



Instituts de recherche
en santé du Canada

Canadian Institutes
of Health Research

Canada

RAPPORT SUR LA SÉANCE D'ÉCHANGES MEILLEURS CERVEAUX MASCULINITÉ ET PRÉVENTION DU SUICIDE CHEZ LES HOMMES

Les Instituts de recherche en santé du Canada
en collaboration avec
l'Agence de la santé publique du Canada, la Commission de la
santé mentale du Canada, la Fondation Movember et le Men's
Depression and Suicide Network



HÔTEL WESTIN OTTAWA
SALLE GOVERNOR GENERAL III
OTTAWA (ONTARIO)
LE JEUDI 22 SEPTEMBRE 2016

Table des matières

1. Sommaire
2. Aperçu de la séance d'échange Meilleurs cerveaux
 - a. Aperçu du programme d'échanges Meilleurs cerveaux
 - b. Renseignements généraux
 - c. Contexte
 - d. Objectifs de la séance d'échanges Meilleurs cerveaux
 - e. Liste des participants
 - f. Format de la séance d'échanges Meilleurs cerveaux
3. Sommaire de la séance d'échanges Meilleurs cerveaux
 - a. **Mot de bienvenue et discours d'ouverture** par Dr Joy Johnson, vice-présidente à la recherche, Université Simon Fraser
 - b. **Présentations, aperçu de la journée et examen des objectifs** animé par Dr Joy Johnson, vice-présidente à la recherche, Université Simon Fraser
 - c. **Présentations**
 - i. **Mise en situation – Aperçu du suicide au Canada et explication des enjeux/défis stratégiques actuels** par Mme Marie-Pierre Jackson, directrice, Division de la promotion et de l'innovation en matière de santé de la population, Agence de la santé publique du Canada; Mme Isabel Giardino, gestionnaire, Division de la santé de la population et de l'innovation, Agence de la santé publique du Canada, M. Ed Mantler, vice-président, Programmes et priorités, Commission de la santé mentale du Canada et M. Paul Villanti, directeur général, Fondation Movember
 - ii. **Mise en situation – Situer les masculinités dans le contexte du suicide chez les hommes et des programmes de prévention ciblés** par Dr John Oliffe, École des sciences infirmières, Université de la Colombie-Britannique, et fondateur et chercheur principal, Men's Health Research Program et le Dr John Ogrodniczuk, Département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique, et coresponsable, Men's Depression and Suicide Network
 - iii. **Présentation 1 : Approche thérapeutique de groupe pour les hommes** par le Dr Marvin Westwood, psychologie du counseling, Université de la Colombie-Britannique
 - iv. **Présentation 2 : Le « Dudes Club » : un modèle novateur pour la promotion de la santé des hommes autochtones** par le Dr Paul Gross, professeur clinique adjoint, Département de la médecine familiale, Faculté de médecine, Université de la Colombie-Britannique
 - v. **Présentation 3 : Comment y arriver? Nouvelles perspectives sur la prévention du suicide chez les hommes gais et bisexuels** par le

Dr Olivier Ferlatte, chercheur-boursier postdoctoral, programme de recherche sur la santé des hommes, Université de la Colombie-Britannique

- vi. **Présentation 4 : Observations aux antipodes – la prévention du suicide chez les hommes en Australie** par Dr Susan Beaton, consultante indépendante en prévention du suicide, Australie

d. **Discussions**

- i. **Compte rendu des discussions en petits groupes** animé par Dr Joy Johnson
 - ii. **Discussion en plénière – prochaines étapes** animé par Dr Joy Johnson
- e. **Mot de la fin** par Dr Joy Johnson

Annexes

- A. Ordre du jour de la séance d'échanges Meilleurs cerveaux, 22 septembre 2016
- B. Notices biographiques des conférenciers et des présentateurs
- C. Liste des participants
- D. Fiche sur les objectifs de la séance d'échanges Meilleurs cerveaux (anglais et français)
- E. Liste de références et de lectures recommandées

1. Sommaire

Le 22 septembre 2016, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), en collaboration avec l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC), la Fondation Movember et le Men's Depression and Suicide Network ¹, ont tenu une séance d'échanges Meilleurs cerveaux (EMC) réunissant des décideurs fédéraux-provinciaux-territoriaux (FPT) ainsi que des chercheurs éminents, des cliniciens, des survivants d'une tentative de suicide ou des personnes endeuillées par le suicide, des organismes non gouvernementaux, des fournisseurs de première ligne et d'autres experts du domaine de la masculinité et de la prévention du suicide chez les hommes. Cette séance d'EMC a permis aux participants de discuter de la façon dont l'utilisation de la recherche et de l'innovation en matière de santé mentale des hommes pourrait être accélérée en cernant les pratiques exemplaires en matière de prévention du suicide et en faisant la promotion de l'utilisation de la recherche et des pratiques fondées sur des données probantes dans l'ensemble du continuum de prévention du suicide. La séance d'EMC a offert une occasion de partenariats continus, de collaboration et d'innovation visant à prévenir le suicide au Canada tout en respectant la diversité culturelle et les communautés touchées par ce problème.

Les participants ont mentionné la nécessité d'établir des politiques fédérales, provinciales, territoriales et régionales au Canada conçues spécialement pour appuyer ou coordonner la recherche liée à l'équité en matière de santé dans le cadre des stratégies de prévention du suicide, particulièrement pour celles qui répondent efficacement aux besoins uniques des hommes et des garçons en général, ainsi que des sous-groupes vulnérables.

La séance d'EMC avait pour objectif :

1. d'explorer comment les gouvernements, les organismes de prévention du suicide ainsi que les fournisseurs de services sociaux et de santé peuvent mieux répondre aux besoins particuliers des hommes par des stratégies de prévention du suicide générales (visant toute la population) et d'autres ciblant certaines sous-populations;
2. de réfléchir aux éléments clés à prendre en compte dans les interventions communautaires de prévention du suicide pour réduire les taux de suicide chez les hommes;
3. de commencer à explorer comment porter à grande échelle et maintenir des interventions efficaces centrées sur les hommes dans divers contextes partout au Canada;
4. de proposer des sujets de recherche futurs liés à la masculinité et à la prévention du suicide chez les hommes.

Pendant la séance de l'avant-midi, les experts ont présenté un aperçu du suicide au Canada, dressé la liste des questions et des défis stratégiques actuels et fait part de leurs expériences ainsi que des données probantes au sujet de ce qui fonctionne à l'égard de la prévention du suicide chez les hommes dans divers contextes canadiens et étrangers. Un aperçu du programme *From Soldiers to Civilians* et du *Dudes Club* a été présenté. La séance de l'après-midi a été consacrée aux discussions de groupe, qui ont mis l'accent sur les exemples canadiens et internationaux des interventions

¹ Les termes et documents de référence en anglais ne sont pas disponibles en français.

communautaires qui se sont avérées efficaces auprès d'autres populations et qui pourraient être adaptées ou appliquées aux interventions axées sur les hommes au Canada. Après l'étude de divers aspects des stratégies de prévention du suicide chez les hommes au Canada et à l'étranger, plusieurs lacunes en matière de prévention et de postvention ont été cernées, notamment :

1. surveillance et capacité de la communauté à déterminer les indicateurs de risque élevé de la dépression ou des tendances suicidaires chez les hommes.
2. échange de renseignements et diffusion des connaissances au sein de la communauté.
3. ressources et outils appuyant l'intervention et le rétablissement des gens, des familles ou de la communauté :
 - a. identification des principaux acteurs et intervenants pouvant guider les communautés.
 - b. possibilités de formation offertes aux fournisseurs de soins de santé, aux premiers répondants, aux communautés et aux autres intervenants (p. ex. Formation sur les premiers soins en santé mentale).
 - c. outils d'évaluation destinés aux communautés afin de surveiller, d'évaluer et de modifier (au besoin) les interventions communautaires.
4. stratégies et lignes directrices fédérales, provinciales et territoriales visant ce qui suit :
 - a. intégration aux cadres stratégiques de la santé, de la dépression et de la prévention du suicide chez les hommes.
 - b. réduction de l'accès aux moyens de mettre fin à ses jours.
 - c. procédures et protocoles de recherche scientifique (y compris des définitions, un langage efficace et adapté à la culture, des messages adaptés aux hommes et le codage des déterminants des pensées suicidaires).
 - d. messages sécuritaires et efficaces, et la promotion des programmes et de la santé mentale chez les hommes.
5. soutien financier et partenariats :
 - a. pour la recherche sur la santé mentale, la dépression et la prévention du suicide chez les hommes.
 - b. pour l'expansion des interventions s'étant avérées efficaces à petite échelle.
6. gestion des données :
 - a. répertoire de données fiables.
 - b. augmentation du nombre d'outils de déclaration des cas de suicide et d'automutilation – déclaration accrue des suicides et des cas d'automutilation par les premiers répondants, etc.
 - c. évaluations systématiques des intervenants en matière de santé mentale, de dépression ou de prévention du suicide ciblant les hommes (y compris le fait de permettre aux communautés d'évaluer leurs propres programmes).
 - d. compilation d'emplacements offrant des programmes de réduction de l'accès aux moyens.
 - e. moyens d'accroître l'accès à l'information aux fins d'échange de renseignements.
 - f. examen éthique (modèles préétablis).

Les discussions tenues lors de la séance d'EMC seront résumées et diffusées aux participants dans le présent rapport. Ce résumé des discussions orientera les activités de l'ASPC en matière de prévention du suicide et des problèmes connexes de santé mentale et de santé des hommes. Par

exemple, des lacunes en matière de recherche cernées pendant la séance d'EMC orienteront le projet d'établissement des priorités de recherche en prévention du suicide réalisé par l'ASPC et la CSMC, ainsi que les activités en cours qui appuient l'échange de données probantes et de pratiques exemplaires. En plus de présenter des résultats immédiats, qui sont décrits dans la [présentation du contexte](#), la séance d'EMC vise à orienter les politiques et les [processus législatifs](#) en matière de santé mentale qui comprennent la considération liée au sexe. Cet événement vise également à orienter le travail des divers groupes gouvernementaux qui s'attaquent aux problèmes de santé mentale en sensibilisant la population à l'incidence des masculinités sur les comportements et les attitudes des hommes et souligne les besoins propres aux garçons et aux hommes. Cet événement important devrait également promouvoir l'inclusion des questions en matière de santé des hommes dans les discussions décisionnelles.

2. Aperçu de la séance d'échange Meilleurs cerveaux

a. Aperçu du programme d'échanges Meilleurs cerveaux

Le mandat des IRSC comprend la production de nouvelles connaissances scientifiques et l'application de ces connaissances à l'amélioration de la santé, ainsi que du système de santé du Canada. Les échanges Meilleurs cerveaux sont des réunions à huis clos d'une journée qui mettent l'accent sur les questions stratégiques cernées par le Ministère et le portefeuille de la Santé. Les chercheurs et les experts de la mise en œuvre sont invités aux séances d'EMC afin d'échanger des données de recherche accessibles, opportunes et de grande qualité et de discuter avec les décideurs et les intervenants pertinents. Le programme d'échanges Meilleurs cerveaux repose sur la méthode du dialogue délibératif, qui n'a pas pour objectif immédiat de trouver une solution à une question stratégique, mais plutôt d'établir des mesures et des recommandations destinées à faire avancer une question stratégique.

b. Renseignements généraux

En moyenne, plus de dix Canadiens se suicident chaque jour. En 2012, 3 926 Canadiens se sont suicidés. Au Canada, le taux de décès par suicide est trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Parmi ces hommes, des sous-groupes affichent des taux de suicide démesurément élevés. Le suicide est un important enjeu de santé chez les hommes; pourtant, cela n'est pas souvent reconnu publiquement et ciblé par des actions. Pour lutter efficacement contre le suicide chez les hommes au Canada, tous les paliers de gouvernement, les organismes non gouvernementaux, les fournisseurs de services sociaux et de santé, les chercheurs et les personnes ayant un vécu pertinent doivent travailler ensemble pour remédier à cette situation par des stratégies de prévention du suicide efficaces pour les hommes. Ces stratégies doivent s'adapter aux besoins uniques des hommes en général et des sous-groupes d'hommes vulnérables.

c. Contexte

Le gouvernement du Canada reconnaît que le suicide est un problème de santé publique qui touche des personnes de tous âges et de tous les milieux. Ses effets sur les familles et les communautés sont dévastateurs. Pour lutter contre ce problème, l'Agence de la santé publique du Canada a dirigé l'élaboration du [Cadre fédéral de prévention du suicide](#) en collaboration avec des intervenants de prévention du suicide dans l'ensemble du Canada. Ce cadre vise à prévenir le suicide au Canada par

l'entremise de partenariats, de collaborations et d'innovations qui respectent la diversité culturelle et les communautés touchées par ce problème.

