non**, L’IDENTIFIANT DU RISQUE lance le processus de convocation d’une conférence communautaire dans les cinq jours ouvrables.

1. **Conférence communautaire**

##### ****But****

##### La conférence communautaire vise à atteindre les buts suivants :

1. **Examiner les indicateurs de risque élevé, les preuves à l'appui et l’état actuel de la jeune personne.**
2. **Créer un plan de sécurité pour l’enfant ou le jeune qui comprend une liste des ressources et des stratégies d’intervention précises visant à réduire le risque de suicide et soulignant des interventions pour encadrer le client en attendant le service continu au besoin. Le plan de sécurité repose sur celui élaboré (le cas échéant) par l’IDENTIFIANT DU RISQUE pour créer une intervention de sécurité immédiate.**
3. **Informer la jeune personne et la famille des ressources communautaires susceptibles de les aider.**

**L’IDENTIFIANT DU RISQUE** détermine si la jeune personne consulte les services de santé mentale préexistants au moment d’identifier le risque élevé.

1. **La jeune personne recevait-elle des services de santé mentale avant la crise?**

**Si oui, l’IDENTIFIANT DU RISQUE communique avec le fournisseur de services de santé mentale pour l’inviter à la conférence communautaire.**

**Si non**, on invite un représentant de l’organisme local de santé mentale à participer.

**Répertoire de santé mentale communautaire**

**Dans le but d’aider à la planification relative aux jeunes, il est important d’assurer la présence d’un représentant qui possède les connaissances et les compétences dans le domaine de la santé mentale pour enfants et jeunes lors d’une conférence communautaire. Dans les cas où la jeune personne ne communique pas déjà avec les services en santé mentale pour enfants et jeunes, on assure la représentation appropriée et les commentaires de santé mentale à la conférence communautaire grâce à l’établissement d’un répertoire rotatif des organismes oeuvrant dans le domaine de la santé mentale des enfants et des jeunes.**

**Le service d’intervention d’urgence pour les jeunes à l’échelle du comté maintient, pour chaque communauté, le répertoire rotatif des organismes du domaine de la santé mentale qui acceptent de participer au protocole et d’appuyer la conférence communautaire dans les situations où la jeune personne ne consulte pas déjà un fournisseur de service en santé mentale communautaire. Les organismes dont le nom figurent au répertoire nomment une personne-ressource responsable d’intervenir dans le cadre du protocole et de participer à la conférence communautaire. Quoique l’on privilégie la participation en personne, vu les contraintes de temps, la participation peut se faire par téléconférence. La composition du répertoire est adaptée aux services en santé mentale pour enfants et jeunes dans chaque communauté.**

**Lors de la conférence communautaire, la personne qui représente l’organisme de santé mentale figurant au répertoire doit :**

* **Contribuer l’information sur la santé mentale à la discussion.**
* **Fournir les renseignements sur les ressources communautaires.**
* **Aider au renvoi vers les services communautaires choisis si la jeune personne et la famille fournissent le consentement.**

**Préparation de la conférence communautaire**

**L’IDENTIFIANT DU RISQUE**

1. **Énumère les risques et avantages**

**Avant la conférence communautaire, il est important que l’identifiant du risque prépare la jeune personne et la famille à la conférence, y compris la discussion des activités proposées et des participants prévus. Il doit leur indiquer qu’ils auront l’occasion de parler des enjeux sociaux, émotifs et de santé mentale qui les affectent. La conférence peut inclure la famille, les amis, les enseignants et les travailleurs de santé mentale comme membres de leur équipe de soutien.**

**De plus, il est important de parler des risques et des avantages généraux liés à la participation à la conférence. Les risques et les avantages doivent être personnalisés pour la jeune personne et la famille particulière. Ces facteurs comprennent les suivants, sans s’y limiter :**

**Avantages possibles à participer au protocole :**

* **Un plan de sécurité et des stratégies de soutien sont élaborés pour porter secours jusqu’à ce que les services de santé mentale communautaires puissent fournir des services à la jeune personne et à la famille.**
* **La jeune personne et la famille ont l’impression de bénéficier de soutien.**

Risques possibles associés à la participation au protocole :

* Se retirer ou s’isoler en salle de classe.
* Le sentiment de gène parce que la personne reçoit les services.
* Le malaise émotif ou la gêne face aux préoccupations soulevées lors de la discussion.

Les conséquences possibles de ne pas participer au protocole :

* La détresse soulevée par les problèmes personnels peut perturber la vie de l'enfant ou du jeune.
* Les relations, y compris les relations familiales, peuvent en subir des effets négatifs.
* Le manque de traitement des troubles de santé mentale comme la dépression peut entraîner des pensées et des sentiments suicidaires continus.

1. **Obtient le consentement**

**Obtenir le consentement de la jeune personne ou du parent/tuteur pour obtenir, divulguer, partager l’information nécessaire à la communication et à la collaboration interorganisationnelle. Le consentement portera une date et une explication à l’effet qu’il restera en vigueur pour permettre un temps suffisant aux suivis. Le consentement écrit peut être obtenu lors de la conférence, mais aura fait l’objet d’un consentement verbal avant la tenue de la rencontre. Le formulaire de consentement figure à l’Annexe B.**

1. **Envoie les invitations**

**L’IDENTIFIANT DU RISQUE invite les personnes clés à participer à la conférence communautaire en discussion avec la jeune personne et la famille :**

* Enfant, jeune
* Parents, tuteur
* Personnel scolaire pertinent
* Tout professionnel qui fournit actuellement des services à l'enfant ou au jeune
* Professionnel de la santé mentale qui traitent avec le(s) parent(s), si cela convient
* Personne-ressource identifiée par l’enfant, le jeune ou la famille, si on le demande
* Représentant de l’organisme des services de santé mentale communautaires (figurant sur la liste si ce dernier n’est pas déjà concerné)
* Pédiatre, médecin de famille, si cette personne est disponible ou le partage de renseignements récents, si cela convient
* Travailleur social hospitalier, s’il y a lieu.

Si les professionnels identifiés veulent participer, mais ne peuvent le faire, la participation par téléconférence sera mise à leur disposition. S’ils ne peuvent participer, mais désirent fournir leur réaction pendant de la conférence, L’IDENTIFIANT DU RISQUE peut obtenir l’information et la présenter en leur nom

1. **Préside la conférence**

**L’IDENTIFIANT DU RISQUE assume les responsabilités suivantes dans le cadre d’une conférence communautaire :**

1. **Faire signer le formulaire de consentement si ce n’est pas déjà fait avant la conférence.**
2. **Animer la discussion et présente les documents de recommandations au moyen du modèle Plan de sécurité de la conférence communautaire. Pour consulter le** Modèle de Plan de sécurité de la conférence communautaire voir **l’Annexe C, les composantes du Plan de sécurité figurent à l’Annexe D alors que l’Annexe E renferme l’Entente de sécurité qui peut être inclus dans le Plan de sécurité.**
3. **Veiller à ce que toutes les personnes présentes signent le Plan de sécurité de la conférence communautaire et à distribuer les copies avant la fin de la conférence.**
4. **Assurer le renvoi à un organisme de santé mentale approprié aux fins de service continu, avec le consentement de la jeune personne/du parent.**
5. **Établir les liens de communication adéquate entre les principaux intervenants, y compris les médecins de famille, l’école, les organismes de santé mentale et les membres de la famille pour garantir collaboration ultérieure.**

##### ****Résolution de conflit****

**On s’attend à ce que les participants à la conférence communautaire exercent des efforts pour résoudre tout conflit soulevé entre eux. Toutefois, lorsqu’il est impossible d’en arriver à une solution amicale, les personnes concernées doivent soulever le conflit auprès de la direction de leurs agences respectives qui tâcheront d’en arriver à un consensus.**

**Si le conflit touche aux systèmes de service, la question est acheminée au comité directeur pour l’intervention d’urgence du comté de Simcoe (**Simcoe County Crisis Response Steering Committee)**.**

**Clôture du protocole**

Le protocole et le rôle de **L’IDENTIFIANT DU RISQUE prennent fin dans les situations suivantes** :

* Lorsque le nom de la jeune personne figure sur la liste d’attente d’un organisme de santé mentale (la coordination de service relève alors de l’organisme de santé mentale communautaire), ou
* Lorsque la jeune personne et la famille refusent une conférence communautaire, ou
* Lorsque la conférence a eu lieu, que le plan de sécurité est en place et qu’il y a preuve de réduction du risque/de soutien accru et qu’aucun service supplémentaire n’est présentement requis, ou
* Suite à la conférence communautaire, la jeune personne et la famille refusent le renvoi à un organisme de santé mentale.

