

ORDER OF EXCELLENCE



MENTAL HEALTH AT WORK® RECIPIENT



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada

COVID-19 et suicide : Répercussions potentielles et occasions d'influencer les tendances au Canada

Document d'information



Commission de la santé mentale du Canada
commissionsantementale.ca

Remerciements

Le présent document d'information a été rédigé par Julia Armstrong et Meagan Barrett-Bernstein sous la direction de Karla Thorpe. Des recherches et du soutien supplémentaires ont été offerts par Mary Bartram, Francine Knoops et Katerina Kalenteridis de la Commission de la santé mentale du Canada.

Nous aimerions remercier les nombreuses autres personnes qui ont offert des contributions significatives à ces travaux en révisant le présent document d'information ainsi qu'en partageant des informations et de la documentation pertinentes.

- Tim Aubry, Ph. D. (Université d'Ottawa)
- James Bolton, Ph. D. (Université du Manitoba)
- Alexandra Fleischmann, Ph. D. (Organisation mondiale de la Santé)
- Mara Grunau, Karin Lavoie, Robert Olson, Hilary Sirman, Crystal Walker (Centre for Suicide Prevention)
- Karen Letofsky (Association canadienne pour la prévention du suicide)
- Simon Hatcher, Ph. D. (Hôpital d'Ottawa), Paul Links, Ph. D. (Université McMaster), Tiago Zortea, Ph. D. (Université de Glasgow) et leurs collaborateurs (voir la [liste complète](#))
- Stephanie MacKendrick (Services de crises du Canada)
- Richard McKeon, Ph. D. (Substance Abuse and Mental Health Services Administration)
- Brian Mishara, Ph. D. (Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, Université du Québec à Montréal)
- Alisa Simon (Jeunesse, J'écoute)
- Ellyson Stout (Suicide Prevention Resource Center, Education Development Center)
- Isabel Giardino, Lil Tonmyr (Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada)

This document is available in English.

Indications concernant la citation

Citation suggérée : Commission de la santé mentale du Canada, (2020). *COVID-19 et suicide : Répercussions potentielles et occasions d'influencer les tendances au Canada*. Ottawa, Canada : Auteur.

© 2020 Commission de la santé mentale du Canada

Les points de vue exprimés dans le présent document représentent uniquement ceux de la Commission de la santé mentale du Canada.

ISBN : 978-1-77318-191-2

Dépôt légal, Bibliothèque nationale du Canada



Santé Health
Canada Canada

Les points de vue présentés ici représentent uniquement les points de vue de la Commission de la santé mentale du Canada. Le présent matériel a été produit grâce à la contribution financière de Santé Canada.

Table des matières

Introduction	1
But.....	1
Méthodologie	1
Aperçu des conclusions – Messages clés.....	1
Points saillants de l’analyse	2
Contexte	2
Leçons apprises : Recherches antérieures et premiers résultats de la COVID-19	3
Pandémie et épidémie	3
Catastrophes naturelles	4
Récessions économiques	5
Comment vont les Canadiens?	6
Facteurs de risque à surveiller.....	8
Occasions d’influencer les tendances au Canada	9
Résumé.....	10
Références.....	11

Introduction

But

Ce document d'information a pour but de partager des données probantes sur les impacts potentiels de la pandémie du nouveau coronavirus (COVID-19) sur les taux de suicide, y compris les idées suicidaires, les tentatives de suicide et les décès. Il présente les facteurs de risque et de protection connexes ainsi qu'un aperçu de la façon dont l'environnement changeant actuel peut influencer les tendances et d'autres impacts psychologiques relatifs au suicide. Le présent document d'information se fonde sur une analyse de la littérature grise et évaluée par les pairs entreprise par l'équipe des initiatives de prévention et de promotion de la CSMC entre le 1^{er} avril et le 5 août 2020. Il comprend trois objectifs : guider les décideurs politiques et ceux du secteur de la santé quant à l'impact potentiel de la COVID-19 sur la santé mentale et les taux de suicide au Canada, partager des perspectives sur les risques potentiels et les facteurs de protection à surveiller, et présenter les possibilités actuelles d'influencer ces tendances.