Le gouvernement du Canada fournit ou finance des services de santé mentale au personnel des Forces armées canadiennes, aux anciens combattants, aux membres actuels et aux anciens membres de la Gendarmerie royale du Canada, aux membres des Premières Nations et aux Inuits ainsi qu'aux détenus des pénitenciers fédéraux. Le gouvernement fédéral investit également dans la recherche et les programmes axés sur la prévention du suicide et le mieux-être mental psychologique dans les communautés, particulièrement chez les populations plus vulnérables.

Le gouvernement fédéral a également renouvelé un engagement fédéral antérieur (datant de 1995) visant à promouvoir l'égalité entre les sexes en intégrant officiellement une analyse comparative entre les sexes (ACS) à l'ensemble des politiques, des programmes et des études. Par conséquent, le portefeuille de la Santé a renouvelé sa politique relative à l'analyse comparative fondée sur le sexe et le genre en 2015. De plus, le vérificateur général a récemment publié un rapport sur la mise en œuvre de l'ACS, laquelle préconise une surveillance plus étroite des progrès de chaque ministère en ce qui a trait à l'ACS. Le Bureau du Conseil privé s'est également engagé à élaborer une liste de contrôle couvrant toutes les considérations entourant les politiques, y compris le sexe et d'autres priorités sociales, économiques et démographiques.

d. Objectifs de la séance d'échanges Meilleurs cerveaux

La séance d'EMC a permis aux participants :

1. d'explorer comment les gouvernements, les organismes de prévention du suicide ainsi que les fournisseurs de services sociaux et de santé peuvent mieux répondre aux besoins particuliers des hommes par des stratégies de prévention du suicide générales (visant toute la population) et d'autres ciblant certaines sous-populations;
2. de réfléchir aux éléments clés à prendre en compte dans les interventions communautaires de prévention du suicide pour réduire les taux de suicide chez les hommes;
3. de commencer à explorer comment porter à grande échelle et maintenir des interventions efficaces centrées sur les hommes dans divers contextes partout au Canada;
4. de proposer des sujets de recherche futurs liés à la masculinité et à la prévention du suicide chez les hommes.

e. Liste des participants

La séance d'EMC a été organisée par les IRSC en collaboration avec l'ASPC, la CSMC, la Fondation Movember et le Men's Depression and Suicide Network afin de réunir des décideurs FPT, des chercheurs nationaux et internationaux, des cliniciens, des survivants d'une tentative de suicide ou des personnes endeuillées par le suicide, des professionnels en prévention du suicide et d'autres intervenants clés (consulter l'annexe C pour voir la liste des participants).

f. Format de la séance d'échanges Meilleurs cerveaux

La séance d'EMC a été organisée afin d'encourager une participation active de la part des participants tout au long de la journée. L'avant-midi a été consacré aux présentations soulignant le rôle de la recherche en santé publique au sein des stratégies de prévention du suicide ciblant les hommes ainsi qu'à l'étude des politiques et des interventions canadiennes et étrangères en la matière.

Une période de questions était également à l'ordre du jour. La séance de l'après-midi a été consacrée aux discussions de groupe, qui ont mis l'accent sur la recherche future et les recommandations en matière d'interventions de prévention du suicide chez les hommes ciblant divers sous-groupes au Canada.

3. Sommaire de la séance d'échanges Meilleurs cerveaux

a. Mot de bienvenue par Dr Joy Johnson, vice-présidente à la recherche, Université Simon Fraser

Au nom du comité organisateur, Dr Johnson a souhaité la bienvenue aux participants. Un aperçu du programme et des objectifs des EMC a été présenté et on a rappelé que la séance d'EMC ne vise pas à trouver une solution immédiate aux problèmes en matière de politiques et de programmes. L'objectif est plutôt de réunir des décideurs, des chercheurs et des personnes touchées par le suicide chez les hommes afin d'échanger des données probantes sur les hommes et les sous-groupes d'hommes vulnérables et de réfléchir en profondeur aux politiques et aux programmes en matière de prévention du suicide chez les hommes.

b. Présentations, aperçu de la journée et examen des objectifs animé par Dr Joy Johnson

Après un rapide tour de table pendant lequel les participants se sont présentés et ont présenté leur organisme respectif, Dr Johnson a dressé la liste des activités de la journée. Elle a encouragé la tenue de discussions permettant d'atteindre les objectifs de l'EMC (voir la section 2d. Objectifs de la séance d'échanges Meilleurs cerveaux). On a rappelé aux participants que la séance était à huis clos et qu'aucun participant ne devait être cité à l'extérieur de la réunion afin que chacun soit à l'aise de faire part de son point de vue.

c. Présentations

- i. **Mise en situation : Aperçu du suicide au Canada et explication des enjeux/défis actuels** par Mme Marie-Pierre Jackson, directrice, Division de la promotion et de l'innovation en matière de santé de la population, Agence de la santé publique du Canada; Mme Isabel Giardino, gestionnaire, Division de la promotion et de l'innovation en matière de santé de la population, Agence de la santé publique du Canada; Ed Mantler, vice-président, Programmes et priorités, Commission de la santé mentale du Canada et Paul Villanti, directeur général, Fondation Movember

Mme Marie-Pierre Jackson a amorcé la présentation au nom de l'ASPC. Elle a exposé brièvement la situation relative au suicide au Canada et présenté un survol des taux de suicide et des facteurs de risque et de protection associés au suicide, ainsi que des populations vulnérables au Canada. Environ 4 000 Canadiens se suicident chaque année, sans compter le nombre de tentatives de suicide, qui est

beaucoup plus élevé. Le suicide a des effets dévastateurs : de sept à dix personnes au moins sont touchées par chaque perte.

Le suicide est un problème important qui peut survenir à tous les stades de la vie. Il touche des gens de tous les âges et de tous les milieux, sans égard au sexe ou au statut socioéconomique. Chez les jeunes (de 10 à 19 ans) et les jeunes adultes (de 20 à 29 ans), le suicide représente la deuxième cause de décès en importance. Les pensées et les comportements suicidaires sont présents de façon disproportionnée chez les jeunes LGBTQ. Chez les adultes, trois suicides sur quatre sont commis par des hommes; on observe le plus haut taux de suicide chez les hommes d'âge moyen (de 45 à 59 ans). Chez les aînés (65 ans et plus), les hommes représentent 80 % des cas de suicide. D'autres segments de la société affichent des taux particulièrement élevés, notamment certaines collectivités métisses et des Premières Nations, toutes les régions inuites, les détenus des pénitenciers fédéraux, les survivants d'une tentative de suicide et les personnes endeuillées par le suicide.

Madame Jackson a invité ensuite Mme Isabel Giardino, gestionnaire de la Division de la promotion et de l'innovation en matière de santé de la population de l'ASPC, à présenter certaines initiatives fédérales en matière de prévention du suicide et à aborder des questions d'actualité sur le sujet. Mme Giardino a mentionné que le risque de suicide peut être réduit en favorisant la résilience grâce au renforcement des facteurs de protection et de l'estime de soi, à l'établissement de relations saines, à l'identité culturelle et à l'apprentissage, ainsi qu'en étant capable d'appliquer des stratégies d'adaptation et des techniques de résolution de problèmes. L'ASPC collabore avec la CSMC et d'autres intervenants clés afin de dégager, d'organiser et de présenter des données sur les résultats en matière de santé mentale et les facteurs de risque et de protection connexes.

Certains comportements et certaines expériences sont associés à une santé mentale positive, comme la pratique d'activité physique et le respect des directives de consommation d'alcool à faible risque. L'entretien de saines relations familiales et le sentiment d'appartenance à une collectivité constituent un fondement important de la santé mentale. Sur le plan sociétal, des facteurs comme la discrimination et la stigmatisation sont associés à une diminution de la santé mentale. Même si l'isolement social est un important facteur de risque de suicide, le soutien social aide à améliorer la résilience et favorise une santé mentale positive. Les adultes qui se sentent aimés et appréciés et qui bénéficient du soutien de leur famille, d'amis, de voisins, de collègues ou d'autres membres de la collectivité en cas de besoin sont plus susceptibles d'affirmer qu'ils sont heureux, qu'ils jouissent d'un grand bien-être psychologique et qu'ils ont un niveau élevé de satisfaction à l'égard de la vie, un fort sentiment d'appartenance et une « très bonne » ou une « excellence » santé mentale.

Le gouvernement du Canada [joue un rôle important](#) dans la prévention du suicide en finançant des programmes destinés à améliorer la santé mentale et le bien-être et à prévenir le suicide, en effectuant une surveillance du suicide ainsi qu'en menant et en finançant de la recherche pour mieux

comprendre le suicide. Le gouvernement fédéral finance aussi certains services de santé mentale destinés à des groupes particuliers, dont les Autochtones vivant dans des réserves ou dans des collectivités inuites, les membres actifs des Forces armées canadiennes, les anciens combattants, les membres actuels et les anciens membres de la Gendarmerie royale du Canada, les nouveaux arrivants et les détenus des pénitenciers fédéraux. Les activités fédérales en santé publique visent les populations les plus vulnérables et sont axées sur les différents groupes d'âge et les différentes périodes de la vie. L'ASPC s'emploie à promouvoir la santé mentale et le bien-être en appuyant des programmes qui visent à accroître la résilience des personnes et des collectivités pour les aider à surmonter l'adversité. Voici quelques exemples d'activités menées par l'ASPC : la [Stratégie d'innovation](#), le [Cadre fédéral de prévention du suicide](#), l'établissement d'un programme de recherche sur la prévention du suicide et la collecte de données sur la santé mentale et la santé émotionnelle des jeunes dans le cadre de l'Enquête sur les comportements liés à la santé des enfants d'âge scolaire. Dans le contexte du Cadre fédéral de prévention du suicide, le gouvernement fédéral prend certaines mesures à l'égard des objectifs qui y sont énoncés afin 1) de réduire la stigmatisation et de sensibiliser la population; 2) de mettre à la disposition de tous les Canadiens de l'information et des ressources sur le suicide et les façons de le prévenir; 3) d'encourager l'utilisation de la recherche et des pratiques exemplaires.

L'ASPC et la CSMC ont lancé un projet ayant pour but de déterminer des priorités de recherche pour le Canada afin de répondre aux besoins des collectivités, des intervenants de première ligne et des décideurs ainsi que de favoriser l'utilisation des connaissances, en particulier au sein des populations ayant des taux élevés de suicide. L'obtention de renseignements de sources fiables et variées est essentielle pour mieux comprendre la problématique et aider à prévenir le suicide. Ainsi, l'ASPC met en commun l'information et l'expertise au sein des ministères fédéraux relativement aux données de surveillance du suicide. L'ASPC collabore aussi avec des ministères fédéraux qui offrent des services à des populations particulières, qui recueillent des données sur le suicide et qui mènent des travaux de recherche sur la santé mentale et la prévention du suicide. L'ASPC étudie actuellement des activités qui permettraient d'améliorer le système de surveillance du suicide afin de favoriser la qualité des données et leur obtention en temps opportuns, d'optimiser l'utilisation des données en établissant des liens entre celles-ci et de promouvoir le recours aux réseaux et aux sources de données émergentes. La *Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)* des États-Unis, l'ASPC et la CSMC organisent conjointement une série de webinaires sur la promotion de modèles exhaustifs de prévention communautaire du suicide. Ces webinaires visent à faire connaître des modèles de prévention fondés sur les meilleures données disponibles et s'inspirant d'expériences recensées partout dans le monde. Ils s'appuient sur la séance de jumelage organisée par l'[International Initiative for Mental Health Leadership \(IIMHL\)](#) en 2015 sur le thème de l'[action communautaire pour prévenir le suicide](#). Plusieurs besoins ont été soulevés dans le cadre de cette séance, dont celui de transmettre les conclusions de la rencontre à d'autres intervenants internationaux qui s'intéressent à la prévention du suicide et celui d'élaborer un plan d'action

communautaire pour prévenir le suicide. L'IIMHL est un partenariat international unique en son genre qui met l'accent sur l'amélioration des services de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies. Cette initiative regroupe huit pays : l'Australie, l'Angleterre, le Canada, la Nouvelle-Zélande, l'Irlande, l'Écosse, les États-Unis et la Suède.