##### ****Annexe A**** du protocole ****: Cadre des indicateurs de détermination de risque****

##### ****Indicateurs permettant de déterminer la suicidalité dans les cas nécessitant des services améliorés urgents****

##### Appuis sociaux et facteurs de protection

Afin de déterminer le risque, il est important de déceler les facteurs de protection et de soutien social qui, une fois activés ou discutés, peuvent concrètement atténuer l’action de se donner la mort.

Ces facteurs sont importants au moment d’élaborer un « Plan de sécurité de conférence communautaire » et de déterminer si un enfant ou un jeune ne semble plus être à risque élevé de suicide.

**Veuillez noter que les facteurs ne sont pas énumérés selon un ordre de priorité quelconque**

|  |  |
| --- | --- |
| **Facteurs de soutien social** | **Facteurs de protection** |
| **La famille ou la personne soignante offre l’appui ou est prête à l’offrir** | **Fait preuve d’habiletés pour aborder les crises émotionnelles** |
| **Bons amis qui exercent une influence positive** | **Croyances religieuses, culturelles ou spirituelles** |
| **Personnel scolaire, plan d'appui scolaire** | **Croyance des Premières nations sur le caractère sacré de la vie** |
| **Pairs, voisins, collègues, aînés, communauté compatissante** | **Historique de résoudre des problèmes et de créer des solutions** |
| **Appuis sociaux externes : équipe, club** | **Expression de plan d'avenir positif, concret et détaillé** |
| **Solide impression d’entretenir des liens avec les racines culturelles et spirituelles** | **Volonté de signer une entente où la personne s’engage à assurer sa sécurité personnelle\*** |
| **Appuis à la santé mentale et thérapeutique en place** | **Engagement familial : élever les enfants, s’occuper des frères et sœurs** |
| **Volonté de l’enfant ou du jeune à recourir aux appuis** |  |
| **Perception d’acceptation sociale** |  |
| **Participation à une communauté religieuse, spirituelle ou culturelle, y compris le langage, l’apprentissage, les rituels et les traditions** |  |

\* Les composantes d’une telle entente ainsi que l’information à ce sujet se trouvent à l’Annexe E.

**Les indicateurs suivants visent à aider les personnes qui desservent les enfants et les jeunes à identifier ceux qui pourraient être à risque élevé de suicide et nécessiter une intervention urgente communautaire coordonnée afin de réduire les risques et de favoriser l’adaptation efficace. Nous recommandons à l’utilisateur de tenir compte d’un éventail de facteurs au moment d’identifier un enfant ou un jeune à « risque élevé ».**

**Nota : Il NE S’AGIT PAS d’une liste de contrôle. La liste suivante se veut plutôt une liste d’indicateurs dont on peut tenir compte à titre d’outil de rassemblement d’information pour évaluer le niveau de risque. Un indicateur unique ne suffit peut-être pas à déterminer un risque élevé.**

##### Indicateurs d’alerte



Tous les facteurs énumérés à cette section du protocole peuvent contribuer à un risque élevé de suicide. Les facteurs suivants en combinaison doivent faire l’objet d’une attention particulière et être perçus comme indicateurs « d’alerte rouge ».

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Plan détaillé** | **Degré de létalité** | **Force de l’intention** | **Tentatives ou menaces verbales antérieures** |
| **Méthodes accessibles (p. ex. : armes à feu, médicaments, etc.)** | **Diagnostique d’un trouble de l’humeur ou de psychose** | **Consommation abusive fréquente de drogues ou d'alcool** | **Rupture de relation** |
| **Impulsivité** | **Déclarations de désespoir** | **Dons des possessions précieuses** | **Expérience de racisme ou de discrimination** |

**Il n’existe absolument aucun test ni de méthode de prévision qui puisse identifier avec exactitude les enfants ou les jeunes qui feront la tentative de se donner la mort.**

**Il vaut mieux percevoir ce comportement dans un continuum de risque possible, variant de faible à moyen jusqu’à élevé. Les indicateurs au tableau suivant ont rapport à ceux qui contribuent au risque élevé de suicide et aux indicateurs de protection susceptibles de réduire les risques.**

**Veuillez noter que les facteurs NE SONT PAS énumérés selon un ordre de priorité quelconque.**

| **Antécédents de comportement suicidaire** | **Âge et sexe** | **État et antécédents de santé mentale** | **Facteurs familiaux et sociaux** | **Capacité d'adaptation affaiblie** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Plan détaillé** | **Masculin et âgé de plus de 16 ans** | **Souffrant d’un trouble de l’humeur** | **Fait preuve de mauvaise communication** | **Historique d’une mauvaise réaction face à l’adaptation au stresse** |
| **Tentatives de suicide ou menaces verbales antérieures** | **Féminin qui se présente comme déprimée avec des antécédents de tentatives de suicide** | **Psychose** | **Manque d’affection dans les relations** | **Résolution de problèmes inefficaces** |
| **Force de l’intention** | **Masculin faisant preuve de troubles de comportement** | **Trouble anxieux** | **Niveaux élevés de conflit** | **Perspective de vie pessimiste** |
| **Plan, y compris méthode létale d’aboutir au résultat** |  | **Trouble des conduites** | **Le ou les parents rejettent ouvertement l’enfant ou le jeune** | **Historique de fugues** |
| Méthodes accessibles (p. ex. arme à feu, médicaments) |  | **Hyperactivité avec déficit de l’attention** | **Le ou les parents montrent des signes de troubles de la santé mentale** | **Refus d’accepter de l’aide ou de transiger avec les adultes** |
| **Dons des possessions précieuses** |  | **Historique de traumatisme psychologique** | **Mort d’un parent, d’un membre de la parenté, d’un ami** | **Ouvertement hostile aux offres d’aide** |
| **Déclarations de désespoir** |  | **Sautes d’humeur soudaines  (p. ex. : disparition de la dépression, résolution soudaine)** | **Le ou les parents abusent de la drogue ou de l’alcool** | **Déclarations de désespoir** |
| **Indique une préférence nette pour la mort** |  | **Antécédents d’admission antérieure à l’hôpital liée à la santé mentale (en particulier au cours des 3 derniers mois)** | **Présence de violence familiale** | **Souffre d’une maladie chronique ou est handicapé physique** |
| **Changement des habitudes de sommeil, d’appétit ou de niveau d’énergie** |  |  | **Vit une expérience de racisme, de discrimination** |  |
| **Idée suicidaire persistante et continue** |  |  | **Tentative récente ou suicide accompli d’un ami, d’un membre de la parenté ou de la communauté** | **Isolé sur le plan social** |
| **Fantaisies positives concernant la mort** |  |  | **Stress économique dans la famille, pauvreté situationnelle ou chronique, occasions d’emplois et d’engagement social et éducatif limitées** | **Anniversaire d’une perte considérable** |
| **Tient des comportements d'automutilation** |  |  | Traumatisme familial intergénérationnel causé par les écoles résidentielles ou le « Sixties Scoop » (abduction des enfants autochtones) | **Rendement ou assiduité scolaire affectés ou à la baisse** |
| **Populations de jeunes aux prises avec le stress culturel, la discrimination \*** | **Perte et rejet** | **Caractéristiques de la personnalité** | **Abus et négligence** | **Abus d'alcool ou d’autres drogues** |
| **Enfants ou jeunes gais, lesbiennes, bisexuels ou transsexuels** | **Perte de relation - intérêt amoureux, parents, amis, pairs** | **Impulsivité** | **Antécédents d’abus sexuels, physiques, émotifs ou de négligence ou les deux** | **Consommation fréquente et abusive de drogue et d’alcool** |
| **D'origine des Premières Nations, Métis et Inuit (PNMI)** | **Aliénés des parents et de la famille** | **Comportement agressif et hostile/violent** |  | **Consommation continue d’alcool ou de drogues** |
| **Cible raciale d’autres groupes** | **Assujetti à l’intimidation continue** | **Passif** |  |  |
|  | **En crise disciplinaire au foyer, à l’école ou devant les tribunaux** | **Se préoccupe trop des responsabilités et de la perfection** |  |  |
|  |  | **Facilement susceptible aux sentiments de culpabilité et d’auto-jugement** |  |  |