Méthodologie

Cette analyse devait initialement orienter le message externe de la CSMC pendant la pandémie. Cependant, comme le document d'information a évolué, élargissant sa portée et son contenu, il a été jugé d'un plus grand intérêt et d'une importance accrue pour les décideurs politiques et les travailleurs de la santé. L'analyse visait d'abord à comprendre l'impact potentiel de la pandémie sur la santé mentale et les taux de suicide, utilisant la documentation sur les pandémies et les épidémies, les récessions économiques et les catastrophes naturelles antérieures. Toutefois, alors que des données sur les premiers impacts de la COVID-19 ont commencé à émerger, le rapport a été élargi pour inclure certains enjeux et conclusions clés tirés de la littérature nationale et internationale, des chiffres provenant des centres de crise canadiens, et des données d'un sondage national. Le présent document d'information présente les conclusions d'une analyse non exhaustive de la littérature grise et évaluée par les pairs, ainsi que des informations fournies par des experts et des intervenants clés dans le secteur de la prévention du suicide, au Canada et à l'échelle internationale. Les organisations qui ont fourni des renseignements incluent les membres du Groupe de collaboration national pour la prévention du suicide, the Centre for Suicide Prevention, l'Association canadienne pour la prévention du suicide, la Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Services de crises du Canada, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), et Jeunesse, J'écoute.

Aperçu des conclusions – Messages clés

1. Le suicide est un phénomène complexe qui découle généralement de facteurs multiples. Nous devons continuer d'être prudents quant aux déclarations causales trop simplifiées.
2. Bien que l'histoire démontre que la pandémie de COVID-19 est *susceptible* d'avoir un impact sur les taux de suicide, une hausse du nombre de suicides n'est *pas* inévitable. Une protection sociale solide (y compris des mesures de soutien universelles), une attention particulière aux risques et la mise en œuvre de pratiques exemplaires en matière de prévention du suicide sont prometteuses.

3. Il faudra du temps pour que des preuves scientifiques concrètes de l'impact de la COVID-19 sur le suicide s'accumulent. Toutefois, les premiers résultats font leur apparition sous la forme d'articles d'opinion, de prises de position des leaders d'opinion, et d'activités précoces de surveillance et de recherche. La CSMC collabore avec plusieurs grands chercheurs qui ont lancé des efforts de recherche et de surveillance. Les premières conclusions clés incluent les suivantes.
- Les recherches montrent des liens évidents entre le suicide et la récession économique, une conséquence bien documentée des pandémies. Une récession peut aggraver les facteurs de stress existants (p. ex. perte d'emploi, logement ou insécurité alimentaire), aggraver une maladie mentale préexistante, et amplifier la détresse, l'usage de substances et le suicide. Toutefois, les recherches suggèrent également que l'augmentation des dépenses sociales des gouvernements peut contribuer à l'atténuation de l'impact d'une récession économique sur le suicide.
 - Les premiers résultats des enquêtes nationales montrent que les Canadiens sont plus anxieux en raison de la pandémie de COVID-19 et qu'un plus grand nombre d'entre eux déclarent avoir des pensées ou des comportements suicidaires.
 - Les observations indiquent que certains sous-groupes (c'est-à-dire les peuples autochtones, les groupes racialisés, les membres des communautés 2SLGBTQ+, les personnes ayant une incapacité ou celles souffrant de problèmes de santé mentale) sont de deux à quatre fois plus susceptibles d'avoir eu des pensées suicidaires ou tenté de se faire du mal depuis le début de la pandémie de COVID-19. Ces sous-groupes pourraient donc être plus vulnérables aux effets négatifs de la pandémie sur la santé mentale. Puisque ces populations ne forment pas un groupe homogène, il sera essentiel de cerner les facteurs sous-jacents qui contribuent à l'impact négatif de la COVID-19 sur la santé mentale ainsi que d'élaborer et de mettre en œuvre des efforts ciblés et adaptés pour soutenir les personnes au sein de chaque sous-groupe.
 - La demande de soutien virtuel en cas de crise est grande au Canada. Les comportements de recherche d'aide sont évidents : bon nombre de services de crise canadiens connaissent une hausse considérable du volume et de l'intensité des besoins, et des services d'aide virtuels se développent rapidement pour répondre à cette augmentation.
 - Il est possible d'accroître les efforts existants en matière de santé publique et de prévention du suicide afin de réduire le risque de conséquences secondaires négatives à long terme.

Points saillants de l'analyse

Contexte

Le 11 mars 2020, l'OMS a déclaré que l'épidémie de COVID-19 était une crise sanitaire mondiale, une pandémie. Poussée par des modèles de maladies inquiétants, cette annonce a été suivie de mesures de santé publique historiques et sans précédent, notamment la distanciation sociale (désormais appelée distanciation physique), visant à réduire la transmission. Bien que nécessaire pour freiner la propagation

du virus, la distanciation physique peut également avoir des conséquences secondaires négatives, comme un risque accru de suicide¹. Plusieurs pensent que le maintien et l'amélioration de la santé mentale de la population tout au long d'une pandémie sont tout aussi importants que la réduction de la propagation du virus².