Pour conclure sa présentation, Mme Giardino a soulevé plusieurs questions de fond à débattre ou à garder à l'esprit au cours de la journée, dont les suivantes : 1) Quelles sont les pratiques exemplaires ou prometteuses en matière de prévention du suicide? 2) Comment pouvons-nous améliorer la compréhension et l'utilisation d'approches fondées sur des données probantes pour la prévention du suicide? 3) Quels sont les facteurs de protection contre le suicide au cours de la vie? 4) Comment pouvons-nous approfondir notre compréhension de la recherche aux échelles nationale, provinciale, territoriale et régionale?

À la suite de la présentation de l'ASPC, M. Ed Mantler a été invité à présenter les travaux de la CSMC. M. Mantler a relaté tout d'abord son expérience du suicide et le cas de David, un ancien collègue à un hôpital canadien spécialisé en santé mentale qui s'est suicidé. Cette histoire a fait ressortir les profondes répercussions personnelles de cette perte sur lui. Ce cas démontre que malgré l'efficacité de certaines interventions en matière de prévention du suicide, il subsiste des lacunes au sein du système et davantage d'efforts doivent être faits pour les combler. En 2015, un groupe dirigé par la CSMC a mis au point diverses interventions communautaires pour prévenir le suicide au Canada. Cette approche communautaire vise à sensibiliser davantage les citoyens, à accroître la capacité d'intervention des intervenants et à déterminer les facteurs de risque propres aux collectivités. L'approche a porté ses fruits auprès des populations vulnérables, en particulier les hommes d'âge moyen.

M. Mantler a indiqué qu'il est important que les intervenants s'engagent à appuyer les interventions qui sont efficaces et le travail des collectivités qui sont confrontées à des taux de suicide plus élevés. La séance d'échanges Meilleurs cerveaux était une occasion de mieux comprendre le problème au Canada en mobilisant les représentants gouvernementaux, les décideurs, les dirigeants communautaires et d'autres intervenants et en déterminant les programmes qui sont efficaces et ceux qui pourraient être menés sur une plus grande échelle.

Dr Johnson a remercié M. Mantler pour son touchant discours et a invité M. Paul Villanti à prendre la parole au nom de la Fondation Movember, un organisme caritatif voué à la santé des hommes qui a vu le jour en Australie en 2003. La Fondation Movember contribue activement à la recherche sur le cancer de la prostate et s'attaque aux problèmes de santé mentale depuis 2006. La Fondation a commencé à investir dans des initiatives pour la santé des hommes au Canada en 2013. Elle joue un rôle de catalyseur et de bailleur de fonds afin de veiller à ce que les programmes qui sont viables et adaptables reçoivent du financement. La Fondation investit dans de nouvelles idées à haut risque

axées sur la prévention et l'intervention précoce qui sont susceptibles d'être appliquées à différents systèmes. Cela représente tout un défi, puisque très peu des mécanismes en place permettent aux idées financées de franchir le cap suivant (développement à plus grande échelle).

La Fondation a constaté des tendances dans la recherche sur la santé mentale chez les hommes, par exemple que les connaissances sur le sujet sont acquises en vase clos, ce qui complique la tâche de déterminer quels programmes sont efficaces et engendre une quantité importante de recherches menées en double. En vue de combler cette lacune, la Fondation étudie l'expérience des hommes en lien avec le suicide et la maladie mentale, de même que le recours aux services de santé mentale. La Fondation a recueilli des éléments suggérant que les hommes ont de la difficulté à gérer les périodes de transition dans leur vie et cherche à trouver des moyens de permettre aux hommes d'acquérir les compétences nécessaires à cette fin. Dans l'ensemble, la Fondation est d'avis que les interventions doivent être axées sur les hommes, car en plus de gérer différemment les problèmes et les étapes de la vie, les hommes et les femmes n'utilisent pas les services de santé de la même manière. Les aspects logistiques des interventions doivent tenir compte de la spécificité des sexes. Par exemple, les caractères spécifiques au sexe masculin doivent être pris en considération dans le choix du langage pour la promotion et la mise en œuvre des interventions en santé mentale. Il est recommandé d'éviter les termes suggérant la vulnérabilité, comme le mot « aide ». L'orientation vers l'action et le sentiment de maîtrise sont perçus comme étant plus masculins et sont plus souvent associés aux hommes lors du recours à des services de santé mentale. La Fondation trouve en outre qu'il est important que les services communautaires de santé mentale soient facilement accessibles aux hommes (par exemple, action éducative au moyen de programmes en milieu de travail et en ligne, et non dans des milieux de soins).

Avant de terminer sa présentation par une courte vidéo qui a été présentée lors de la Journée mondiale de prévention du suicide, M. Villanti a mentionné l'importance de valoriser les aspects positifs de la masculinité et d'en tirer parti. La séance d'échanges Meilleurs cerveaux a offert une excellente occasion de trouver des façons de mettre à profit la santé mentale positive et les points forts pour favoriser l'adoption de comportements plus sains.

- ii. **Mise en situation : Situer les masculinités dans le contexte du suicide chez les hommes et des programmes de prévention ciblés** par Dr John Oliffe, École des sciences infirmières, Université de la Colombie-Britannique, et fondateur et chercheur principal, Men's Health Research Program; Dr John Ogrodniczuk, Département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique, et coresponsable, Men's Depression and Suicide Network

Dr John Oliffe a situé la masculinité dans la discussion sur la prévention du suicide au Canada. Plutôt que d'envisager la prévention du suicide sous l'angle de l'égalité entre les sexes, Dr Oliffe a

suggère de la considérer comme une question qui touche la santé des hommes. Les chercheurs du domaine de la santé mentale devraient étudier les comportements adoptés par les hommes pour éviter le suicide. Lors d'une récente intervention du *Men's Health Research Program*, les hommes ont relaté des expériences variées : traumatisme, intériorité et isolement. Les séries d'abandons et la profondeur du traumatisme ont une incidence sur les mesures prises par les hommes pour gérer leur blessure. Le fait d'intérioriser la blessure permet aux hommes de réfléchir à l'abandon et de trouver des façons de composer avec la situation. Ils sont susceptibles de tenter de se suicider, lorsqu'ils ont perdu tout espoir et qu'ils ne voient aucun moyen de se sortir de leur dépression. Malgré le sentiment d'isolement et l'incapacité à s'autogérer pendant ces périodes éprouvantes, un grand nombre des participants au programme de recherche étaient pour la plupart bien entourés et avaient un emploi et un cercle social. Dr Oliffe a souligné l'importance de mettre sur pied des programmes communautaires pour offrir le soutien nécessaire afin de réduire le sentiment d'isolement social et d'inviter les hommes à discuter en groupe des difficultés rencontrées dans les moments difficiles.

L'épidémiologie du suicide est un point important à considérer. Il est essentiel d'établir une base de référence puisque le suicide est sous-déclaré. Cette séance d'échanges Meilleurs cerveaux a été une occasion de réfléchir aux particularités de certains groupes d'hommes afin de donner vie à des principes en matière de prévention du suicide qui peuvent paraître intéressants pour tous les hommes.

Pour faire suite à la présentation de Dr Oliffe, le Dr John Ogradniczuk a parlé de l'incohérence entre les faibles taux de dépression et les taux élevés de suicide chez les hommes, mettant en évidence la difficulté de s'attaquer à cette incohérence et aux cheminements menant à l'automutilation et au suicide. Il est difficile d'assurer une surveillance systématique des risques et des indicateurs de dépression chez les hommes, car ces derniers expriment leur détresse de diverses façons. Cette pluralité chez les hommes présentant un risque élevé de dépression montre qu'il est essentiel de faire participer ces groupes à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des solutions. Le Dr Ogradniczuk a mentionné que le site Web www.headsupguys.org est un bon exemple de service anonyme accessible à tous les hommes qui sert d'intermédiaire pour accroître la capacité d'autogestion et améliorer les connaissances en santé des hommes. Ce site aborde deux grands problèmes touchant les hommes : l'autostigmatisation (les problèmes de santé mentale sont perçus comme une faiblesse) et les connaissances limitées sur la dépression chez les hommes.

Une période de discussion a suivie sur les thèmes suivants :

Postvention – les participants ont souligné l'importance d'intégrer la notion de postvention (notamment le deuil et les solutions pour les personnes endeuillées) dans le cercle de la prévention du suicide, car la situation des hommes est très différente de celle vécue par les femmes.

Modèle de prévention des blessures – Le modèle présenté par le Dr Oliffe était une approche qui vise à adapter au milieu communautaire des solutions provenant d'un contexte médicalisé et de traitement clinique. On note que le modèle de prévention du suicide suit le modèle de prévention des maladies infectieuses, en ce sens qu'il vise à protéger les gens contre le suicide. Certains participants ont fait remarquer qu'ils souhaitaient un passage au modèle de prévention des blessures, dans lequel le suicide serait présenté de la même manière que les maladies chroniques, en mettant l'accent sur les différentes périodes de la vie, en commençant par l'enfance, et sur les facteurs de protection. Le cas échéant, les sciences de la réhabilitation devront être prises en compte dans les solutions – les médecins devront traiter les cas dans une optique non seulement de réparation, mais de gestion de la vie après la blessure. Pour que cela fonctionne, la relation entre les déterminants médicaux et sociaux du suicide et la santé des hommes doit être examinée plus en profondeur, surtout chez les peuples autochtones et au sein des populations vulnérables qui sont exposées à des risques plus élevés.

Réflexion sur le genre et la masculinité – Les participants ont souligné le besoin de se concentrer sur l'évolution de notre conception du genre et des idées socialement acceptables sur le sujet. Ils ont discuté de la façon dont les solutions peuvent cibler les hommes sans pour autant être perçues comme une exclusion sociale des femmes. Les participants ont mentionné aussi la nécessité d'établir des messages clairs et responsables et de favoriser la santé des hommes sans s'aventurer du côté des droits des hommes, qui peut attribuer au féminisme la mauvaise santé des hommes et les obstacles à l'accès de ces derniers aux services. Un participant a fait remarquer qu'il faut voir là une discussion sur les différences entre les hommes et les modes d'expression variés de ceux-ci. Les participants ont convenu de l'importance, lors de la conception des interventions, de tenir compte du fait que la masculinité peut s'exprimer de diverses façons; certains hommes veulent se conformer aux normes sexuelles traditionnelles alors que d'autres choisissent de s'y opposer ouvertement.

Langage et terminologie – Selon les participants, la définition de la masculinité et d'une terminologie propre aux hommes, de même que l'utilisation d'un langage clair ou de métaphores qui s'appliquent à différentes sous-populations d'hommes, représentent des éléments essentiels de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation de programmes de prévention du suicide chez les hommes.

Accès aux soins – Un participant a rappelé au groupe que chaque cas de dépression et de suicide est unique. Il est donc difficile de comprendre la réalité de ces hommes en tant qu'individus et leur expérience personnelle de la dépression. Il est aussi mentionné que plus de la moitié des membres actifs des Forces canadiennes qui se sont suicidés recevaient des soins, ce qui montre le besoin de bien comprendre les problèmes et de les gérer dans le cadre des interventions, notamment

- 1) pourquoi les personnes prises en charge ont-elles vu le suicide comme une option? et 2) pourquoi la moitié de ces militaires ne recevaient-ils pas de soins?