\* Voir l’Annexe G, Facteurs de risque des jeunes PNMI tiré du *Rapport de la Commission royale sur le suicide chez les autochtones au Canada*.

##### Annexe B : Protocole en matière de risque de suicide pour les jeunes

##### Consentement à la communication ou à l’obtention d’information aux fins de participation à une conférence communautaire

Je, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (personne soussignée, parent, tuteur légal) autorise les suivantes :

Liste des agences, des organismes avec case à cocher et un endroit où la personne qui donne le consentement peut signer ses initiales

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Nom de l’agence ou de l’organisme** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Aux fins de COMMUNICATION, D’OBTENTION ou de PARTAGE des renseignements médicaux, sur l’éducation, la famille et la santé mentale concernant

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (enfant/jeune). Date de naissance \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Veuillez noter les exceptions (s’il y a lieu) aux informations ci-dessus : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ce consentement a pour but d'aider à la coordination des services qui me sont offerts personnellement ou à ma famille.

En tout temps, je peux retirer ce consentement par écrit.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du jeune de plus de 12 ans Signature du parent/tuteur légal

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Témoin 🞏 copie au client

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞏 communication des risques et des avantages relatifs à la conférence

Date communautaire

##### Annexe C : Modèle de Plan de sécurité de la conférence communautaire

##### Plan de sécurité de la conférence communautaire à l’intention d’un enfant ou d’un jeune à risque élevé de suicide

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’enfant ou du jeune** |  |
| **Adresse de l’enfant ou du jeune** |  |
| **Numéro de téléphone de l’enfant ou du jeune** |  |
| **Date de naissance** |  |
| **Sexe** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom des parents, des tuteurs** |  |
| **Adresse des parents, des tuteurs** |  |
| **Numéros de téléphone des parents, des tuteurs** |  |

* Confirmation du risque élevé de suicide

|  |  |
| --- | --- |
| **Preuve de soutien social et des facteurs de protection** |  |
| **Indicateurs de risque et preuves à l’appui** |  |

##### Plan de sécurité de la conférence communautaire – Stratégies / Activités / Interventions

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Stratégie** | **Activité / Interventions** | **Responsable** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Autres renseignements importants (p. ex. famille, médical, social, émotif)** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Coordonnateur de service** |  |
| **Date de la conférence et du plan** |  |
| **Signature de l’enfant ou du jeune** |  |
| **Signature des parents ou des tuteurs** |  |

##### Participants clés au plan

|  |  |
| --- | --- |
| **Signature** |  |
| **Nom** |  |
| **Agence / Organisme** |  |
| **Coordonnées** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Signature** |  |
| **Nom** |  |
| **Agence / Organisme** |  |
| **Coordonnées** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Signature** |  |
| **Nom** |  |
| **Agence / Organisme** |  |
| **Coordonnées** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Signature** |  |
| **Nom** |  |
| **Agence / Organisme** |  |
| **Coordonnées** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Signature** |  |
| **Nom** |  |
| **Agence / Organisme** |  |
| **Coordonnées** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Signature** |  |
| **Nom** |  |
| **Agence / Organisme** |  |
| **Coordonnées** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Signature** |  |
| **Nom** |  |
| **Agence / Organisme** |  |
| **Coordonnées** |  |

**Annexe D : Composantes proposées du Plan de sécurité à l’intention des jeunes suicidaires**

Les composantes suivantes peuvent vous aider à élaborer un plan de sécurité lors de la conférence communautaire. La meilleure façon d’y arriver est en collaboration avec la jeune personne, les membres de sa famille et les autres personnes clés dans sa vie. Ce qui suit ne représente que des exemples. Il est nécessaire de trouver ensemble les composantes du plan qui correspondent le mieux à la personne et de concrétiser le plan en le consignant par écrit. Discutez des obstacles possibles à l’utilisation du plan aux divers stades et de la façon de les surmonter, l’endroit où le plan sera gardé et qui en détient des copies. Veillez à ce que les personnes qui jouent un rôle clé au plan comprennent le rôle qu’il ont à jouer.

1. Savoir quand la jeune personne doit se reporter au plan. Aider la jeune personne à :
   1. Reconnaître les signes avertisseurs de la détresse -. pensées, images, humeur, comportement, p. ex. « je suis nul, je n’en peux plus », maux d’estomac, se sentir stressé ou désespéré, faire allusion à la mort
   2. Reconnaître les déclencheurs propres à la personne – p. ex. rupture d’une relation, mauvaises notes à l’école, expérience d’intimidation répétée
2. Trouver et mettre en œuvre les stratégies d’adaptation auxquelles la jeune personne peut recourir elle-même :
   1. Inclure les activités de détente et auto-appaisantes pertinentes pour cette personne dont l’exercice, faire une promenade, écouter de la musique édifiante, s’adonner à un passe-temps apprécié, etc.
3. Passer plus de temps avec les autres :
   1. Dresser une liste de milieux sociaux normaux susceptibles de distraire des pensées suicidaires sans que la jeune personne ne soit obligée de parler spécifiquement du suicide p. ex. prendre un café avec les amis, faire un tour à la bibliothèque, faire une promenade avec un ami, etc.
4. Nommer des personnes particulières auxquelles la jeune personne peut parler de ses pensées suicidaires afin de résoudre une situation de crise :
   1. Dresser une liste de noms de personnes appropriées et indiquer leurs coordonnées
   2. Informer ces personnes de leur rôle et de ce qu’elles peuvent faire pour aider
   3. Inclure les professionnels en santé mentale et leurs coordonnées – ne pas oublier les coordonnées pour le service après les heures normales de bureau
5. Veiller à rendre l’environnement sécuritaire afin d’augmenter la supervision et de réduire l’accès possible aux moyens :
   1. Inclure les contextes à la maison, à l’école et dans la communauté
   2. Inclure l’élimination ou le rangement sécuritaire d’articles pouvant servir à l’automutilation tels les médicaments, les armes potentielles
   3. Prévoir un horaire de supervision plus régulier par les amis, la famille, etc.
6. Que faut-il faire si la jeune personne continue de ne pas se sentir en sécurité :
   1. Fixer un rendez-vous chez le médecin, recourir au service d’intervention d’urgence, faire un rendez-vous pour le counseling
   2. Écrire les façons d’obtenir une aide immédiate pour se rendre à l’urgence, soit signaler le 911, dire à un parent qu’elle a besoin de transport pour s’y rendre.

##### Annexe E: Entente de sécurité

Une entente de sécurité consiste en un contrat qui peut être discuté avec la jeune personne à risque élevé de suicide. Si elle a la volonté d’établir une entente, le contrat peut être considéré comme un facteur de protection dans le cadre de l’évaluation continue du risque et être incorporé à l’élaboration du plan de sécurité.