Leçons apprises : Recherches antérieures et premiers résultats de la COVID-19

Pandémie et épidémie

Bien qu'il existe peu de recherches sur l'impact des pandémies sur le suicide, nous pouvons tirer des leçons des pandémies et des épidémies passées (p. ex. SRAS, Zika, H1N1, Ebola, grippe de 1918) et des premiers résultats de la COVID-19 tout en reconnaissant que la situation actuelle est sans précédent à bien des égards et évolue rapidement.

Dans une étude portant sur l'impact de la grippe de 1918, une association positive significative a été établie entre la pandémie et le suicide. Il a été suggéré que la diminution de l'intégration sociale et la peur de contracter le virus ont probablement joué les rôles les plus importants³. Par contre, une étude examinant l'épidémie de grippe vers la fin du XIX^e siècle au Royaume-Uni laissait entendre que l'expérience d'une anxiété existentielle ou la crainte associée aux reportages dans les médias représentait l'un des mécanismes possibles à l'origine d'une hausse des décès par suicide⁴.

Une autre étude, axée sur l'impact de l'épidémie de SRAS en 2003 à Hong Kong, a révélé une hausse importante du nombre de suicides chez les adultes de 65 ans et plus. À l'époque, le taux de suicide dans la ville avait atteint un niveau historique. Après avoir initialement suggéré une association probable avec des sentiments de solitude et de déconnexion, l'étude plus détaillée des auteurs a révélé, en plus d'inquiétudes liées à une infection par le SRAS, que de nombreuses personnes décédées par suicide avaient éprouvé des sentiments de désengagement social, de stress, d'anxiété et de fardeau (p. ex. pour la famille ou le système de santé)⁵. Les auteurs ont également constaté que les inquiétudes liées à l'épidémie avaient déclenché ou aggravé certains troubles psychiatriques existants (comme l'anxiété, la dépression et le trouble de stress post-traumatique) et étaient associées à un risque accru d'idées suicidaires et de tentatives de suicide, une constatation qui a été reprise par d'autres⁶⁻⁸.

Plusieurs autres études ont examiné l'impact du SRAS sur la santé mentale et les comportements liés au suicide. Notamment, des niveaux plus élevés d'anxiété, de dépression, de trouble de stress post-traumatique, d'idées suicidaires et de suicides effectifs ont été observés tant dans la phase aiguë que dans la phase post-épidémique à plus long terme. Les personnes les plus vulnérables aux effets négatifs de la pandémie sur la santé mentale étaient les femmes âgées, les personnes seules, les personnes estimant qu'elles étaient plus à risque d'être infectées par le SRAS ou de le transmettre à d'autres, les travailleurs de la santé, les patients atteints du SRAS, les personnes mises en quarantaine, et celles ayant perdu des membres de leur famille en raison du virus⁹⁻¹⁶. Des chercheurs ont proposé plusieurs voies ou mécanismes psychosociaux qui pourraient avoir mené à une hausse des taux de suicide pendant la période qui a suivi la pandémie de SRAS¹⁷⁻¹⁹.

Lai et ses collègues (2020) ont mené une étude transversale sur les travailleurs de la santé en Chine afin d'en évaluer l'impact sur la santé mentale des travailleurs traitant des patients exposés à la COVID-19²⁰. Plus de 30 % des participants ont signalé des symptômes de dépression (50,4 %), d'anxiété (44,6 %), d'insomnie (34,0 %) et de détresse (71,5 %). Le personnel infirmier, les femmes, les travailleurs de la santé de première ligne et ceux qui travaillent à Wuhan ont signalé les pires résultats en matière de santé mentale, par rapport aux autres travailleurs de la santé. Ces résultats ont été largement repris dans une récente méta-analyse et revue systématique de Pappa et de ses collègues (2020) examinant la prévalence de la dépression, de l'anxiété et de l'insomnie chez les travailleurs de la santé pendant la pandémie de COVID-19²¹. Les auteurs ont constaté que la prévalence combinée d'anxiété, de dépression et d'insomnie dans les différentes études était estimée à 23,2 %, 22,8 % et 38,9 %, respectivement.