Amener les interventions aux hommes – Prenant appui sur la présentation du Dr Ogrodniczuk, un participant a attiré l'attention sur le potentiel des interventions qui offrent des solutions aux hommes. On a fait remarquer que la plupart des hommes adoptent une attitude « attentiste ». Par ailleurs, les interventions axées sur les hommes ne devraient pas être présentées comme de la « psychothérapie » (ou encore du soutien par les pairs ou une thérapie de groupe), car l'emploi de ces termes pourrait dissuader certains hommes de participer. Une fois inscrits à un programme, toutefois, les hommes apprécient ce type d'activités et en retirent des avantages. Ce point a été soulevé par d'autres participants au cours de la journée. Des outils comme la réalité virtuelle et des solutions Web ont le potentiel d'avoir une grande portée et une incidence considérable. Cependant, les interventions en personne se sont avérées efficaces dans le domaine de la prévention du suicide chez les hommes au Canada.

iii. Présentation n° 1 : Approches thérapeutiques de groupe axées sur l'action pour travailler auprès d'une clientèle masculine par Dr Marvin Westwood, psychologie du counseling, Université de la Colombie-Britannique

Dans sa présentation intitulée *From Soldiers to Civilians* (de soldats à civils), Dr Marvin Westwood a décrit un modèle de groupe efficace pour le changement comportemental chez les hommes. Faisant le même constat que les participants qui ont pris part aux discussions après les présentations de mise en situation, Dr Westwood a confirmé qu'il a pu observer, dans sa pratique clinique et ses recherches, que les facteurs liés au sexe jouent un rôle essentiel tant dans la souffrance vécue par les hommes que dans leur guérison. Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et les traumatismes sont vécus différemment selon le sexe. Il a mentionné également que les comportements de recherche d'aide sont eux aussi grandement influencés par le sexe et ancrés dans les normes qui régissent les rôles sexuels classiques. Les hommes qui s'écartent peu des normes sexuelles ont moins tendance à suivre une thérapie, et sont plus susceptibles d'abandonner rapidement le cas échéant. Seulement un homme sur sept va demander de l'aide, tandis que ce ratio est de un sur trois chez les femmes. Parmi les qualités et les caractéristiques des hommes qui sont socialisés de manière classique, on trouve la ténacité, l'intensité, la force, la compétition, la discipline, le courage, le sacrifice et l'agressivité. La réification de la masculinité met en cause un idéal hégémonique qui, s'il n'est pas atteint, laisse place à l'abjection. Celle-ci fait naître chez les hommes le sentiment qu'ils ne possèdent pas les qualités liées à la masculinité, ce qui entraîne la honte, le silence et l'isolement. Cela est souvent associé à une forte stigmatisation auto-perçue. Il est alors difficile pour les hommes de concilier la perception qu'ils avaient d'eux-mêmes – c'est-à-dire une personne qui aide les autres – et l'homme qu'ils sont vraiment – c'est-à-dire une personne qui demande l'aide d'une autre.

Le conflit personnel entre l'idéal hégémonique et l'abjection est souvent observé chez les hommes qui souffrent du SSPT et de dépression. Ces hommes se sentent souvent impuissants, désespérés, submergés par leurs émotions et léthargiques ou surexcités lorsqu'ils ne réussissent pas à maîtriser

leur environnement, leurs pensées, leurs émotions et leur corps, ce qui est contraire aux normes sexuelles masculines classiques. Il y a une association négative entre l'abjection et les services de santé mentale qui sont offerts pour aider les hommes qui souffrent de SSPT et de dépression.

La prise en compte du sexe est essentielle au succès des programmes de prévention du suicide destinés aux hommes, tel que le [Programme de transition des vétérans \(PTV\)](#), et on doit commencer en insistant sur les forces afin d'établir la sécurité culturelle et la cohésion sociale, sur la mise à profit des valeurs pertinentes liées au sexe, sur le langage et les métaphores et sur la combinaison du dialogue et de l'action. Ensemble, les hommes apprennent à mettre en pratique la technique CPR dans leurs relations interpersonnelles : **Clarifier** le récit en écoutant avec attention et curiosité puis en validant ce que l'on croit avoir compris, **Paraphraser** et parler d'une incidence et d'un contenu personnels et probables, et résister de manière **Respectueuse** à l'envie de donner des conseils ou de détourner la conversation vers soi.

En théorie, la participation à une thérapie suppose la réécriture des normes sociales masculines pour y inclure le recours à l'aide et une gamme plus vaste d'émotions en guise de symboles de la fierté masculine. Dans le cadre du PTV, il a eu de la difficulté à recruter des participants au début de l'étude. Mais quand le programme a commencé, il y a eu un effet boule de neige, car les participants ont recruté d'autres anciens combattants. Les soldats ont auditionné et ont été choisis pour jouer dans une pièce de théâtre qu'ils allaient eux-mêmes écrire. L'archétype du soldat est difficile, et en jouant la comédie, en s'exprimant en public et en tenant un rôle, les participants ont des interactions sociales qui jettent un éclairage nouveau sur leur place dans leur communauté.

Les bienfaits thérapeutiques de l'intégration des soldats à une sphère sociale sont importants, ce qui démontre que lorsque les conditions sont propices à leur participation, les hommes iront en profondeur et travailleront fort pour que la thérapie soit efficace. Plus de 79 % des soldats inscrits au PTV qui ont dit avoir fréquemment des pensées suicidaires au départ n'avaient plus fréquemment de telles pensées 18 mois plus tard lors du suivi. De plus, le nombre d'anciens combattants qui n'avaient pas de pensées suicidaires a augmenté de 62 % entre le début du Programme et le suivi après 18 mois. Au cours de la même période, le nombre de participants signalant une dépression sévère a diminué de 65,2 %. Ces données montrent que la thérapie de groupe dite « créative » peut être efficace en permettant à des hommes de s'entraider, une approche dont l'efficacité a été prouvée dans des programmes similaires auprès d'hommes dans la population civile à différentes étapes de la vie.

Après la présentation de Dr Westwood, on a invité les participants à prendre part à des discussions. La majeure partie des discussions ont porté sur la façon dont des programmes comme le PTV réussissent à réduire la stigmatisation liée à la non-conformité aux normes de masculinité classiques. Les programmes comme le PTV utilisent un processus axé sur l'action plutôt que sur la parole, ce qui convient mieux aux hommes. Le Programme est dès le départ axé sur la participation physique, par le théâtre et les jeux de rôle par exemple, plutôt que sur le dialogue. Cette formule permet aux

soldats de développer la capacité de s'exprimer et de partager leurs expériences. La honte empêche souvent les soldats de s'ouvrir, mais le groupe permet au soldat de sortir de cet état.

iv. Présentation n° 2 : Le DUDES Club : Un modèle novateur pour la promotion de la santé des hommes autochtones par le Dr Paul Gross, professeur clinique adjoint, Département de médecine familiale, Faculté de médecine, Université de la Colombie-Britannique

Le [DUDES Club](#) a été créé en 2010 par la Vancouver Native Health Society (VNHS). Le DUDES Club est un modèle novateur de promotion de la santé chez les hommes autochtones visant à bâtir une solidarité et une fraternité entre les membres du groupe, à promouvoir la santé des hommes par la formation, le dialogue et les cliniques de dépistage, et à redonner aux hommes un sentiment de fierté, d'utilité et d'accomplissement dans leur vie. À Vancouver, un groupe de 50 à 60 hommes se sont réunis deux fois par semaine pour prendre part à des activités organisées, comme partager un repas, se faire couper les cheveux, jouer au poker et au bingo, faire des paris sur le hockey, raconter des histoires, naviguer sur Internet et regarder des événements sportifs à la télévision. L'ainé de la nation Musqueam, Henry Charles, a présenté des mots d'ouverture et de fermeture à chaque réunion. Une infirmière en santé publique, un conseiller clinique et un travailleur social étaient aussi sur place et participaient aux discussions sur la santé des hommes.

Le deuxième projet du Men's Depression & Suicide Network (MD&S-Net) comprenait trois phases : 1) une évaluation du DUDES Club de Vancouver; 2) le soutien à l'établissement de sites pilotes dans le Nord de la Colombie-Britannique; 3) la mise au point d'une trousse d'outils en ligne. Le projet a été conçu selon une approche participative/collaborative utilisant des méthodes mixtes et un cadre d'évaluation de modèle logique. Les participants du Dudes Club étaient en moyenne âgés de 46,8 ans, et 77,3 % étaient âgés de plus de 40 ans. L'évaluation du programme a révélé que 64 % des participants avaient connu des conditions de logement instables au cours du mois précédent, que 56 % n'avaient pas eu d'emploi au cours des six mois précédents et que 40 % font plus de 10 heures de bénévolat par semaine. Seulement 11,4 % des participants étaient mariés. Plus de 58 % avaient des enfants, mais seulement 4,5 % d'entre eux vivaient actuellement avec leurs enfants dans le même logement.

Dans l'ensemble, la grande majorité des participants du DUDES Club se disent satisfaits ou très satisfaits du programme (97,3 %) et sont d'avis que c'est un milieu très sécuritaire pour se rencontrer et raconter ses expériences (74 %). Les présentations sur le thème de la santé ont été jugées utiles ou très utiles par 92 % des hommes. On a constaté que les hommes qui visitaient régulièrement le Club avaient une meilleure qualité de vie, constataient des bienfaits sur le plan de la santé mentale et avaient confiance en leur santé. Les bienfaits particuliers découlant des visites au DUDES Club, comprennent une plus grande confiance à l'égard des autres, un soutien social et des pairs accru et une connexion avec le patrimoine et la culture.

Le succès du DUDES Club commence par les relations interpersonnelles et l'importance donnée au rôle des aînés, par le renforcement de la confiance et par la sécurité culturelle. Ce programme est conçu de manière à aplanir la hiérarchie du modèle médical classique, et les fournisseurs de soins de santé qui y participent cultivent la compétence et la sécurité culturelles, savent comment établir des liens avec les hommes et aident les clients à naviguer dans le système de santé. Le programme est dirigé par la communauté et fait ressortir l'importance des pairs-champions. Il inverse aussi le paradigme de l'accessibilité et de la demande d'aide, en créant sur le territoire des refuges et des activités qui ne sont pas menaçantes, tout en mettant à contribution les communautés autochtones. Le rajustement des paramètres d'évaluation doit être continu et axé sur le maintien d'un programme durable, pouvant être adapté aux générations futures.

À la suite de la présentation du Dr Gross, les participants ont souligné certains points importants liés aux politiques et aux programmes :

Financement – En général, les participants sont d'avis que davantage de financement consacré à la santé mentale des garçons et à la santé des hommes est nécessaire afin d'offrir des programmes efficaces de manière durable.

Approche communautaire – Un participant a rappelé au groupe que la camaraderie et l'approche communautaire sont essentielles si l'on veut que les gens aient confiance dans les programmes et s'y sentent en sécurité. C'est pourquoi les programmes doivent être dirigés par la communauté. L'appui de la communauté et des principaux intervenants est aussi essentiel. Lorsque les communautés sont intéressées par le programme ou le modèle qui leur est proposé, et qu'elles constatent à quel point la santé des hommes a été négligée, elles peuvent exploiter leurs forces et décider des mesures à prendre, en choisissant celles qui correspondent le mieux à leurs besoins.

Comblent l'écart – Les participants ont identifié un fossé entre le système de santé « médicalisé » officiel et les programmes communautaires de prévention du suicide et de postvention. Ils sont d'avis qu'il faudrait combler l'écart afin que les services de santé et les services communautaires ne fonctionnent plus indépendamment les uns des autres. En effet, lorsqu'ils obtiennent leur congé de l'hôpital, les survivants d'une tentative de suicide – de même que leur famille, leurs amis, leurs collègues et toutes les personnes touchées par la tentative – devraient être orientés vers les programmes de soutien offerts dans la communauté.

S'adresser à toutes les tranches d'âge – On a souligné que toutes les interventions devraient cibler les populations autochtones en milieu rural et en milieu urbain et s'adresser tant aux jeunes qu'aux hommes plus âgés. Au DUDES Club de Vancouver par exemple, les aînés recrutent les jeunes et les encouragent à participer. Une lacune n'en demeure pas moins au niveau des jeunes, en particulier dans l'offre de programmes axés sur cette clientèle et combinant des formes d'art moderne exécutées par des techniques traditionnelles. Par ailleurs, les participants ont mentionné qu'il est difficile

d'obtenir du financement pour une clientèle qui ne cadre pas avec les programmes destinés aux enfants ou aux adultes au Canada.

Compétence culturelle – Les participants ont souligné que les programmes devraient être conçus en fonction des modes de communication traditionnels propres à la communauté, en utilisant un langage qui sera clair pour les populations locales et qui atteindra sa cible. Les intervenants qui offrent les programmes doivent être compétents sur le plan culturel et s'efforcer de concevoir et d'offrir de l'information sur la santé et le bien-être qui tient compte à la fois de la communauté, de la culture et des différences entre les sexes. Un participant a donné l'exemple de professionnelles de la santé qui sont conscientes de ces différences et qui adoptent des approches axées sur les hommes lorsqu'elles interviennent auprès de cette clientèle.

v. Présentation n° 3 : Comment y arriver? Nouvelles perspectives sur la prévention du suicide chez les hommes gais et bisexuels par Dr Olivier Ferlatte, chercheur-boursier postdoctoral, programme de recherche sur la santé des hommes, Université de la Colombie-Britannique

Dr Olivier Ferlatte a présenté un aperçu complet des statistiques concernant le suicide chez les hommes gais, bisexuels et allosexuels (GBQM), qui sont de deux à cinq fois plus nombreux à faire une tentative de suicide au cours de leur vie que les hommes hétérosexuels. Au Canada, des données indiquent qu'au cours de leur vie, 25,2 % des hommes gais auront des pensées suicidaires ou feront une tentative de suicide, tandis que ce pourcentage est de 34,8 % chez les hommes bisexuels et de 7,4 % chez les hommes hétérosexuels (Brennan et coll., 2010). Dans ses propres recherches, Dr Ferlatte a observé chez les GBQM une prévalence à vie des pensées suicidaires de 49,9 % et de 17,0 % dans le cas des tentatives. La prévalence au cours des 12 derniers mois était de 17,0 % dans le cas des pensées suicidaires et de 1,7 % dans le cas des tentatives de suicide ([Ferlatte et coll. 2015](#)).