Toutefois, il est important de noter qu’il s’agit d’un outil et qu’il ne s’agit PAS d’un élément de prévision d’une action quelconque par l’enfant ou le jeune.

##### Établissement du contrat d'entente de sécurité

Une entente de sécurité devrait être faite par écrit, mais peut être un plan ou une entente verbale ou orale.

L’enfant ou le jeune à risque doit pouvoir décrire ce à quoi il consent, en ses propres mots. Si l’enfant ou le jeune est incapable de décrire le plan en assez de détails, il faut en discuter plus longuement avec lui.

##### Composantes d’une entente de sécurité

Les composantes d’une entente de sécurité sont les suivantes :

##### Rester en sécurité

Cet élément est essentiel à tout contrat et consiste en une déclaration qui exige que le jeune ou l’enfant à risque n’agisse pas s’il entretient des idées suicidaires pendant une période de temps précise. Le contrat n’exige pas que l’enfant ou le jeune à risque cesse de penser au suicide.

On recommande de demander à l’enfant ou au jeune la durée pendant laquelle il croit pouvoir respecter l’entente.

Par exemple, le contrat à l’effet de ne pas se faire mal peut être rédigé comme suit : « Je promets de veiller à ma sécurité jusqu’à la date à laquelle je rencontrerai XXX. Il se peut que je pense au suicide, mais je ne dois pas agir sur ces pensées. »

Les détails peuvent être personnalisés selon la personne et la situation.

##### Contact(s) de sécurité

Les contacts de sécurité sont les personnes avec qui l’enfant ou le jeune doit communiquer s’il a l’impression de ne pas pouvoir garantir sa sécurité. Les personnes à contacter doivent savoir que l’enfant ou le jeune pourrait communiquer avec elles; ces personnes sont d’accord d’agir à titre de contact de sécurité. Le contact de sécurité peut aussi être un organisme qui a régulièrement affaire aux situations de suicide, par exemple une ligne d’intervention de crise. Un enfant ou un jeune à risque peut avoir besoin de plus d’une seule personne pour agir comme contact de sécurité.

##### Sécurité, aucune consommation d’alcool ou de drogues

Il est important d'aider l'enfant ou le jeune à comprendre que la consommation d’alcool et de drogues augmente le risque de suicide et peut menacer le succès d’une entente de sécurité. De manière idéale, il faut éviter la consommation d’alcool et de drogues. Dans certains cas, il peut être impossible l’obtenir une entente en matière d’abstinence. Le cas échéant, viser une entente de réduction active ou de consommation minimale serait peut-être plus réalisable.

Il faudrait encourager l’enfant ou le jeune à continuer à prendre les médicaments sur ordonnance appropriés avec supervision.

##### ****Annexe F : Renseignements sur les services d’urgences pour les jeunes****

##### Accessible

* Du lundi au vendredi de 9 h à 19 h
* Samedi et dimanche de 12 h à 19 h

Appeler la ligne d’intervention d’urgence au : 705 728-5044 ou 1 888 893-8333

**Qui est admissible au service?**

* Tout enfant ou jeune âgé de moins de 18 ans
* Les familles d’un enfant ou d’un jeune en situation de crise

**Quand appeler :**

* Lorsque l’urgence ne pose aucune menace immédiate à la vie, mais exige une intervention immédiate
* Lorsqu’un enfant ou un jeune semble déprimé, agressif ou suicidaire
* Lorsque les membres de la famille s’inquiètent de l’agressivité ou d’un comportement hors de contrôle
* Lorsqu’il y a des préoccupations concernant des comportements perturbants ou inhabituels chez un jeune

**Les travailleurs d’urgence mobile peuvent aider à :**

* Intervenir immédiatement par téléphone dans les 60 minutes suivant le premier appel.
* Aider à déterminer le niveau de risque que court un enfant et de déterminer les mesures ultérieures à prendre lorsqu’il y a un risque évident.
* Peut se rendre sur place une fois que l’on détermine un risque immédiat pour fournir la gestion d’urgence supplémentaire.
* Travailler auprès des jeunes et des familles pour élaborer des plans d’urgence et des plans de sécurité.
* Fournir l’information sur les services de santé mentale pour enfants et des renseignements de renvoi aux services et aux ressources communautaires selon les besoins inventoriés.
* Le travailleur à l’intervention d’urgence effectue un suivi dans les 21 jours au besoin.

##### Annexe G : Facteurs de risques des jeunes PNMI

**Facteurs de risques**

La liste suivante des facteurs de risques primaires et secondaires qui contribuent au tau élevé de suicide, d'automutilation et de comportement autodestructif chez les jeunes des Premières Nations, Métis et Inuit (PNMI) sont présentés par la Commission royale et le suicide chez les autochtones du Canada : Organisation nationale de la santé autochtone ( 2007 pages 49 à 51).

**Facteurs de risques primaires**

|  |  |
| --- | --- |
| Psycho biologique | Faible estime de soi, deuil non résolu, impuissance, désespoir, hostilité, tristesse, orientation sexuelle, sexe (masculin), âge (plus de 12 ans), état civil, sans enfants, frères et sœurs |
| Situationnel | Événements de vie stressants, interruption de la vie familiale, pensionnat, adoption, trouble de jeux, hospitalisation par voie aérienne, consommation de drogues, consommation d’alcool, mauvais rendement scolaire, consommation de solvants, éclatement de la famille, éclatement de la communauté, agression physique, agression sexuelle, trouble de violence, antécédents familiaux de suicide, perte récente due au suicide, comportement criminel chez les parents, tentative antérieure, idées suicidaires, mauvais soins prodigués par le père, perte parentale (séparation prolongée), engagement dans la prostitution, croyance que le suicide est une option |
| Socioéconomique | Taux de pauvreté élevé, faible taux de scolarisation, occasions d’emplois limitées, logement inadéquat, sans abri, conditions d’assainissement insuffisantes, mauvaise qualité de l’eau, aucun service de garde d’enfants, faible niveau de soutien social |
| Stress culturel | Manque de confiance dans les façons de comprendre la vie et de vivre  Perte des terres, perte de contrôle des conditions de vie, suppression des systèmes de croyance et de la spiritualité, affaiblissement des instituions politiques et sociales, discrimination raciale, suppression du langage, identité (trouble), faible identification à la culture et à la communauté, suppression de l’identité culturelle |

**Facteurs de risques secondaires**

* Syndrome de l’alcoolisation fœtale, ensemble des troubles causés par l’alcoolisation fœtale (FAS/ETCF)
* Dépression majeure, trouble bipolaire
* Trouble de stress post-traumatique
* Trouble anxieux
* Trouble panique
* Trouble schizophrénique
* Trouble de la personnalité
* Détresse émotionnelle
* Trouble psychiatrique
* Trouble affectif saisonnier

**Facteurs de protection**

Le rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA) a « d'une part été critiqué parce qu'il préconise des solutions traditionnelles qui freineraient la modernisation des collectivités autochtones et d'autre part été louangé parce qu'il tâche de s'attaquer à un problème complexe et d'acheminer les collectivités vers la santé et le bien-être à tous les niveaux. »

Nancy Miller Chénier (1995) Le suicide chez les autochtones : Le rapport de la Commission royale ([www.turtleisland.org/healing/healing-suicide1.htm](http://www.turtleisland.org/healing/healing-suicide1.htm). Direction de la recherche parlementaire. (Turtle Island Native Network/Healing and Wellness, accessed on Sept 3, 2010); <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/MR/mr131-f.htm>, accès le 6 février 2011.

Fait paradoxal, la promotion et l'application des méthodes des connaissances traditionnelles ont enfin été identifiées comme facteurs de protection contre le suicide et les « croyances culturelles qui favorisent un sens de valeur personnelle face aux perceptions sociales négatives » (page 69) sont désormais nécessaires au renforcement de la communauté.