Une étude explorant les parallèles entre les virus Ebola et Zika révélait l'impact psychologique indéniable sur les personnes directement touchées par un tel virus, faisant observer que les patients et leur famille éprouvaient souvent du stress, de l'anxiété, des symptômes de dépression, des traumatismes, de la panique et des idées suicidaires, soulignant ainsi la nécessité d'offrir des soins continus après la résolution de la maladie elle-même²². Dans une autre étude examinant les symptômes dépressifs chez les survivants adultes de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest, des liens ont été observés entre l'historique d'infection par le virus Ebola et le trouble de stress post-traumatique, la dépression et les tentatives de suicide²³.

Une analyse rapide publiée plus tôt cette année a examiné les effets psychologiques d'une quarantaine de masse lors de plusieurs épidémies, notamment le SRAS, le virus Ebola, la grippe H1N1, le syndrome respiratoire du Moyen-Orient, et la grippe équine. En plus des cas de suicide signalés, les auteurs ont constaté que les personnes qui avaient été mises en quarantaine avaient rapporté une prévalence accrue de symptômes de stress post-traumatique, de dépression et de troubles mentaux liés à un traumatisme, en plus de problèmes d'anxiété et de troubles de stress aigu. De plus, à la suite d'une pandémie, les travailleurs de la santé qui avaient été mis en quarantaine avaient signalé des symptômes de dépendance à l'alcool et de la stigmatisation de la part de leur communauté locale²⁴.

Catastrophes naturelles

Nous pouvons également tirer des leçons des recherches sur les comportements suicidaires à la suite de catastrophes naturelles. Un examen systématique de plusieurs études a révélé que les taux de suicide avaient à la fois augmenté *et* diminué à la suite de catastrophes naturelles. Par exemple, ces taux ont baissé chez les deux sexes après qu'un tremblement de terre ait frappé les États-Unis et chez les hommes après une série de séismes au Japon. Toutefois, les taux avaient augmenté après un tremblement de terre à Taïwan, notamment chez les habitants de la zone touchée ainsi que les hommes âgés de 45 à 64 ans²⁵. Les auteurs ont avancé l'hypothèse voulant que la hausse observée chez ce groupe démographique soit liée aux pertes de vie et aux dommages matériels causés par le tremblement de terre, ainsi qu'aux variations des taux de chômage. Les chercheurs ont également constaté que les comportements suicidaires diminuaient généralement au cours de la période initiale postérieure à une catastrophe (appelée la phase « lune de miel »)²⁶. Une hausse retardée des comportements suicidaires (survenant quelque temps après la période initiale postérieure à une catastrophe) a été signalée dans certaines études, soulignant ainsi l'importance d'une surveillance continue après une catastrophe²⁷.

Récessions économiques

La littérature s'accorde pour dire qu'une récession économique (conséquence de nombreuses pandémies), ainsi que la hausse subséquente du taux de chômage, est associée à des taux de suicide plus élevés²⁸⁻³³. Les recherches portant sur les récessions antérieures (notamment celle de 2008) indiquent que cette conclusion était particulièrement importante lorsque le ralentissement s'est produit rapidement et inopinément et est survenu dans des pays où les niveaux de chômage étaient relativement faibles avant la crise^{34,35}. Des études ont également montré que le risque de suicide était plus élevé chez les hommes, peut-être en raison de leur hésitation à demander de l'aide, d'un plus grand sentiment de honte, ou d'un plus grand impact de la récession s'ils étaient le principal soutien financier de la famille³⁶⁻³⁸. Puisque les femmes représentent la majeure partie des travailleurs du secteur des services (un secteur fortement touché par la pandémie), elles pourraient être davantage touchées par la situation économique actuelle que lors de précédentes récessions.

La littérature souligne plusieurs autres facteurs de risque économiques et comportementaux de suicide qui sont souvent associés à une récession, dont bon nombre sont des conséquences du chômage, notamment l'endettement (p. ex. dette croissante, prêts en souffrance), l'insécurité liée au logement (p. ex. saisie d'hypothèques), les pertes boursières historiques (entraînant des pertes de fonds de retraite), et les problèmes d'alcool³⁹⁻⁴². Des études ont démontré que les problèmes d'alcool ont tendance à augmenter pendant les récessions et qu'à leur tour, le nombre de suicides liés à l'alcool peut augmenter⁴³. Les conclusions préliminaires d'une enquête menée par Statistique Canada au printemps dernier révèlent que 20 % des Canadiens âgés de 15 à 49 ans avaient augmenté leur consommation d'alcool pendant la pandémie⁴⁴. En période de ralentissement économique, les chercheurs soulignent l'importance des politiques de contrôle de l'alcool, de la prévention de la consommation problématique d'alcool, et du traitement⁴⁵.