Tirant ses exemples de [Man-Up Against Suicide](#) et de [Sex Now Survey](#), Dr Ferlatte a abordé dans son exposé les facteurs qui contribuent au suicide chez les GBQM et les possibilités d'intervention, a expliqué comment on peut reproduire à plus grande échelle les initiatives efficaces et prometteuses et a présenté certains modes d'intervention pour contrer l'épidémie de suicides chez les GBQM. Notamment, Dr Ferlatte a observé que la stigmatisation et la marginalisation sont des facteurs en cause dans les tentatives de suicide récentes. En effet, les hommes gais et bisexuels canadiens qui avaient récemment tenté de se suicider étaient davantage victimes de violence verbale et physique, d'intimidation, de violence sexuelle et de discrimination au travail. Aussi, les problèmes psychosociaux et de santé, le statut socioéconomique, l'origine ethnique (autochtone notamment) et le fait d'avoir ou non un partenaire de vie sont ensemble en forte corrélation avec une tentative de suicide récente.

Les recherches de Dr Ferlatte font ressortir le besoin urgent d'adopter une approche globale pour s'attaquer aux diverses formes d'homophobie, de stigmatisation et de marginalisation et aux autres problèmes psychosociaux et de santé touchant les hommes gays et bisexuels. De plus, Dr Ferlatte a insisté sur la nécessité d'adopter une approche intersectorielle pour l'élaboration et la mise en œuvre d'interventions de prévention du suicide qui répondront efficacement aux besoins des sous-groupes de GBQM les plus à risque.

Voici les grands thèmes des discussions faisant suite à l'exposé de Dr Ferlatte :

Réflexion sur le genre et la masculinité – On a souligné que bon nombre des GBQM sont souples et ne se définissent pas de façon binaire en cherchant leur place sur le continuum de la masculinité ou de la féminité et évitent de tomber dans les stéréotypes sexuels. Bon nombre d'entre eux jugent qu'ils ne sont pas nés homme ou femme. Par ailleurs, d'autres hommes ont intériorisé une appartenance au genre et rejettent l'idée d'une certaine souplesse à ce chapitre, ce qui génère des stéréotypes négatifs et des sentiments de honte. Ces commentaires ont fait ressortir la complexité de cette question et montrent encore une fois que les programmes de prévention du suicide doivent être conçus sur mesure en fonction des besoins de la communauté et des groupes visés. Il n'existe pas d'approche unique efficace pour tous.

Intersectorialité – On a souligné qu'il est important de collaborer et de former des alliances afin de toucher tous les groupes d'hommes qui ont subi des traumatismes, en particulier ceux qui sont réticents à s'exprimer. Les participants jugent qu'il est important de ne pas se concentrer sur la diversité et de ne pas étiqueter les hommes qui sont les plus touchés, car l'idée n'est pas de faire des comparaisons.

vi. Présentation n° 4 : Observations aux antipodes – la prévention du suicide chez les hommes en Australie par Dr Susan Beaton, consultante indépendante en prévention du suicide, Australie

Dr Susan Beaton, consultante en prévention du suicide, a fait le survol des statistiques sur le suicide chez les hommes, des causes de la disparité entre les sexes, des corrélats du suicide chez les hommes et des programmes et politiques de traitement et de prévention en Australie. Tout au long de sa présentation, Dr Beaton a insisté sur la nécessité de comprendre les réalités psychologiques et culturelles et les exigences de vie de la clientèle masculine et d'intervenir en fonction des connaissances que nous en avons; aussi, nous devons continuer de nous fonder sur ces connaissances pour réduire l'importante disparité entre les sexes en matière de suicide en Australie et partout dans le monde.

Entre les années 1970 et les années 1990, l'Australie a connu une hausse rapide des suicides chez les jeunes hommes de 20 à 34 ans. De 1995 à 1997, on a donc mis au point une stratégie de prévention

du suicide chez les jeunes des Premières Nations (*First National Youth Suicide Prevention Strategy*). On a ainsi offert aux principaux fournisseurs de services sociaux et de santé auprès des jeunes les ressources nécessaires à la mise en place de programmes de prévention du suicide chez les jeunes. En 1998, on a élargi la stratégie à toutes les tranches d'âge, ce qui a donné la « stratégie nationale de prévention du suicide » (*National Suicide Prevention Strategy*) et le cadre « la vie pour tous » (*Living Is For Everyone (LIFE) Framework*). Depuis l'adoption de cette politique nationale, l'Australie a connu une baisse marquée des suicides chez les jeunes hommes.

En 2010, une enquête du Sénat sur le suicide en Australie a donné lieu à 42 recommandations, dont une portait spécifiquement sur la hausse du financement et du nombre de projets ciblant les hommes plus à risque de suicide. L'État y a donné suite en augmentant le financement destiné à la prévention du suicide. En 2010-2011, l'initiative « santé mentale : intervenir contre le suicide » (Mental Health: Taking Action to Suicide (TATS)) a été lancée, et 274 millions de dollars ont été engagés sur quatre ans, dont 23,2 millions de dollars destinés aux hommes plus à risque de suicide et moins susceptibles de demander de l'aide. On a ainsi mis sur pied davantage de services de soutien ciblés en cas de crise, de programmes en milieu de travail et de campagnes de sensibilisation à la stigmatisation et à la demande d'aide afin de mieux soutenir les hommes.

Depuis quelques années, on insiste de plus en plus sur les expériences vécues, les recherches qualitatives et l'inclusion des pairs dans la prestation des services. En 2014, le projet (*Men's experiences with suicidal behavior and depression*) visant à comprendre les expériences vécues par les hommes en ce qui concerne la dépression et le suicide a été lancé, afin de connaître les facteurs contribuant au passage à l'acte ou à son renoncement pendant une crise suicidaire. Le projet a permis de relever les facteurs de risque les plus courants et les principaux parcours menant au comportement suicidaire chez les hommes. Ces facteurs étaient les suivants : dépression ou trouble de l'humeur, croyances et valeurs personnelles fortement axées sur la masculinité et le stoïcisme, événements stressants de la vie et tendance à fuir ou à éviter les problèmes. Il est important de connaître ces facteurs de risque, car ils peuvent servir de guide pour savoir quand et comment mettre fin à un comportement suicidaire, et à quoi les signaux d'avertissement peuvent ressembler.

Dr Beaton a souligné qu'il est impératif d'interpréter avec exactitude les facteurs de risque associés au suicide et au changement de comportement si l'on veut empêcher les hommes de se suicider. Il faut donc sans attendre sensibiliser les hommes ainsi que leurs familles et amis. De plus, les professionnels de la santé et les fournisseurs de services connexes jouent un rôle essentiel dans l'interprétation des facteurs de risque et la prévention du suicide. Dans leurs évaluations et leurs interventions, les professionnels devraient s'intéresser non seulement au comportement suicidaire, mais aussi aux principaux facteurs qui y contribuent, y compris la dépression et les croyances masculines malsaines.

Diverses initiatives visant à réduire le taux de suicide chez les hommes sont en cours en Australie. On travaille actuellement à l'élaboration d'une échelle d'évaluation du risque de dépression chez les hommes (MDRS-22) qui pourrait aider les professionnels à approfondir leur évaluation de la dépression auprès de cette clientèle. Le projet en est à l'étape de la validation préliminaire. D'autres études comparatives se penchent sur les différences observées entre les hommes et les femmes pour ce qui a trait aux symptômes de dépression ressentis. Les efforts de surveillance se sont intensifiés, et des données exactes, fiables et à jour sur le suicide et les comportements suicidaires sont disponibles. Le processus de révision de l'Australian Bureau of Statistics (en place depuis 2006) et les travaux du National Committee for Standardized Reporting on Suicide ont pour objet d'améliorer les mécanismes de surveillance liés aux tentatives de suicide, par exemple par la création de formulaires uniformes, qui font appel à une nomenclature normalisée, à l'intention des forces policières. D'autres recherches portent sur le rôle que joue la masculinité dans la demande d'aide des hommes en cas de dépression. Les données montrent que les hommes ont de la difficulté à reconnaître et à communiquer les symptômes de la dépression, et que les normes masculines comme le stoïcisme sont incompatibles avec la dépression, accentuent l'autostigmatisation, nuisent à la recherche d'aide et renforcent les mauvaises stratégies d'adaptation. Les interventions telles que *Ten to Men* et *Mates in Construction* sont des exemples de programmes de prévention du suicide qui reposent sur la collaboration et sur la résolution de problèmes orientée vers l'action, et qui favorisent une conception plus souple de la masculinité de façon à y intégrer la dépression et à encourager la recherche d'aide.

Selon Dr Beaton, le succès des politiques et des programmes de prévention du suicide de même que la baisse marquée du taux de suicide chez les hommes en Australie sont attribuables en grande partie à plusieurs facteurs :

- La stratégie nationale a été adoptée et mise en œuvre dans l'ensemble de l'Australie.
- L'Australie s'est dotée d'un centre d'excellence, qui gère de façon centralisée le financement, les politiques et les programmes.
- Les hommes ont fait preuve d'un esprit de collaboration sincère, qui a permis de recueillir des témoignages à différentes étapes de la vie.
- Le rôle des pairs aidants a été pris en considération.
- Le milieu de travail a été utilisé comme plateforme pour entrer en contact avec les hommes et leur offrir des programmes de santé mentale et de mieux-être au travail qui leur sont précisément destinés.
- On a établi une définition universelle et élargie de la masculinité ainsi que des rôles, des relations et des identités possibles des hommes.
- Les interventions sont axées directement sur le suicide et les récits personnels (p. ex. l'approche [CAMS](#)).

- Le diagnostic et le traitement de la dépression chez les hommes se sont améliorés, notamment grâce à l'utilisation d'échelles et de mesures qui tiennent compte de la spécificité des sexes.
- Des services de soutien ont été mis au point pour les hommes qui vivent un stress important, et plus particulièrement ceux qui ont des problèmes liés aux finances, à l'emploi ou à l'éclatement de la famille.
- Des tests de dépistage systématiques de la dépression et du risque de suicide sont utilisés.

d. Discussions

i. **Compte rendu des discussions en petits groupes** animé par Dr Joy Johnson

L'exercice en petits groupes a permis aux participants de discuter de l'élaboration, de l'évaluation et de la mise en œuvre des interventions visant la prévention du suicide. Les groupes devaient se pencher sur les pratiques exemplaires ou prometteuses dans le domaine de la prévention du suicide et définir les interventions qui ont connu du succès au Canada et à l'étranger. Ils devaient également trouver des exemples d'interventions communautaires qui se sont avérées efficaces auprès d'autres populations et qui pourraient être appliquées aux hommes. Enfin, les groupes ont été invités à discuter des interventions propres à des sous-populations vulnérables, notamment les LGBTQ, les militaires et les vétérans ainsi que les membres de communautés autochtones, et à examiner le lien entre ces interventions et les principaux facteurs de risque et de protection associés au suicide chez les garçons et les hommes aux différentes étapes de la vie.

Pratiques exemplaires ou prometteuses

En discutant des populations vulnérables, les groupes ont relevés des interventions qui touchent l'ensemble des services, des systèmes ainsi que des ressources humaines et financières jouant un rôle dans la prévention du suicide, notamment :

La formation à l'intention des fournisseurs de soins de santé primaires et de soins de santé mentale –
Dans tous les aspects de la prévention du suicide, les participants ont convenus que les fournisseurs de soins doivent se concentrer sur ce que la personne souhaite changer, à savoir les pensées ou les comportements suicidaires. Les participants sont d'avis que les médecins de famille et les omnipraticiens doivent avoir à leur disposition les outils leur permettant d'engager un dialogue avec leurs patients. Il faut également que les fournisseurs de soins de santé (et les sentinelles) soient en mesure de venir en aide aux hommes en difficulté pendant les périodes de transition et d'intervenir

au bon moment pour empêcher l'aggravation de la dépression ou le suicide. On suggère que les premiers soins en santé mentale soient intégrés à la formation en secourisme.