Le cadre d’action que propose la Commission royale comporte les facteurs de protection suivants :

* La revitalisation culturelle et spirituelle
* Le renforcement des liens familiaux et communautaires
* L’accent sur les enfants et les jeunes
* Le holisme
* La participation de la communauté entière
* Le partenariat
* Le contrôle communautaire
* Un sens culturel du langage et des traditions
* Une identité culturelle positive
* Les valeurs traditionnelles
* Les rituels et les cérémonies de guérison

Afin d’encourager une méthode holistique visant à aborder la question de suicide, la Commission recommande de plus les ressources d’appui suivantes :

1. Les services d'aide directe en cas de suicide
2. Les ressources permettant la prévention globale par le développement communautaire
3. L’appui à l’autodétermination, à l’autosuffisance, à la guérison
4. L’appui à la réconciliation

**Annexe H : Ballots de mieux-être communautaire   
  
Ballot de mieux-être et de guérison communautaire**

**Premières nations, Métis et Inuit**

**Contexte**

Le Ballot de mieux-être et de guérison communautaire des PNMI est présenté à titre de document de travail donnant un aperçu des indicateurs culturels et des méthodes à intégrer comme protocole et processus PNMI dans le cadre du « Protocole en matière de risque élevé de suicide chez les jeunes » (2010).

Un processus d’examen est prévu suite à la consultation sur le protocole PNMI présentement en voie de développement au BANAC au nom des fournisseurs de programmes et de services PNMI du comté de Simcoe.

Les noms des fournisseurs de programmes et de services PNMI ayant reçu une invitation de participer à titre consultatif figurent sur cette liste :

BANAC  
Enaahtig Healing Lodge and Learning Centre  
Enaahtig Mental Health Program  
Georgian Bay Native Friendship Centre  
Barrie Native Friendship Centre  
Biiminawzogin Regional Aboriginal Women’s Circle  
Première nation Rama   
Première nation Beausoleil   
Georgian Bay Native Women’s Association  
Orillia Native Women’s Association  
Métis Nation of Ontario  
Simcoe County District School Board  
Simcoe Muskoka Catholic District School Board  
Collège Georgian  
Catulpa Community Support Services  
SAE Simcoe   
Kinark Child and Family Services

**Données démographiques sur les PNMI dans la région de Simcoe, Statistique Canada 2006 :**

* Comté de Simcoe, population totale (2006) 403 960
* **Comté de Simcoe, population totale PNMI (2006) 13 035[[1]](#footnote-1)**
  + Identité d’Indien de l’Amérique du Nord 6 220
  + Identité Métis 6 405
  + Identité Inuit 45
  + Identité autochtone multiple 85
  + Autres autochtones 280
* **Caractéristiques selon l’âge**
  + Moins de 10 ans 1 900
  + 10 à 14 ans 1 115
  + 15 à 19 ans 1 330
  + 20 à 24 ans 895
  + 25 à 29 ans 1 015

**Introduction au Ballot de mieux-être et de guérison communautaire des PNMI**

Le recours aux connaissances traditionnelles autochtones pour résoudre les problèmes contemporains est un facteur essentiel et fondamental à la survie des communautés autochtones. L’élaboration de ballots de mieux-être communautaires est un moyen d’encourager les personnes, les familles et les communautés à se concentrer sur ce dont elles ont besoin pour renforcer la Nation et lutter contre l’invasion du suicide ou d’autres facteurs qui enlèvent la vie aux enfants, aux jeunes et aux futurs chefs.

Le Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada (2003) indique que les autochtones (« protégés » aux termes de la *Loi sur les Indiens*) vivent dans des conditions nettement inférieures à la norme, ont un taux de maladie grave supérieur et un mauvais état de santé général.

Quant au suicide, tous les groupes d’âge des Premières nations, jusqu’à 65 ans, sont à risque accru, comparativement à la population canadienne (Lemchuk-Favel 1996).

Le suicide et l’automutilation constituaient les principales causes de décès chez les jeunes. En 2000, le décès de 22 pour cent des jeunes autochtones suicide (âgés de 10 à 19 ans) était attribuable au et de 16 pour cent de tous les décès autochtones âgés de 20 à 44 ans.[[2]](#footnote-2)

Le taux de suicide chez les jeunes Indiens inscrits (âgés de 15 à 24 ans) est huit fois supérieur au taux national chez les femmes et cinq fois supérieur taux national chez les hommes.[[3]](#footnote-3)

En 2005, il y a eu 24 suicides effectifs sur le territoire de la Nation Nishnawbe Aski, l’un des taux les plus élevés au Canada.[[4]](#footnote-4)

**Renseignements généraux**

Le Ballot de mieux-être et de guérison communautaire des PNMI a d’abord été guidé par la philosophie des Nations Pégane/Pieds-Noirs qui utilisaient des ballots sacrés dans un contexte moderne. Considérant la notion de ballots sacrés ou de ballots remèdes, le Ballot de mieux-être et de guérison communautaire des PNMI rassemble les composantes physiques et abstraites des pratiques exemplaires en matière de prévention du suicide, d’intervention en cas d’urgence, et de suivi.

Les ballots sacrés sont des ballots personnels ou communautaires qui renferment des objets physiques « sacrés » comme les plumes d’aigle, le tabac, les calumets d’usage rituel, et tout autre article ayant une valeur spirituelle pour le gardien du ballot.

Quant aux ballots sacrés, ils renferment également des composantes abstraites comme les chansons, prières, enseignements, danses, rêves, histoires, etc. Dans le contexte moderne, les composantes physiques peuvent également inclure la gestion de cas, la formation, la documentation et l’évaluation.

Beaucoup de Premières nations qui suivent les enseignements traditionnels possèdent des articles sacrés qui leur servent de guide. Un ballot sacré peut être un objet unique ou regrouper plusieurs objets. Il peut consister en une petite blague à tabac que la personne porte autour du cou ou en des articles que les esprits ont remis à une personne pour qu’elle les porte au nom du peuple.

*Les ballots personnels*

Vous pouvez posséder un ballot personnel fait d’articles que vous avez recueillis et dont vous avez la garde. Ce ballot revêt une importance sacrée pour vous. Il renferme des articles qui vous aident dans votre épanouissement personnel; il contient des articles qui vous ont transmis un enseignement et que vous utilisez lors de cérémonies. Vos parents ou grands-parents ou un aîné vous a peut-être donné un objet pour vous aider dans votre cheminement. Tous les objets dans votre ballot ont rapport à vous personnellement.

Votre ballot personnel peut inclure des remèdes, votre tambour, un bol, une pierre, une plume, un bâton, un hochet et votre calumet. Vous pourriez également porter un symbole de clan, objet qui représente votre clan, comme une griffe d’ours si vous appartenez au clan de l’Ours. Le tabac est toujours le premier objet placé dans le ballot. Ces articles nous rappellent la beauté de la Création.

*Les ballots pour le peuple*

Les ballots pour le peuple servent à la guérison et aux cérémonies. On dit que ces ballots renferment les choses dont les Nations ont besoin pour garantir leur survie. Les guérisseurs qui portent les ballots de remèdes disent qu’ils ne les possèdent pas. Ils disent que le peuple sait que nous ne possédons rien, ni même notre corps physique, qui retourne à la terre à la mort.

Ils portent ces objets comme offrandes au peuple. Les guérisseurs ont la garde de ces ballots ont été choisi par les esprits pour propager les enseignements, les tâches et les responsabilités rattachés aux ballots.

(Anishnawbe Health Toronto, 2000)[[5]](#footnote-5)

**Le premier ballot**

L’Enseignement des sept grands-pères (ballot) est une composante essentielle du Ballot de mieux-être et de guérison communautaire, car il fournit une série de valeurs claires pour guider la communauté vers une vision commune de survie tout en fournissant une définition claire des rôles et des responsabilités. Il faut envisager le ballot communautaire dans le contexte d’un coffre à outils essentiel qui sert au renforcement des familles et des communautés, à la revitalisation culturelle et spirituelle, et à la stabilisation et à l’autodétermination communautaire. Le ballot des sept grands-pères se base sur des connaissances et une vision du monde autochtones qui ne suivent aucune hiérarchie, mais qui met plutôt l’accent sur l’équilibre et le respect de TOUT ce qui vit (la création).