À l'aide des données nationales de Statistique Canada sur la mortalité par suicide (2000-2018) et le chômage (2000-2019), McIntyre et Lee (2020) ont utilisé des modèles de régression à tendance chronologique pour évaluer et prédire le nombre de suicides excédentaires au Canada en raison du chômage découlant de la COVID-19⁴⁶. À partir des données de 2000-2018, les auteurs ont constaté qu'une hausse de 1 % du chômage était associée à une augmentation de 1 % des taux de suicide. Selon cette conclusion, ils ont prévu qu'une augmentation du chômage de 1,6 % en 2020 et de 1,2 % en 2021 entraînerait 418 suicides supplémentaires en 2020-2021, alors qu'une hausse du chômage de 10,7 % en 2020 et de 8,9 % en 2021 engendrerait 2 114 suicides supplémentaires au cours de la même période.

Bien qu'il existe un lien clair entre une récession économique et les taux de suicide, les recherches suggèrent que d'importantes dépenses sociales (p. ex. investissements financiers dans des programmes actifs du marché du travail, augmentation des dépenses pour les soins de santé d'urgence, soins de santé mentale, subventions salariales, revenu supplémentaire, et recyclage professionnel) peuvent contribuer à atténuer le risque de suicide et de suicide effectif⁴⁷⁻⁵². Si elles sont soutenues, les interventions de politique sociale, comme la [Prestation canadienne d'urgence](#) et la [prestation de rétablissement](#), pourraient s'avérer un facteur d'atténuation du risque de suicide au Canada.

Comment vont les Canadiens?

Les pandémies ne touchent jamais toutes les populations de la même façon. Il n'est pas surprenant que les indicateurs de santé mentale montrent que les Canadiens ressentent davantage d'anxiété en conséquence directe de la COVID-19. La pandémie a entraîné une baisse de 16 % de la santé mentale au Canada (une mesure de changement reflétant l'anxiété, la dépression, la productivité au travail, l'optimisme, l'isolement, le risque financier et la santé psychologique), selon l'Indice de santé mentale de Morneau Shepell (données recueillies du 27 au 30 mars)⁵³. Les premiers résultats de la Série d'enquêtes sur les perspectives canadiennes de Statistique Canada suggèrent aussi une diminution de la santé mentale perçue par les gens (c'est-à-dire qu'ils sont moins nombreux à déclarer que leur santé mentale est « excellente » ou « très bonne »), particulièrement chez les femmes et les jeunes âgés de 15 à 24 ans (données recueillies du 29 mars au 3 avril)⁵⁴. Ces premières conclusions sont confirmées par les résultats d'un sondage de Nanos Research (données recueillies auprès de 1 049 personnes du 25 au 27 avril, au nom de la CSMC) et l'enquête participative de Statistique Canada intitulée *Répercussions de la COVID-19 sur les Canadiens : Votre santé mentale* (données recueillies auprès de 46 000 résidents, du 24 avril au 11 mai)^{55,56}. Dans le sondage Nanos, les gens étaient quatre fois plus susceptibles de déclarer que leur santé mentale était « pire » ou « un peu moins bonne » qu'avant la pandémie⁵⁷. De même, plus de la moitié des répondants (52 %) à l'enquête participative ont déclaré que leur santé mentale était « un peu moins bonne » ou « bien pire » qu'avant le début des mesures de distanciation physique⁵⁸. Parmi eux, 41 % ont fait état de symptômes correspondant à une anxiété modérée ou grave. Comme observé dans la Série d'enquêtes sur les perspectives canadiennes, la détérioration de la santé mentale était particulièrement grande (64 %) chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans.⁵⁹

Les résultats d'une enquête nationale menée par l'Association canadienne pour la santé mentale et l'Université de la Colombie-Britannique ont été publiés le 25 juin^{60,61}. Les conclusions de cette enquête (fondée sur un échantillon représentatif de 3 000 personnes vivant au Canada entre le 14 et le 29 mai) font écho à ceux de Statistique Canada, mais offrent aussi de nouvelles perspectives sur l'impact précoce de la pandémie de COVID-19 sur les comportements liés au suicide. Cette enquête a révélé que 1 Canadien sur 20 (6 %) avait récemment eu des pensées ou des sentiments suicidaires en raison de la pandémie et soulignait que certains sous-groupes au Canada avaient été touchés de façon disproportionnée. Par rapport à la population générale, les Autochtones et les personnes ayant déjà des problèmes de santé mentale et des incapacités et gagnant de faibles revenus étaient deux à quatre fois plus susceptibles d'avoir eu des pensées suicidaires depuis l'apparition de la COVID-19. De plus, les personnes qui se sont identifiées comme faisant partie des communautés 2SLGBTQ+ étaient trois fois plus susceptibles d'avoir tenté de se faire du mal, et les groupes racialisés, les femmes et les parents d'enfants de moins de 18 ans étaient plus susceptibles de signaler une détérioration de leur santé mentale. Ces résultats préliminaires suggèrent que certains sous-groupes (soit les peuples autochtones, les groupes racialisés, les membres des communautés 2SLGBTQ+, les personnes ayant une incapacité, les personnes souffrant de problèmes de santé mentale) ont connu une détérioration de leur santé mentale et adopté davantage de comportements suicidaires depuis le début de la pandémie. Puisque ces sous-groupes sont également uniques, il sera essentiel de cerner et de comprendre les facteurs sous-jacents distincts qui contribuent à des résultats négatifs en matière de santé mentale au sein de