Les campagnes et les ateliers de sensibilisation publique – Les participants ont insistés sur l'importance du cadre dans lequel s'inscrivent les interventions. En effet, le modèle du professionnel de la santé qui envoie l'homme ou le garçon en consultation doit faire place à un modèle qui prône le soutien par les pairs, à des endroits que les hommes fréquentent déjà. Il s'agit ici de réunir les hommes et les garçons pour les amener à discuter entre eux, à s'entraider et à se sentir utiles en prenant part à des activités orientées vers l'action et en aidant leurs pairs. Selon les participants, le programme des Rangers canadiens est un bon exemple de programme efficace, car il offre des activités sociales sur le terrain qui permet aux gens de tisser des liens au sein de réseaux.

La formation à l'intention des facilitateurs communautaires et des sentinelles – Les participants mentionnent que les programmes de sentinelles doivent prévoir de la formation à l'intention des dirigeants communautaires, étant donné que ceux-ci jouent un rôle crucial dans l'établissement de relations de confiance. En effet, les dirigeants sont des personnes auxquelles on peut s'identifier, et ils ont la capacité de créer des liens entre les différents groupes. Les principaux dirigeants communautaires et de la réflexion sont perçus comme des modèles au sein de la communauté; ils aident à faire le pont non seulement entre les personnes, mais aussi entre les personnes et les interventions ou les programmes communautaires. En Australie, le [programme Deadly Choices](#) est un exemple d'intervention qui fait appel à des personnalités du monde sportif pour favoriser la littératie en matière de santé et les aptitudes à la vie quotidienne chez les élèves autochtones du niveau intermédiaire. Pour certains, les modèles sont des héros et des sources d'inspiration, et ils peuvent parler publiquement de stress, de difficultés émotionnelles et de périodes de transition qu'ils ont eu à vivre, démontrant ainsi qu'il est acceptable de discuter de tels sujets. Le fait d'entendre le témoignage de modèles encourage les hommes à s'ouvrir sur des sujets délicats.

Le ministère de la Défense nationale a mis en place un programme intitulé [En route vers la préparation mentale \(RVPM\)](#), qui permet d'enseigner aux membres des forces policières et à d'autres sentinelles différentes techniques pour désamorcer les situations problématiques. Un participant a indiqué que les interventions au sein des services de police devraient viser à doter les policiers des capacités nécessaires pour répondre aux appels liés à des cas de suicide et d'automutilation.

Les programmes communautaires de sensibilisation à la prévention du suicide – Les participants ont proposés que l'on tire profit des endroits existants, comme les écoles et les lieux de travail, et que l'on utilise les ressources comme les médias locaux et nationaux pour communiquer des messages positifs à propos de la santé mentale des hommes. Pour ce faire, il est essentiel de comprendre le langage employé par les hommes et de choisir les bons mots, tout comme il est indispensable d'élargir la définition de la masculinité. Malgré l'approche novatrice consistant à exploiter la

technologie et les médias pour créer des liens entre les gens, les participants considèrent que la dimension « face à face » des interventions, le langage et les messages employés de même que la façon de raconter les histoires jouent un rôle important dans l'établissement d'un sentiment de sécurité et de confiance, un facteur déterminant dans la prévention du suicide.

Le fait de tirer profit des endroits que les hommes fréquentent constitue un point de départ pour discuter du lien entre la prévention des blessures et la prévention du suicide. Les participants ont souligné l'importance de miser sur les lieux de rencontre plutôt que sur les émotions pour prendre contact avec les hommes. Les restaurants Tim Hortons sont un bon exemple d'endroit où l'on voit des réseaux existants d'hommes qui se rassemblent pour prendre un café dans un lieu sûr. Dans l'ensemble, les participants estiment que les hommes peuvent s'entraider et engager des discussions quand ils se retrouvent entre eux.

La conformité au sexe – Les participants ont mentionné que les interventions qui tiennent compte de la spécificité des sexes devraient également respecter la conformité au sexe, une considération d'autant plus importante pour les personnes qui ne s'identifient pas comme étant LGBTQ, mais qui ne se conforment pas aux idéaux traditionnels de la masculinité. Il faudrait faire la promotion d'une masculinité inclusive de différentes façons.

Le soutien destiné aux groupes vulnérables, aux survivants de tentatives de suicide et aux endeuillés par le suicide – Les participants ont affirmés que l'on doit mobiliser les hommes et leurs réseaux de soutien avant qu'un traumatisme ou d'une période de transition difficile ne survienne, mais aussi après. En effet, le soutien de postvention est particulièrement crucial. Des programmes devraient être créés tant pour les hommes qui ont fait une tentative de suicide que pour les personnes qui ont perdu un être cher par suicide.

Les interventions à risque élevé – Un des obstacles cernés par les participants pour ce qui a trait à l'élargissement de la portée des programmes communautaires est la perception d'un risque élevé associé à ces programmes. Les fonds destinés à de telles initiatives sont souvent limités, et il est difficile d'en obtenir pour une application à grande échelle, ce qui complique le maintien de la viabilité des programmes. Toutefois, certaines organisations, comme la Fondation Movember, financent les initiatives à risque élevé que d'autres organisations ne financeraient peut-être pas.

Évaluation des programmes adaptés aux besoins des hommes

Pour terminer, on a demandé aux participants de se pencher sur les méthodes d'évaluation des interventions adaptées aux besoins des hommes et de définir les mécanismes qui devraient être mis en place à l'appui de la science de l'intervention et l'évaluation de programmes.

Évaluation communautaire – Les participants ont indiqué qu’il faudrait établir des partenariats entre les évaluateurs qualifiés et les communautés, et que l’on devrait offrir des boîtes à outils qui faciliteraient l’évaluation des programmes qu’ils sont souvent appelés à gérer ou à réaliser dans une large mesure. Le [cadre élaboré au Nunavut](#), qui permet de mesurer le rendement de programmes dans le contexte autochtone, est un exemple d’outil d’évaluation des interventions communautaires. Si les communautés ne savent pas ce que les données révèlent à propos de l’évaluation de programmes dans leur milieu, elles ne seront pas en mesure d’améliorer leurs programmes.

Accès à la population – Les participants ont fait remarquer qu’il peut être difficile d’accéder aux populations vulnérables, en particulier dans le cas des programmes destinés aux garçons. L’obtention de données sur ces populations et l’accès à ces données comportent plusieurs difficultés.

Qualité des données – Les participants ont soulevés des préoccupations concernant la disponibilité, la qualité, l’actualité et la provenance des données. Selon eux, les résultats des travaux de recherche doivent provenir de sources de qualité et être communiqués à grande échelle aux chercheurs, aux professionnels de la santé et aux autres intervenants de même qu’aux membres de la communauté.

ii. Discussion en plénière – prochaines étapes animé par Dr Joy Johnson

La discussion en plénière s’est articulée autour des thèmes suivants :

Les démarches de collaboration et d’échange de connaissances entre les chercheurs et les groupes d’intervenants qui pourraient faciliter l’application et la mise en œuvre des connaissances – Les participants ont noté qu’il y a une foule d’information sur les interventions efficaces en matière de santé mentale chez les hommes et les garçons au Canada et à l’étranger. Toutefois, il existe un écart entre les données sur les acquis et les données sur les mesures à prendre pour faire progresser le transfert et la mobilisation des connaissances, et plus particulièrement la mise en œuvre de ces connaissances dans le cadre des politiques et des programmes.

Un certain nombre de recommandations ont été faites en vue de concrétiser et de faciliter le transfert des connaissances. Premièrement, il faudrait doter les programmes du soutien et des ressources nécessaires à leur réalisation et à leur évaluation, et il faudrait intégrer un élément d’efficacité dans l’évaluation des programmes fondés sur des données probantes pour veiller à ce qu’aucun des points principaux ne se perde dans le processus de transfert des connaissances. Deuxièmement, on devrait créer conjointement d’autres stratégies de mise en œuvre et d’évaluation de programmes, ce qui favoriserait la transmission et l’application des connaissances. Troisièmement, on devrait encourager et inciter les chercheurs à orienter les programmes et leur évaluation de manière à ce qu’ils puissent recueillir des données pertinentes du point de vue académique – et ainsi communiquer l’information obtenue et déterminer les données qui présentent un intérêt. À cette fin, il faut éliminer les obstacles auxquels font face les chercheurs qui en sont à

leurs débuts dans le domaine de la recherche sur la santé mentale des hommes, en particulier les étudiants des cycles supérieurs, par exemple : (1) Comités d'éthique de la recherche – D'autres efforts devraient être déployés pour s'assurer que les bailleurs de fonds de la recherche sont sensibilisés à la recherche sur le suicide; (2) Les chercheurs doivent être soucieux de leurs pratiques, des résultats de la recherche et des réponses à ces résultats; (3) Pour garantir le succès des interventions, il est essentiel que les communautés participent à leur élaboration, à leur mise en œuvre et à leur évaluation. Les communautés devraient également aider à déterminer le langage à employer pour promouvoir les diverses formes de masculinité et les besoins qui leur sont propres en matière de santé mentale des hommes.

Les lacunes dans les connaissances sur la masculinité et la prévention du suicide chez les hommes, et les façons de mettre à profit les interventions qui se sont avérées efficaces dans d'autres administrations – Les participants s'entendaient pour dire qu'il manque de données sur le suicide et l'automutilation au Canada. Dans le milieu universitaire traditionnel, peu de travaux de recherche s'intéressent à la santé mentale de même qu'aux taux de suicide et d'automutilation au sein des sous-populations vulnérables, et plus particulièrement chez les jeunes. Pour approfondir les connaissances et assurer l'essor du domaine, les chercheurs et les universitaires doivent se pencher sur les populations vulnérables. Différentes formes de recherches et de données (en dehors du cadre des essais cliniques) doivent être utilisées pour permettre aux communautés de déterminer ce qui convient le mieux à leurs besoins. Il est aussi très important, voire nécessaire, d'adopter des approches axées sur les forces et de communiquer de l'information en transition au Canada.

L'arrimage des travaux de recherche aux échelons fédéral, provincial, territorial et régional pour veiller à la cohérence des priorités de recherche générales au Canada – Il faut se doter d'outils et de ressources qui tiennent compte de la spécificité des sexes, qui s'adressent aux hommes ou aux jeunes, et qui peuvent être utilisés dans différents contextes et adaptés aux besoins des hommes et des garçons de tous horizons. Il peut s'agir de ressources destinées aux chercheurs pour leur permettre de définir et de catégoriser le niveau de risque et les déterminants sociaux du suicide et de l'automutilation chez les hommes, ainsi que de marqueurs et d'outils de dépistage sexospécifiques. Quatre types de ressources sont requises : (1) les ressources applicables dans différentes communautés ou différents contextes; (2) les outils à l'appui d'une mise en œuvre efficace; (3) les outils servant à diffuser de façon proactive de l'information en présence de signaux d'alerte; (4) les outils conçus pour évaluer ces ressources. D'autres recherches doivent être menées sur l'élaboration, l'application et l'interrelation de ces outils sexospécifiques, et les chercheurs doivent améliorer la compréhension collective des raisons justifiant leur utilisation. Il faut également tirer parti des ressources existantes.

Même si le gouvernement du Canada a rendu les [cubes de données sur le suicide](#) accessibles pour que les utilisateurs puissent créer rapidement des tableaux et des graphiques au moyen de leur

navigateur Web, il n'existe aucun répertoire central pour le stockage et l'échange de données canadiennes sur les taux de suicide et d'automutilation. Pour comprendre les caractéristiques d'une intervention efficace et approfondir les connaissances en la matière au sein de tous les ordres de gouvernement ainsi que chez les chercheurs et les responsables de l'élaboration des politiques et des programmes, on recommande de mettre au point une banque de données ou un répertoire central. Il se peut qu'il existe déjà des plateformes qui pourraient servir à échanger de l'information et à mettre en commun les acquis.