Selon les enseignements traditionnels des peuples Ojibway, l’un des premiers ballots à être remis au people était celui de l’Enseignement des sept grands-pères (Niishwaaswe Mishomisag).

La première interprétation de l’Enseignement des sept grands-pères provient du Ziibiwing Centre of Anishinabe Culture and Lifeways, (s.d.) de la tribu Saginaw Chippewa située à Mt. Pleasant, Michigan; on dit que l’enseignement nous est donné par le « Premier aîné » pour nous servir de guide et nous orienter de façon à garantir la survie de Mère Terre et de la communauté vivante.

Le Premier aîné nous a remis les offrandes du savoir qu’il a reçu des sept grands-pères lorsqu’il était jeune garçon.

Chaque grand-père lui a fait une précieuse offrande. Un grand-père lui a donné NIBWAAKAAWIN (sagesse), et il a appris à utiliser cette sagesse au nom de son peuple.

Un autre lui a offert ZAAGIDWIN (amour), pour qu’il aime ses frères et ses soeurs et partage avec eux.

Le troisième grand-père lui a fait l’offrande MANAADJITOWAAWIN (respect), pour qu’il respecte tout le monde, tous les êtres humains et toute la création.

Ensuite vint l’offrande d’AAKODEWIN (bravoure), le courage de faire les choses même dans les moments les plus difficiles.

Un cinquième grand-père offrit au garçon GWEKOWAADIZIWIN (honnêteté), pour que tous les gestes posés soient honnêtes et lui procurent de bons sentiments au coeur.

Un autre grand-père lui offre DIBAADENDIZOWIN (humilité), pour enseigner au garçon qu’il est égal à toute autre personne, ni plus ni moins.

Le dernier don qu’on lui a offert est DEBWEWIN (vérité). Le grand-père lui dit « Dans tout ce que tu fais soit honnête. Sois honnête avec toi-même et envers ton peuple. Dis toujours la vérité. »

Les grands-pères lui ont dit « Chacun de ces enseignements doit être utilisé avec les autres. Tu ne peux avoir la SAGESSE, sans l’AMOUR, le RESPECT, la BRAVOURE, l’HONNÊTETÉ, l’HUMILITÉ et la VÉRITÉ. »

...Nous devons retourner au savoir que les sept grands-pères ont transmis au Premier aîné, qui a ensuite transmis les enseignements à la génération suivante, et ainsi de suite. L’Enseignement des sept grands-pères nous rappelle comment nous traiter les uns les autres, et comment traiter les enfants. Nous sommes chacun responsable de soigner les enfants et la Mère Terre. Les enfants doivent s’occuper de Mère Terre demain et pour les générations à venir. (trad. lib.)

Dans une autre version de l’histoire, Melvina Corbière (2007) dit que l’enseignement des sept grands-pères a été transmis à « Oshkaabewis » (aidant) par le royaume du ciel pour qu’il puisse le rapporter au peuple. Tous ces enseignements étaient compris dans « un énorme ballot ». (p.23) (trad. lib.)

Ce ballot était lourd; Oshkaabewis a donc demandé à Loutre (Nigig) de l’aider à le porter. Ils commencèrent donc le voyage de retour au monde. Enfin, ils arrivèrent à un endroit où habitaient les gens. Le garçon était alors devenu un vieillard. En le voyant, ils savaient qu’il était leur fils et ils l’accueillirent de retour chez-lui. Les villageois lui ont également souhaité la bienvenue. Il a ouvert le ballot qu’il avait rapporté et leur a parlé des enseignements des grands-pères (mishomisag) et les gens ont commencé à suivre les enseignements. (pp.23-27)

L’amour (Zaagidwin) : S’occuper des uns et des autres et s’entraider les uns, les autres.

Le respect (Mnaadendmowin) : S’occuper de toutes les choses que le Créateur a donné à la Mère Terre (Kiing).

La sagesse (Nbwaakaawin) : Être en quête des connaissances et les partager.

La bravoure (Aakdehewin) : Être prêt à faire face à toute chose qu’il est difficile de faire.

L’honnêteté (Gwekwaadziwin) : Dire les bonnes choses – ne pas mentir, tricher ou tromper.

L’humilité (Dbaadendizwin) : Savoir que chacun de nous fait partie de la création et que tous les peuples sont égaux.

La vérité (Debwewin) : Reconnaître le travail du Créateur dans toute chose. (p.19) (trad. lib.)

La troisième version de l’histoire provient du livre d’Edward Benton-Benai, *The Mishomis Book: The Voice of the Ojibway* (1976) :

Le garçon avait reçu des sept grands-pères un énorme ballot à rapporter à son peuple. Chacun leur tour, Ni-gig’ et le garçon ont porté le ballot. Ils se sont arrêtés sept fois le long du chemin. À chaque escale, un esprit s’est présenté pour expliquer la signification de l’une des sept offrandes en provenance du vaisseau des sept grands-pères qui lui avaient été remises.

1. De nourrir le savoir est de connaître la SAGESSE.
2. De connaître l’AMOUR est de connaître la paix.
3. D’honorer toute la Création est d’avoir le RESPECT.
4. La BRAVOURE est d’affronter l’ennemi avec intégrité.
5. L’HONNÊTETÉ en affrontant une situation est d’être brave.
6. L’HUMILITÉ est s’avouer être une partie sacrée de la Création.
7. La VÉRITÉ est de comprendre et d’être guidé par toutes ces valeurs. (trad. lib.)

À titre de valeurs, l’Enseignement des sept grands-pères informe de manière significative et établit la vision individuelle et personnelle de création d’une communauté en incorporant les sept grands-pères comme importants aspects abstraits du Ballot de mieux-être et de guérison communautaire.

**Affronter les obstacles**

À ce stade, il importe de tenir compte de la façon dont les attitudes culturelles concernant le suicide limitent et contribuent aux projets communautaires. Plutôt que de généraliser les croyances communautaires, il est important que les communautés définissent chacune le suicide à partir du point de vue culturel qui leur est propre. Il s’agit d’une étape importante, car la relation qu’une communauté entretient avec le mot « suicide » dicte la façon dont elle prévoit aller de l’avant avec une stratégie globale.

Une ressource que l’on utilise beaucoup pour aborder la question de la prévention du suicide et de l’intervention auprès des autochtones est *SuicideTALK : Sensibilisation au suicide et exploration* (2002). La ressource souligne que la société place un tabou et stigmatise le suicide pour que les gens évitent d’en parler, car on considère le suicide « relève du mal, malade, contagieux, effrayant, etc. » (p. 39) De plus, elle encourage les gens à parler du suicide pour détruire les mythes et les tabous qui y sont associés.

Le rapport sur les meilleures pratiques *First Nations and Inuit Suicide Interventions Training* (2001) touche d’ailleurs à cette question de « secret ». Le rapport a été compilé au nom de la Nation Nishnawbe-Aski à l’époque où 28 jeunes des Premières nations Nishnawbe-Aski du Nord-Ouest de l’Ontario se sont suicidés. (p.ii) Le rapport affirme que le sujet du suicide a été dissimulé par les collectivités des Premières nations et que les valeurs et croyances culturelles empêchent un dialogue ouvert au sujet du suicide.