ces groupes. Des stratégies adaptées et ciblées visant à atteindre chacun de ces groupes marginalisés et à réduire l'impact de la COVID-19 sur la santé mentale pourraient être nécessaires.

Une enquête a été menée par la firme de recherche montréalaise Potloc et l'Association canadienne de santé publique entre le 1^{er} et le 6 avril^{62,63}. Sur les 578 travailleurs de la santé au Canada qui ont répondu, près de la moitié ont déclaré avoir besoin d'un soutien psychologique, alors que 67 % d'entre eux se sentaient anxieux, 49 % en danger, 40 % dépassés, 29 % désespérés et 28 % découragés et manquant de sommeil en raison de leur situation professionnelle. Bien que ces résultats mettent en lumière l'impact précoce de la COVID-19 sur les travailleurs de la santé, il est nécessaire de poursuivre les recherches pour comprendre si le virus aura un impact à plus long terme sur les personnes travaillant dans le secteur des soins de santé et quels en seront les effets précis. Des recherches supplémentaires seront également nécessaires pour déterminer l'impact de la COVID-19 sur d'autres groupes marginalisés et ceux qui pourraient avoir un risque plus élevé de suicide. Les hommes (notamment ceux qui sont plus âgés, qui ont perdu un conjoint ou une conjointe ou un emploi, ou qui vivent seuls), les jeunes autochtones et les personnes âgées (surtout celles qui bénéficient d'un soutien social limité et qui ont été placées dans un établissement de soins de longue durée ou qui en sont sorties) sont particulièrement vulnérables puisque ces groupes sont davantage exposés à un risque de suicide en temps normal.

Les centres de crise de l'ensemble du pays observent une hausse des appels directement liés à l'anxiété entourant la COVID-19 et à ses conséquences financières et sociales. De février à mars, Jeunesse, J'écoute a enregistré une augmentation de 170 % du volume d'appels et de 114 % du nombre de textos⁶⁴. Ces hausses touchaient les conversations sur l'isolement (hausse de 48 %), l'anxiété (hausse de 42 %) et la consommation de substances (hausse de 34 %). Le Service canadien de prévention du suicide a aussi constaté une augmentation du volume d'appels depuis le début de la pandémie, soit environ 50 % plus d'interactions par rapport à la même période l'an dernier. Le Service observe également des interactions plus intenses et a enregistré une hausse de 62 % des sauvetages actifs (lorsque les intervenants appellent les services d'urgence en raison d'un risque imminent de blessure ou d'un suicide en cours), deux tendances qui semblent s'accélérer⁶⁵. En comparaison, aux États-Unis, la ligne d'assistance téléphonique de la SAMHSA en cas de catastrophe a enregistré une hausse de 338 % en mars dernier par rapport à février, soit une augmentation de 891 % du volume d'appels par rapport à mars 2019⁶⁶. Le besoin accru de services de crise continuera probablement de se faire sentir tout au long de la pandémie et au cours des mois qui suivront.

Reconnaissant que l'éloignement physique peut empêcher de nombreuses personnes ayant déjà des problèmes de santé mentale de chercher de l'aide comme elles le font d'habitude, certains fournisseurs de services de crise ont suggéré que l'augmentation du volume peut inclure des personnes qui cherchent normalement de l'aide auprès d'une autre source⁶⁷. De plus, puisque la plupart des centres de crise canadiens dépendent largement de bénévoles, le soutien aux bénévoles existants et la formation de nouveaux bénévoles seront essentiels pour en assurer la viabilité à long terme puisque les bénévoles doivent faire face à leurs propres préoccupations tout au long de cette pandémie⁶⁸.