On a fait remarquer que le [Cadre fédéral de prévention du suicide](#) serait rendu public sous peu, et que les chercheurs, les professionnels de la santé, les dirigeants communautaires et les autres intervenants doivent réfléchir aux programmes et aux ressources nécessaires pour bâtir sur ce cadre. Les participants ont souligné que les démarches à entreprendre pour amener les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à participer à l'élaboration de politiques axées sur la santé mentale des hommes et à la création de possibilités de financement destinées aux interventions adaptées aux besoins des hommes sont extrêmement longues et complexes, ce qui soulève les questions suivantes : Comment les chercheurs peuvent-ils amorcer la réflexion pour déterminer où se trouvent les occasions stratégiques? Comment les chercheurs peuvent-ils utiliser les connaissances actuelles pour en faire profiter le Canada en entier à différents niveaux? Est-il possible de se doter d'un organisme de financement central chargé de surveiller les recherches menées en ce sens? Si un tel organisme existait, cela permettrait-il d'éliminer les obstacles à la recherche dans le domaine de la santé mentale des hommes et des garçons, et d'accélérer l'institutionnalisation des dispositions nécessaires au lancement de la recherche à l'échelle du pays?

e. **Mot de la fin** par Dr Joy Johnson

Dr Johnson a remercié les participants pour cette journée d'exposés et de discussions qui s'est avérée très productive.

La séance d'échanges Meilleurs cerveaux a été levée à 16 h.

Annexes

- A. Ordre du jour de la séance d'échanges Meilleurs cerveaux, 22 septembre 2016
- B. Notices biographiques des conférenciers et des présentateurs
- C. Liste des participants
- D. Fiche sur les objectifs de la séance d'échanges Meilleurs cerveaux
- E. Liste de références et de lectures recommandées

Annexe A

Échanges Meilleurs Cerveaux des IRSC <i>Masculinité et prévention du suicide chez les hommes</i>		Judi 22 septembre 2016 de 8 h à 16 h Hôtel Westin d'Ottawa Salle Governor General III – 4^e étage 11, promenade Colonel By Ottawa (Ontario) K1N 9H4
Ordre du jour		
Objectifs <ol style="list-style-type: none"> 1. Explorer comment les gouvernements, les organismes de prévention du suicide et les fournisseurs de services sociaux et de santé peuvent mieux répondre aux besoins particuliers des hommes par des stratégies de prévention du suicide générales (visant toute la population) et d'autres ciblant certaines sous-populations. 2. Réfléchir aux éléments clés à prendre en compte dans les interventions communautaires de prévention du suicide pour réduire les taux de suicide chez les hommes. 3. Commencer à explorer comment porter à grande échelle et maintenir des interventions efficaces centrées sur les hommes dans divers contextes partout au Canada. 4. Proposer des sujets de recherche futurs liés à la masculinité et à la prévention du suicide chez les hommes. 		
Réception de réseautage <i>Mercredi 21 septembre 2016, de 17 h à 20 h</i> Mill Street Pub (555, rue Wellington, Ottawa, Ontario) <i>Des hors-d'œuvre seront servis et un service de bar payant sera offert.</i>		
Heure	Point	Conférencier
8 h – 8 h 30	<i>Déjeuner léger</i>	
8 h 30 – 9 h	Mot de bienvenue et discours d'ouverture Présentations, aperçu de la journée et examen des objectifs	Joy Johnson , vice-présidente à la recherche, Université Simon-Fraser
9 h – 9 h 30	Mise en situation – Aperçu du suicide au Canada et explication des enjeux/défis stratégiques actuels	Marie-Pierre Jackson , directrice, Division de la promotion et de l'innovation en matière de santé de la population, Agence de la santé publique du Canada Ed Mantler , vice-président, Programmes et priorités, Commission de la santé mentale du Canada Paul Villanti , directeur général, Fondation Movember
9 h 30 – 10 h	Mise en situation – Situer les masculinités dans le contexte du suicide chez les hommes et des programmes de prévention ciblés <i>*Présentation de 15 minutes, suivie d'une période de questions de 15 minutes</i>	John Oliffe , École des sciences infirmières, Université de la Colombie-Britannique, et fondateur et chercheur principal, Men's Health Research Program John Ogrodniczuk , Département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique, et coresponsable, Men's Depression

		and Suicide Network
10 h – 10 h 15	<i>Pause-santé</i>	
10 h 15 – 11 h 15	<p>Présentation 1 : Approches thérapeutiques de groupe pour les hommes</p> <p>Présentation 2 : Le « Dudes Club » : un modèle novateur pour la promotion de la santé des hommes autochtones</p> <p><i>*Présentations de 15 minutes chacune, suivies d'une période de questions de 30 minutes</i></p>	<p>Présentateur 1: Marvin Westwood, Psychologie du counseling, Université de la Colombie-Britannique</p> <p>Présentateur 2: Paul Gross, Professeur adjoint de clinique, Département de la médecine familiale, Faculté de médecine, Université de la Colombie-Britannique</p>
11 h 15 – 12 h 15	<p>Présentation 3 : Comment y arriver? Nouvelles perspectives sur la prévention du suicide chez les hommes gais et bisexuels</p> <p>Présentation 4 : Observations aux antipodes – la prévention du suicide chez les hommes en Australie</p> <p><i>*Présentations de 15 minutes chacune, suivies d'une période de questions de 30 minutes</i></p>	<p>Présentateur 3: Olivier Ferlatte, Men's Health Research Program, Université de la Colombie-Britannique</p> <p>Présentatrice 4: Susan Beaton, Consultante indépendante en prévention du suicide, Australie</p>
12 h 15 – 13 h	<i>Dîner de réseautage</i>	
13 h – 14 h	Discussions en petits groupes	Tous
14 h – 14 h 45	Compte rendu des discussions en petits groupes	Animé par Joy Johnson
14 h 45 – 15 h	<i>Pause-santé</i>	
15 h – 15 h 45	Discussion en plénière – prochaines étapes	Animé par Joy Johnson
15 h 45 – 16 h	Mot de la fin et évaluation	Joy Johnson

Échange des meilleurs cerveaux – Notices Biographiques

Masculinité et prévention du suicide chez les hommes

Susan Beaton

Consultante indépendante en prévention du suicide, Australie



Susan compte une trentaine d'années d'expérience comme psychologue en prévention du suicide, et conseille actuellement *beyondblue* et d'autres organisations à titre de consultante indépendante. Elle a été conseillère nationale au bureau national de *Lifeline* durant sept ans et a œuvré en prévention du suicide en Australie ainsi qu'aux États-Unis, travaillant principalement pour des ONG dans les domaines suivants : formation et sensibilisation; gestion de projet; innovation, conception et mise en oeuvre de services; évaluation; normes; élaboration de politiques et avis; représentation à des conseils et diverses fonctions de consultation. Susan a fait partie du conseil de l'American Association for Suicide Prevention (2008-2011) et a participé en tant que conseillère à la révision de la

série de documents *Living is For Everyone* du cadre de prévention du suicide du gouvernement de l'Australie. En 2011, elle a reçu la bourse Audrey-Fagan-Churchill pour l'étude à l'étranger de modèles de soutien différents dans la lutte contre le suicide. Susan se spécialise en prévention, en intervention et en postvention. Elle voudrait que les personnes suicidaires réussissent à obtenir l'aide dont ils ont besoin auprès de personnes compatissantes ayant les connaissances et les compétences requises, en n'étant pas victimes de discrimination, de stigmatisation ou de crainte de la part de la communauté. Elle souhaiterait également un changement de paradigme : que l'on mette moins l'accent sur l'aversion au risque et la responsabilité associée aux services et que l'on s'inspire davantage de l'expérience de ceux qui ont déjà eu des pensées suicidaires afin de mieux comprendre cet enjeu complexe, l'objectif étant ultimement d'éclairer la conception de politiques, de stratégies et de services en ce sens.

Olivier Ferlatte

Men's Health Research Program, Université de la Colombie-Britannique



Olivier Ferlatte se consacre depuis plus d'une dizaine d'années à la promotion de la santé des gais et à la recherche dans ce domaine. Il a récemment obtenu un doctorat en sciences de la santé de l'Université Simon-Fraser, et a de l'expérience en recherche-action participative communautaire et méthodes mixtes. Ses champs d'intérêt actuels sont notamment la santé mentale et sexuelle des gais, ainsi que la stigmatisation, la syndémie et l'intersectionnalité chez ces hommes. M. Ferlatte est chercheur-boursier postdoctoral dans le cadre du programme Men's Health Research à l'Université de la Colombie-Britannique, où il dirige un projet photo-voix sur le suicide chez les gais et les bisexuels.

Paul Gross

Professeur adjoint de clinique, Département de la médecine familiale, Faculté de médecine, Université de la Colombie-Britannique



Médecin de famille, le Dr Gross se spécialise en santé des hommes et en soins de première ligne liés au VIH. Il exerce la médecine à temps plein à Spectrum Health, clinique multidisciplinaire de soins de première ligne au centre-ville de Vancouver. En outre, il travaille depuis sept ans à la Vancouver Native Health Society, qui offre des services de santé complets, principalement aux Autochtones habitant dans l'est du centre-ville. Il est professeur clinique adjoint au Département de pratique familiale de l'Université de la Colombie-Britannique, où il enseigne à des résidents en médecine familiale et participe à des projets de recherche communautaire axés sur la santé des hommes. Le Dr Gross, son épouse et leurs deux enfants formidables habitent à North Vancouver.

Joy Johnson

Vice-présidente à la recherche, Université Simon-Fraser



Joy Johnson est la cinquième vice-présidente à la recherche de l'Université Simon-Fraser. Elle s'est jointe à l'Université en septembre 2014, après avoir été directrice scientifique de l'Institut de la santé des femmes et des hommes des Instituts de recherche en santé du Canada (ISFH des IRSC) depuis janvier 2008.

Elle a siégé au premier comité directeur du Centre d'excellence en santé des femmes de la Colombie-Britannique et a codirigé le Réseau pour la recherche en santé des femmes de la Colombie-Britannique.

La Dre Johnson mène un programme de recherche très productif axé sur la promotion de la santé et la modification des comportements liés à la santé. Elle a reçu de nombreux prix pour ses travaux, notamment le prix de recherche Killam de l'Université de la Colombie-Britannique. En 2010, elle a été désignée comme l'une des 100 femmes d'influence de la Colombie-Britannique. Elle a également reçu une médaille du jubilé de diamant de la reine Elizabeth II en 2012.

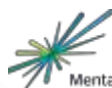
Marv Westwood

Professeur émérite, Psychologie du counseling, Université de la Colombie-Britannique



Marv Westwood est professeur émérite de psychologie du counseling à l'Université de la Colombie-Britannique et continue d'œuvrer au sein de la faculté. Sa carrière de professeur et de chercheur a été marquée par l'élaboration, l'enseignement et la prestation d'approches collectives de counseling, ainsi que la santé psychologique des hommes. Il a créé le Programme de transition des anciens combattants de l'Université de la Colombie-Britannique en vue de favoriser la réadaptation à la suite de blessures liées au stress et à la guerre,

initiative qui lui a valu, en 2005 et en 2013, les médailles des jubilés d'or et de diamant de la reine. En 2012, le Dr Westwood a mis sur pied le Centre for Group Counselling and Trauma, où il fait actuellement fonction de conseiller principal.