Une croyance Ojibway que l’on a partagé avec moi, c’est que lorsqu’une personne se suicide, son esprit est troublé et s’attarde avant de faire le voyage vers le monde des esprits. Si un membre de la famille ou un ami parle du défunt, son esprit restera dans les parages. Les aînés nous conseillent de ne pas parler d’une personne qui s’est enlevé la vie. De plus, les aînés expliquent pourquoi un si grand nombre de jeunes des communautés Nishnawbe-Aski s’enlèvent la vie et parlent d’un esprit suicide qui ordonne aux jeunes de se tuer. Ainsi, les valeurs et croyances culturelles ont depuis longtemps enveloppé les collectivités Inuit et des Premières nations d’un voile de silence.² (Devlin, p. 10-11) (trad. lib.)

Cette question de secret entourant le suicide vraisemblablement inhérente aux valeurs et aux croyances culturelles est difficile à justifier. Il est fort probable que beaucoup de peuples des Premières nations ont adopté/acculturé la peur et la culpabilité idéologiques occidentales entourant le suicide. La lente érosion de l’identité, de la culture, des traditions et de l’histoire des Premières nations issue des politiques[[6]](#footnote-6) gouvernementales (génocide) a entraîné une vision du monde fragmentée. Il est évident que les générations de grands-parents et de parents qui ont fréquenté les écoles résidentielles se sont vus nier leur vision du monde et en ont été dissociés.

De plus, d’autres facteurs historiques ont fragmenté la vision du monde des Premières nations et ont donc contribué de manière importante à « la marginalisation, la dépossession et la dévaluation culturelle du mode de vie autochtone. » (Devlin, p.16) Le facteur historique le plus important est celui de la colonisation qui a effacé le lien inhérent entre les Premières nations et la Mère Terre. Le crime parfait, commis au fil des générations, et mis en œuvre par le gouvernement sous la guise du bien public.

D’une perspective Anishinaabe, l’idéologie du suicide comme « tabou » (contraire à la vie) se distingue implicitement de l’idéologie occidentale (péché moral) et ne doit pas être transposée. La mesure de la vision du monde tenue par les Premières nations en rapport à la vision et aux normes occidentales continue à valider les croyances et comportements dégénérés des peuples des Premières nations.

Le contexte de survie au suicide tiré des enseignements des sept grands-pères nous rappelle la façon dont nous devons nous soigner nous-mêmes relativement à nos familles, à nos collectivités et à toute la vie. En bout de ligne, l’Enseignement des sept grands-pères éliminent les obstacles communautaires culturels perçus à l’égard du dialogue sur le *suicide*, en parlant aux collectivités au sujet de choisir la vie et la survie.

Essentiellement, le Ballot de mieux-être et de guérison communautaire ne porte pas simplement sur la *survie au suicide* mais sur la *survie pour la vie*. En adoptant une telle perspective, les collectivités bénéficient d’une occasion plus étendue et globale de comprendre les multiples facteurs qui contribuent à la santé et au mieux-être communautaires, et peuvent élaborer un plan d’action qui s’efforce de tracer une vision du mieux-être physique, mental, émotif et spirituel de la communauté.

### Une approche globale au mieux-être communautaire

Le Ballot de mieux-être et de guérison communautaire des PNMI tient compte des facteurs physiques, mentaux, émotifs et spirituels, de la personne, de la famille, de la communauté et de la Nation et du continuum des soins : promotion/prévention, intervention, postvention et évaluation.

Les fondements culturels d’une approche globale s’harmonisent avec les autres approches communautaires et meilleures pratiques, notamment la *Boîte à outil pour l’évaluation et la planification d’initiatives de prévention du suicide dans les communautés des Premières nations* (2005) qui sert également d’encadrement pour guider les Premières nations dans l’évaluation et la planification d’un plan de prévention du suicide (p.1). Il stipule que la continuité culturelle est un facteur de protection contre le suicide :

Parmi les stratégies prometteuses en prévention du suicide, on compte les programmes qui visent spécifiquement à soutenir le développement de la culture traditionnelle au sein de la communauté. Les recherches semblent démontrer que les personnes qui ont une spiritualité ou une croyance religieuse solides sont d’ordinaire associées à un plus grand ressort psychologique et une meilleure santé mentale. Le ressort psychologique étant un facteur de protection dans la prévention du suicide, il semblerait que les programmes comportant des dimensions culturelles ou spirituelles aient un important rôle à jouer dans la prévention du suicide. (Kimayer.L. et al. dans NAHO, p.10)

Le recours à une approche globale établit, dès le départ, l’importance culturelle et la reconnaissance du savoir traditionnel comme fondements de la force nécessaire à concevoir l’initiative communautaire de survie au suicide. De plus, l’approche globale comporte les concepts signalés comme « meilleures pratiques » dans rapport de la Fondation autochtone de guérison, *Suicide chez les Autochtones au Canada* (2007). Ces meilleures pratiques sont : les membres de la communauté devraient mettre en oeuvre eux-mêmes les programmes, en avoir la propriété et en être responsables; la prévention du suicide devrait être la responsabilité de la communauté au complet et relever de la collaboration et de la coordination communautaire; la priorité accordée aux enfants et aux jeunes gens suppose la participation et l’engagement de la famille et de la communauté; une approche globale à long terme, prévoit la formation et l’éducation, bénéficie d’un groupe de coordination central et comprend la prévention, l’intervention, la postvention et l’évaluation. (pp. 126-131).

Le choix des programmes recommandés suivants, figurant au rapport de la Fondation autochtone de guérison, a été motivé parce qu’ils renferment des éléments qui s’inscrivent dans les « meilleures pratiques » énumérées ci-dessus. Par contre, on indique qu’il « y a toutefois bien des raisons pleinement justifiées de commencer à établir un programme de prévention complet, de grande portée » (p. 133) Ces programmes sont notamment :

1. Formation appliquée en techniques d’intervention face au suicide (ASIST) (pp. 113-114)
2. Formation de cinq jours en prévention du suicide destinée aux collectivités autochtones (pp.114-115)
3. White Stone: Aboriginal Youth Suicide Prevention Training for Youth Educators (pp.115-116)
4. Community-Based Suicide Prevention Program (CBSPP) (pp.116-118)
5. Zuni Life Skills Development Curriculum (ZLSD) (pp.118-119)
6. Jicarilla Suicide Prevention Program (pp. 119-120)
7. Northwest Territories Suicide Prevention Training (NTSPT) (pp. 120-121)

D’après les descriptions fournies dans le rapport de la Fondation autochtone de guérison (2007), on peut conclure que même si ces programmes répondent exceptionnellement aux critères d’avoir été créé par la communauté et de s’efforcer de mobiliser un projet de prévention communautaire, il ne s’agit pas de programmes définitifs.

« Étant donné l’état peu avancé des connaissances sur ce qui fonctionne en prévention du suicide, la recherche doit continuer à exercer un rôle important. » (p. 131) Le recours à une approche globale touchant la méthode de survie du suicide grâce à un Ballot de mieux-être et de guérison communautaire est une possibilité qui constitue une précieuse contribution aux méthodes présentement disponibles.

**I. Les aspects globaux**

**Le physique (corps)**

L’exercice, la nutrition et une quantité suffisante de sommeil sont essentiels au maintien du bien-être physique.

**Le mental (esprit)**

L’esprit a besoin de stimulation intellectuelle. Le savoir alimente l’esprit.

**L’émotif**

Le mieux-être émotif se manifeste sous diverses formes selon la personne. L’amour, le respect et la bienveillance sont des traits universels du mieux-être émotif. Il est aussi démontré que ceux qui expriment la joie et qui savent rire régulièrement dans la vie de tous les jours, vivent une vie plus heureuse et plus saine.

**Le spirituel**

La croyance profonde en une puissance supérieure à nous-mêmes est essentielle au mieux-être spirituel. La foi en un Créateur nous donne l’espoir et la force de comprendre que rien n’arrive par hasard et que tout a une cause dans la vie, et que le Créateur ne commet aucune erreur. Le mieux-être spirituel est nécessaire pour rendre le monde meilleur.