Facteurs de risque à surveiller

Bien que limitées, les recherches sur les pandémies antérieures, combinées à ce que nous savons sur l'impact des catastrophes naturelles et des récessions économiques, mettent en évidence plusieurs facteurs de risque qui exigent une attention particulière.

- **Déconnexion, isolement social et solitude.** Les personnes qui pensent au suicide peuvent manquer de contacts avec les autres et se déconnecter souvent des autres à mesure que le risque de suicide augmente⁶⁹. Le risque est accru dans notre environnement actuel, la plupart des gens connaissant une réduction de l'intégration sociale : leur vie quotidienne normale est perturbée et l'accès à leurs réseaux sociaux habituels est réduit, y compris le soutien communautaire et religieux⁷⁰⁻⁷². Il est particulièrement élevé chez les personnes âgées (surtout les hommes âgés qui vivent seuls ou qui ont récemment perdu leur conjoint ou conjointe), les personnes victimes de violence familiale, vivant seules et endeuillées par des décès liés à la COVID-19 qui n'ont qu'un soutien social limité.
- **Obstacles réels ou perçus aux soins de santé (y compris aux soins de santé mentale).** Bon nombre de personnes peuvent ne pas avoir accès à l'aide dont elles ont besoin par crainte de contracter la COVID-19 ou en raison des reportages dans les médias sur les établissements de soins de santé débordés, pouvant ainsi les amener à éviter les salles d'urgence, les bureaux de médecin ou d'autres services de santé. Dans certains cas, des personnes peuvent être amenées à annuler un rendez-vous ou à ne pas demander d'aide si elles sont incapables d'obtenir un service de garde ou un transport ou d'amener un proche pour un soutien supplémentaire^{73,74}. De nombreuses personnes, en particulier les personnes âgées et celles qui doivent faire face à des barrières culturelles ou linguistiques, peuvent dépendre d'autres personnes pour le transport, la traduction et le soutien lors des rendez-vous médicaux.
- **Maladie mentale préexistante, problèmes d'usage de substances ou idées suicidaires (y compris chez les groupes marginalisés).** La pandémie pourrait avoir un effet négatif sur d'autres facteurs de risque connus de suicide. Par exemple, les personnes qui pensaient déjà au suicide ou qui avaient des problèmes de santé mentale ou d'usage de substances avant la pandémie pourraient voir leurs symptômes s'aggraver et ne plus recevoir le soutien duquel elles dépendent⁷⁵. Les données des enquêtes nationales montrent que ce risque peut être plus marqué chez les groupes marginalisés comme les Autochtones, les personnes ayant une incapacité, les groupes racialisés et les membres des communautés 2SLGBTQ+^{76,77}.
- **Rôles vulnérables et personnes fortement exposées à la maladie.** Les taux de suicide élevés qui existaient chez les professionnels de la santé avant la pandémie sont maintenant accentués par des inquiétudes au sujet des infections, de l'exposition de membres de la famille, des collègues malades, de la pénurie d'équipement de protection individuelle nécessaire, et des installations débordées^{78,79}. Les travailleurs de la santé et de première ligne signalent des niveaux élevés d'anxiété, de dépression et d'insomnie. Les médias ont également mis en lumière les décès par suicide de membres du personnel infirmier et de médecins en Italie, au Royaume-Uni et aux États-Unis, lesquels font état de facteurs de stress liés à la prestation de soins dans des situations dangereuses (notamment dans des milieux de travail peu familiers et manquant de personnel)⁸⁰⁻⁸⁴.
- **Exposition à une large couverture médiatique négative.** En cette période de changement rapide, la couverture médiatique mondiale élargie montre une détresse, une incertitude et un désespoir

accrus, ainsi qu'un taux de mortalité croissant attribuable à la COVID-19⁸⁵⁻⁸⁷. L'exposition prolongée à une couverture médiatique négative et la médiatisation irresponsable du suicide sont associées à une hausse du nombre de suicides⁸⁸⁻⁹⁰.

Occasions d'influencer les tendances au Canada

La littérature fait état de plusieurs stratégies recommandées pour atténuer toute augmentation potentielle du risque de suicide. Les dirigeants du Canada doivent prôner un soutien universel continu, notamment un soutien gouvernemental adéquat pour des services de santé mentale et d'usage de substances, des investissements dans la recherche pour étudier les conséquences de la pandémie sur la santé mentale et la réponse de la santé publique, et une infrastructure pour élargir les services virtuels de santé mentale.