Mental Health
Commission
of Canada
Commission
la santé me
du Canada



Annexe C

Échanges Meilleurs Cerveaux : Masculinité et prévention du suicide chez les hommes

22 septembre 2016, Ottawa (Ontario)

Liste des participants

Animatrice

Joy Johnson Vice-présidente à la recherche, Université Simon Fraser

Conférenciers

Susan Beaton Consultante indépendante en prévention du suicide, Australie

Olivier Ferlatte Chercheur-boursier postdoctoral, programme de recherche sur la santé des hommes, Université de la Colombie-Britannique

Paul Gross Professeur clinique adjoint, Département de la médecine familiale, Faculté de médecine, Université de la Colombie-Britannique

Marvin Westwood Professeur émérite, psychologie du counseling, Université de la Colombie-Britannique

Participants

Kerri Tattuinee Analyste de la surveillance et de l'évaluation, Secrétariat de la qualité de vie, Gouvernement du Nunavut

Kathryn Bennett Professeure, département d'épidémiologie clinique, Université McMaster

Joan Bottorff Directeur, Institut pour une vie saine et la prévention des maladies chroniques, Université de la Colombie-Britannique

Sophie Brière Consultante en psychologie et neuropsychologue, Anciens Combattants Canada

Ivy Lim-Carter Directrice de programme, Santé des hommes, Fondation Movember, Canada

Genevieve Creighton Gestionnaire, Application des connaissances, Michael Smith Foundation for Health Research

Don McCreary Conseiller scientifique indépendant, Fondation Movember

Sylvanne Daniels Coordinatrice, Réseau québécois sur le suicide, les troubles de l'humeur et les troubles associés, Institut universitaire en santé mentale Douglas



Andrew Downes	Directeur, Santé mentale, Groupe des services de santé des Forces canadiennes, ministère de la Défense nationale
Therese Fitzpatrick	Directrice générale, Santé mentale, Fondation Movember
Jérôme Gaudreault	Directeur général, Association québécoise de prévention du suicide
Isabel Giardino	Gestionnaire, Division de la promotion et de l'innovation en matière de santé de la population, Agence de la santé publique du Canada
Kiah Hachey	Directrice adjointe intérimaire, Service du développement social et culturel, Nunavut Tunngavik inc.
Gwen Healey	Directrice générale et directrice scientifique, Centre de recherche en santé Qaujigiartiit
Marie-Pierre Jackson	Directrice, Division de la promotion et de l'innovation en matière de santé de la population, Agence de la santé publique du Canada
Marc-Étienne Joseph	Analyste principal des politiques, Division de la promotion et de l'innovation en matière de santé de la population, Agence de la santé publique du Canada
Nanauq Kusagak	Conseiller principale, Angutiit, gouvernement du Nunavut
Christopher Lalonde	Professeur, département de psychologie, Université de Victoria
Ed Mantler	Vice-président, Programmes et priorités, Commission de la santé mentale du Canada
John Ogrodniczuk	Professeur de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique
John Oliffe	Professeur, École des sciences infirmières, Université de la Colombie-Britannique
Renée Ouimet	Présidente, Association canadienne pour la prévention du suicide
Nancy Parker	Coordonnatrice provinciale, Prévention du suicide, ministère de la Santé, de la Vie saine et des Aînés du Manitoba
Sony Perron	Sous-ministre adjoint principal, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada
Kathleen Pye	Gestionnaire, Recherche et politiques, Egale Canada Human Rights Trust



Ann Rhodes	Chercheuse, Université de Toronto
Phillippe Roy	Boursier de recherche postdoctorale, Université de Moncton
Robin Skinner	Épidémiologiste principale, analyste des blessures, Agence de la santé publique du Canada
Paul Vallanti	Directeur général des programmes, fondation Movember
Krystle van Hoofe	Directrice Adjointe, Institut de la santé des femmes et des hommes, Instituts de recherche en santé du Canada
Jennifer Ward	Présidente, Réseau des survivants, Association canadienne pour la prévention du suicide
Jon Willis	Professeur agrégé, Aboriginal and Torres Strait Islander Studies Unit, Université de Queensland

Observateurs

Melissa Baker	Rédactrice du rapport
Britney Dennison	Conseillère en recherche, Men's Depression and Suicide Network
Nadya Hein	Analyste des politiques, Division de la promotion et de l'innovation en matière de santé de la population, Agence de la santé publique du Canada
Joanna Ho	Gestionnaire, Opérations et Finances, Men's Depression and Suicide Network
Kiera Keown	Conseillère principale, Application des connaissances, Instituts de recherche en santé du Canada
Paige Marshall	Analyste de politique, Région du nord, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada
Andrew Munroe	Développeur Web, Audiovisuel et soutien technique, Men's Depression and Suicide Network
Megan Schellenberg	Courtière du savoir, Centre d'échange du savoir, Commission de la santé mentale du Canada

Annexe D

Échanges Meilleurs Cerveaux – Fiche sur les objectifs

Masculinité et prévention du suicide chez les hommes

Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) en collaboration avec l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC), avec le soutien du Men's Depression and Suicide Network de Movember

Objectifs

La séance d'échanges Meilleurs cerveaux (EMC) portera sur les meilleures données probantes, les pratiques exemplaires et les leçons apprises en lien avec les objectifs suivants :

- 1) Explorer comment les gouvernements, les organismes de prévention du suicide et les fournisseurs de services sociaux et de santé peuvent mieux répondre aux besoins particuliers des hommes par des stratégies de prévention du suicide générales (visant toute la population) et d'autres ciblant certaines sous-populations.
- 2) Réfléchir aux éléments clés à prendre en compte dans les interventions communautaires de prévention du suicide pour réduire les taux de suicide chez les hommes.
- 3) Commencer à explorer comment porter à grande échelle et maintenir des interventions efficaces centrées sur les hommes dans divers contextes partout au Canada.
- 4) Proposer des sujets de recherche futurs liés à la masculinité et à la prévention du suicide chez les hommes.

Contexte stratégique

En moyenne, dix Canadiens et plus se suicident chaque jour. En 2012, 3 926 Canadiens se sont enlevés la vie. Au Canada, le taux de décès par suicide est trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Parmi ces hommes, des sous-groupes affichent des taux de suicide démesurément élevés. Le suicide est un important enjeu de santé masculine; pourtant, cela n'est pas souvent reconnu publiquement et ciblé par des actions. Pour lutter efficacement contre le suicide chez les hommes au Canada, tous les paliers de gouvernement, les organismes non gouvernementaux, les fournisseurs de services sociaux et de santé, les chercheurs et les personnes ayant un vécu pertinent doivent travailler ensemble pour remédier à cette situation par des stratégies de prévention du suicide efficaces pour les hommes.

Cette séance d'EMC s'alignera sur l'objectif du gouvernement du Canada qui consiste à harmoniser les efforts afin d'accélérer la mise en pratique de la recherche et de l'innovation en prévention du suicide, par la détermination de pratiques exemplaires en prévention du suicide et la promotion de l'utilisation des résultats de la recherche et de pratiques éclairées dans tout le continuum de prévention du suicide. La séance vise aussi le maintien des partenariats, de la collaboration et de l'innovation pour prévenir le suicide au Canada, tout en respectant la diversité des cultures et des communautés affligées par ce problème.

Les programmes de prévention du suicide peuvent inclure des stratégies générales (visant toute la population) et des stratégies ciblant des sous-groupes à risque. Ces stratégies doivent s'adapter aux besoins uniques des hommes en général et des sous-groupes d'hommes vulnérables.

Engagements du gouvernement du Canada

Le gouvernement du Canada reconnaît que le suicide est un problème de santé publique qui touche des personnes de tous âges et de tous horizons. Ses effets sur les familles et les communautés sont dévastateurs. En réaction à ce problème, l'Agence de la santé publique du Canada dirige la mise sur pied d'un cadre fédéral de prévention du suicide en collaboration avec des intervenants en prévention du suicide de tout le Canada. Ce cadre sera établi à partir d'initiatives existantes mises en œuvre par d'autres intervenants en prévention du suicide, et contribuera à la prévention du suicide au Canada.

Le gouvernement du Canada fournit ou paie des services de santé mentale au personnel des Forces armées canadiennes, aux anciens combattants, aux membres et ex-membres de la Gendarmerie royale du Canada, aux Premières Nations et aux Inuits, ainsi qu'aux personnes détenues dans un pénitencier fédéral. Le gouvernement investit également dans la recherche et les programmes axés sur la prévention du suicide et le mieux-être psychologique dans les communautés, en particulier parmi les populations vulnérables.

Le gouvernement du Canada a également renouvelé un engagement fédéral antérieur (datant de 1995) à promouvoir l'égalité hommes-femmes en intégrant une analyse comparative entre les sexes (ACS) à l'ensemble des politiques, des programmes et des études. C'est pourquoi le portefeuille de la Santé a renouvelé sa politique relative à l'analyse comparative fondée sur le sexe et le genre en 2015. De plus, le vérificateur général a dernièrement publié un rapport sur l'implantation de l'ACS, lequel préconise une surveillance plus étroite des progrès de chaque ministère au regard de l'ACS; et le Conseil privé s'est engagé à concevoir une liste de contrôle couvrant toutes les considérations entourant les politiques, y compris le sexe et d'autres priorités sociales, économiques et démographiques.

Données probantes nécessaires

La prévention du suicide est un objectif de santé publique important. Pour prévenir plus efficacement le suicide, nous devons mieux comprendre comment le genre, et en particulier la masculinité, influe sur le risque de suicide et oriente les interventions en prévention du suicide.

La recherche nous a beaucoup appris sur les risques de suicide chez les hommes et les facteurs de protection, mais nous en savons beaucoup moins sur la façon d'intervenir efficacement à l'échelle communautaire pour réduire le suicide. Les interventions de santé publique doivent être fondées sur les meilleures données probantes disponibles. Cette séance d'EMC mettra en lumière certaines preuves existantes de ce qui fonctionne pour les hommes dans divers contextes au Canada.

En 2013, une séance d'EMC mettant en parallèle sexe et prévention du suicide chez les jeunes a eu beaucoup de succès, en mettant l'accent sur des stratégies de prévention du suicide adaptées aux populations. Misant sur ce succès, la présente séance présentera des données probantes propres aux hommes et aux sous-groupes d'hommes vulnérables afin d'alimenter la réflexion sur des politiques et des programmes de prévention du suicide chez les hommes. On s'attend à ce que cette rencontre permette de discuter plus en profondeur des solutions possibles, et fournisse

aux décideurs, aux chercheurs et aux personnes concernées par le suicide des hommes des occasions d'échanger afin de rapidement mettre de l'avant des mesures concrètes.

Les résultats de cette séance d'EMC orienteront le soutien de l'ASPC aux activités de prévention du suicide des hommes à l'échelle communautaire. Cela inclut la conception d'une série de webinaires en collaboration avec la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) des États-Unis. De plus, les lacunes en recherche que les EMC auront permis de cerner guideront le projet d'établissement de priorités en prévention du suicide entrepris par l'ASPC et la CSMC, ainsi que les activités courantes appuyant la mise en commun de données probantes et de pratiques exemplaires.

Programme d'échanges Meilleurs Cerveaux des IRSC

Le programme d'échanges Meilleurs Cerveaux (EMC) est conçu pour produire des données de recherche de haute qualité et accessibles en temps opportun en réponse aux enjeux stratégiques et aux besoins d'information du système de soins de santé, dans le but d'éclairer l'élaboration des politiques, la planification et la mise en œuvre des programmes. Créé par l'Institut des services et des politiques de la santé et la Direction de l'application des connaissances des IRSC, ce programme vise à accroître la capacité des IRSC de collaborer avec les ministères de la Santé provinciaux et territoriaux et le portefeuille de la Santé, ainsi que de produire des recherches appliquées et pertinentes qui cadrent avec les priorités établies par les responsables des politiques.

Best Brains Exchange – Background Readings Échange des Meilleurs Cerveaux – Documentation contextuelle

The following background readings are to provide context to the presentations and discussions that will take place at the Best Brains Exchange on September 22, 2016. These articles have been recommended by the researchers who will present at the Best Brains Exchange. We hope that they may prove to be a helpful resource now or in the future. *Please note that it is not required or expected that you will have read all of these articles in advance of the meeting.*

L'objectif du présent document est de fournir un contexte pour les présentations et les discussions qui auront lieu à l'Échange des meilleurs cerveaux le 22 septembre. Les articles ont été recommandés par les chercheurs qui participeront aux présentations. Nous espérons que ces articles vous seront utiles aujourd'hui et dans le futur. *Veillez noter que vous n'êtes pas tenu de lire l'ensemble des articles avant la rencontre.*

References/Références:

- 1) Suicide Prevention Models.
- 2) Men and Suicide (Infographic). Centre for Suicide Prevention.
- 3) Hottes, TS, Ferlatte O, Dulai J. Preventing Suicide Among Gay and Bisexual Men: New Research & Perspectives. Public Health Agency of Canada. September 2016
- 4) Ferlatte O, Dulai J, Hottes TS, Trussler TT, Marchand, R. Suicide related ideation and behavior among Canadian gay and bisexual men: a syndemic analysis. BMC Public Health. 20;15:597.
- 5) Gross PA, Efimoff I, Patrick L, Josewski V, Hau K, Lambert S, Smye V. The DUDES Club. Canadian Family Physician. 2016;62:e311-e318.
- 6) Lee CC (Ed.). Multicultural Issues in Counseling: New Approaches to Diversity. 4th Edition. American Counseling Association, 2013.
- 7) Cox DW, Black TG, Westwood MJ, Chan EKH. Transition-Focused Treatment: An Uncontrolled Study of a Group Program for Veterans. Beyond the Line: Military and Veteran Health Research (Ed. Alice Aiken). McGill-Queen's University Press, 2014: 281-290.
- 8) Kivari CA, Oliffe JL, Borgen WA, Westwood MJ, No Man Left Behind: Effectively Engaging Male Military Veterans in Counseling. Am J Mens Health, 2016;1-11 (doi: 10.1177/1557988316630538).
- 9) Beaton S, Forster PA. Insights into men's suicide, InPsych, 2012;34(4):16-19.
- 10) Barton A. In the Downtown Eastside, a brotherhood of support, The Globe & Mail July 25, 2016