La purification par la boucane, les cérémonies traditionnelles, le chant, le tambour et la danse sont très puissants pour la personne autochtone attachée à son identité culturelle. La participation à une tente de suerie et à une longue maison est également un geste spirituel pour les membres des Premières nations. La plupart des Premières nations ressentent également des liens avec Mère Terre, et le respect des aînés et des traditions est hautement considéré par la plupart des peuples des Premières nations.

(Remerciements à Gil Lerat, www.healingourspirit.org/ pdfs/06living/emotionalwellness.pdf, accès le 3 mars 2007)

**Figure I.**

Mental

Émotif

Spirituel

Physique

**II. La parenté**

**La personne**

Les personnes individuelles apportent leur force à la famille et à la communauté; les compétences et connaissances individuelles peuvent servir à renforcer la communauté. Il y a une interconnexion entre la personne et la famille/le clan et la communauté; ce qui affect l’un, affecte aussi les autres.

**La famille, le clan**

Les grands-parents ou autres membres de la famille autres que les parents biologiques qui élevaient souvent les enfants, et où les adoptions formelles étaient fréquentes.

Ce réseau de famille étendue était fondé sur la coopération pour assurer la survie et incorporait une définition claire du rôle de chacun des membres.

**La communauté**

Les communautés ne sont pas uniquement des résidents, mais aussi des membres qui s’efforcent d’atteindre des objectifs communs, habituellement des familles, des familles étendues, etc. Les communautés possèdent une culture – des croyances, des attitudes, des comportements et une histoire qui leur sont propres. Cette culture forme souvent une partie intégrante de leur identité – leur vision du monde, leur comportement et les personnes avec qui ils entretiennent des relations.

La personne doit être libre; il en est de même pour sa communauté. Chaque communauté était libre, car elle se dotait de chefs, contrôlait le déroulement de ses activités, et suivait les coutumes de sa propre conception. Aucune communauté ne présumait se mêler des affaires d’une autre, même en temps de guerre. À tous les égards, la communauté était libre. (Johnston, 1976, p.72)

À mesure qu’une communauté évolue, il existe une compréhension partagée des défis qu’elle doit relever et elle s’engage à travailler en collaboration pour y réussir.

**La Nation**

Plusieurs communautés rassemblées formaient une Nation. De manière semblable aux tribus Péganes, les communautés parsemaient le territoire traditionnel et parfois, elles se rencontraient une fois l’an. (Crowshoe, 1997, p.15)

**Figure II.**

Personne

Famille/Clan

Communauté

Nation

**III. Le continuum des soins**

**La promotion, la prévention**

Comprend la promotion et la prévention primaire, l’extension des services à la communauté, l’éducation et la formation, la sensibilisation communautaire, l’accès, la promotion de la santé mentale, la participation des enfants et des jeunes, et l’identification de soutiens formels et informels. Fournissent une **VISION** de la communauté.

**L’intervention**

Met l’accent sur le dépistage précoce et la prévention secondaire, la prévention et la gestion, l’évaluation des situations à risque, les soutiens de protection, les contrats de vie et les évaluations personnelles. Comprend également le centre/les équipes d’intervention en cas d’urgence, les programmes familiaux et de counseling, la défense des intérêts de la santé, l’accès, et l’éducation et la formation.

**La postvention**

Comprend l’intervention par renvoi, l’inventaire des ressources humaines et financières, le réseautage et la coordination des services, les politiques et procédures, les stratégies, l’autoévaluation/le plan d’action de vie et les plans de sécurité.

**L’évaluation**

Comprend les soutiens postcure, les soutiens de réadaptation, la mobilisation des ressources, le soutien en cas de deuil, et l’évaluation et la recherche.

Promotion/  
Prévention

Intervention

Postvention

Évaluation

**Figure III.**

**Planification communautaire**

Dans le cadre de la planification communautaire, il faut tenir compte des enseignements culturels et traditionnels et de l’approche globale dans le contexte de la liste des facteurs de continuité culturelle, dressée par Chandler et Lalonde (1998), comme « garde-fou » face au suicide.

L'étude de Chandler et Lalonde a révélé une forte corrélation entre le suicide chez les jeunes des Premières nations et le degré de contrôle de la collectivité dans les domaines suivants, ce que les auteurs ont nommé la continuité culturelle :

* l’autonomie
* la revendication territoriale
* l’éducation
* les services de santé
* l’équipement culturel
* les services de police et de pompiers.

Les collectivités disposant d’une certaine autonomie sont aussi celles où le taux de suicide chez les jeunes est le plus bas; les deux facteurs les plus importants sont ensuite les revendications territoriales

et l’éducation… Les collectivités où au moins trois de ces facteurs sont présents sont

aussi celles où les suicides sont sensiblement plus...

(http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/pubs/suicide/prev\_youth-jeunes/section2\_2\_f.html)

**Références**

Anishnawbe Health Toronto. (2001) Livret *Sacred Items and Bundles*. Accès en juin 2008. <http://www.aht.ca/resources/traditional_teachings/sacred_items_and_bundles>

Association canadienne pour la santé mentale. Aboriginal People/First Nations. Accès en juillet 2008. <http://www.ontario.cmha.ca/about_mental_health.asp?cID=23053>

Benton-Benai, E. (1988). *The Mishomis Book, The Voice of the Ojibway*: Indian Country Communications Inc: Wisconsin

Corbière, M. (2007) *Niishwaaswe Mishomisag The Seven Grandfathers An Ojibwe Story*. Ken j gen win Teg Education Institute : M’Chigeeng, Ontario.

Courchêne, D. (présenté en mars 2007) Seven Grandfather Teachings (7 Sacred Laws of the Ojibway) Biidaaban Healing Lodge, Pic River, Ontario.

Crowshoe, R. et Manneschmidt, S. (1997). *Akak¹stiman: A Blackfoot Framework for Decision Making About Health Administration and Services*. Non publié.

Danard, D. (2005). *Finding Our Way-Culture as Resistance to Suicide in Indian Country*. (MRP). Non publié.

Danard, D. (2008) *Medicine Wheel as Research Methodology.* Examen récapitulatif*.* Non publié.

Devlin, A. (2001). *First Nations and Inuit Suicide Intervention Training, Best Practices*. Miminiska Associates.

# Lemchuk-Favel, L. (1996) *Tendances relatives au taux de mortalité des Premières nations, 1979-1993*. Santé Canada : Ottawa.

Ramsay, R et al. (2002) *SuicideTalk : Sensibilisation au suicide et exploration*. Livingworks : Calgary.

Ziibiwing Centre of Anishinabe Culture and Lifeways. (s.d.) livret *Niizhwaaswi Mishomis Kinoomaagewinawaan (seven grandfather teachings)*. Premier livret d’une série de livrets d’enseignement Kinoomaagewin Mzinigas (Little Teaching Books) : Mt. Pleasant.

1. Un grand nombre d’Indiens de l’Amérique du Nord (IAN) ne participent pas à la collecte de données du recensement; BANAC estime que la population des PNMI du comté de Simcoe à environ 25 à 30 000 personnes. [↑](#footnote-ref-1)
2. Santé Canada (2002) Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada, Ottawa : Santé Canada. [↑](#footnote-ref-2)
3. Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada. [↑](#footnote-ref-3)
4. Cheechoo, Catherine, Serene Spence et membres du Nishnawbe Aski Nation Decade Youth Council, Thunder Bay. (2006). The Seventh Generation Helping to Heal: Nishnawbe Aski Youth and the Suicide Epidemic. Toronto : Voices for Children. [↑](#footnote-ref-4)
5. (<http://www.aht.ca/resources/traditional_teachings/sacred_items_and_bundles>) [↑](#footnote-ref-5)
6. La *Loi sur les Indiens*, la *Loi sur les écoles résidentielles* et le *Livre blanc sur la politique indienne* sont des exemples de ces politiques. [↑](#footnote-ref-6)