Une fois que ces mesures préventives universelles sont en place, la recherche démontre que les résultats sont positifs lorsque les facteurs de protection sont amplifiés sur le plan individuel. Reconnaissant qu'il n'existe pas d'approche unique en matière de soutien pendant une pandémie, la littérature confirme l'importance des efforts suivants.

- **Répondre aux préoccupations économiques (y compris le chômage).** Les tendances passées qui lient les récessions au suicide *peuvent* être stoppées, notamment en renforçant la protection sociale⁹¹⁻⁹⁶. Une étude fréquemment citée a révélé que les investissements financiers dans des programmes actifs du marché du travail qui aident les personnes à trouver un emploi rémunéré ou à accroître leur capacité de gain réduisaient l'impact du chômage sur le suicide. Elle a conclu que les gouvernements peuvent mieux protéger leurs citoyens grâce à des mesures qui permettent de maintenir les emplois et d'aider les personnes qui perdent leur emploi à s'en sortir et à reprendre rapidement le travail⁹⁷.
- **Élargir les modes de prestation de services de santé mentale.** Ce développement nécessite de s'attaquer aux obstacles à l'accès pour ceux qui n'ont pas de téléphone, d'ordinateur ou accès à Internet⁹⁸. Reconnaissant que les gens ne se sentent pas tous à l'aise avec les interactions virtuelles, il est important d'envisager d'autres milieux de traitement comme des espaces privés à l'extérieur ou des solutions créatives comme la distribution de téléphones pour permettre aux gens d'avoir de l'aide⁹⁹. Lorsque les approches en face à face demeurent l'option la plus appropriée (p. ex. pour les personnes souffrant de maladies mentales graves, celles qui ont des problèmes d'usage de substances ou qui sont en rétablissement, et les personnes hospitalisées), il faut s'assurer qu'un équipement de protection individuelle approprié est fourni. Il est important de sensibiliser le public au soutien disponible afin que les personnes qui en ont besoin sachent comment y accéder. Des investissements publics supplémentaires peuvent également être nécessaires pour surmonter les obstacles financiers.
- **Soutenir les personnes marginalisées et déceler le risque de suicide.** Il est essentiel d'accroître le soutien aux personnes appartenant à des groupes marginalisés (p. ex. Autochtones, personnes ayant une incapacité, groupes racialisés, membres des communautés 2SLGBTQ+), aux personnes vivant avec une maladie mentale, des problèmes d'alcool ou d'usage de substances, aux populations plus âgées, et aux personnes sans abri ou en situation d'insécurité sur le plan du

logement. Il est également important de déceler les signes de crise ou d'idées suicidaires chez les personnes qui ont accès à de l'aide¹⁰⁰⁻¹⁰³. Ces efforts peuvent nécessiter la formation d'autres sentinelles communautaires et l'élargissement des services de traduction pour ceux qui font face à des barrières culturelles et linguistiques.

- **Améliorer les contacts sociaux.** La recherche souligne l'importance de promouvoir les réseaux sociaux à distance et de maintenir des relations significatives par téléphone, par vidéo, dans les médias sociaux ou par d'autres moyens virtuels^{104,105}. Ces contacts peuvent être particulièrement importants pour les personnes qui ont un soutien social limité (p. ex. les personnes âgées), qui vivent seules ou qui sont victimes de violence familiale. La réduction des sentiments durables de solitude peut aider à protéger les personnes contre le suicide et la violence auto-infligée¹⁰⁶.
- **Miser sur l'espoir, la résilience et l'effet de « rassemblement ».** En mettant l'accent sur une mesure extérieure commune, les contacts sociaux et la résilience communautaire peuvent être renforcés lorsque les personnes qui vivent une expérience commune se soutiennent mutuellement. Cet effet peut être encore plus manifeste dans le climat actuel étant donné les récents progrès technologiques et la capacité accrue de se connecter à distance sur les plateformes de médias sociaux¹⁰⁷.
- **Favoriser des reportages médiatiques sûrs et responsables.** Ces reportages doivent notamment respecter les lignes directrices existantes (comme le projet [En-Tête : Reportage et santé mentale](#) du Forum des journalistes canadiens) et les lignes directrices propres à la COVID-19 (comme le document [Reporting on Suicide During the COVID-19 Pandemic](#) de l'Association internationale pour la prévention du suicide). Aussi, les reportages des médias devraient inclure les coordonnées de services de crise et de lignes d'assistance téléphonique pour ceux qui cherchent de l'aide^{108,109}.

Résumé

Bien que l'histoire démontre que la pandémie de COVID-19, ainsi que la récession économique prévue en découlant, est *susceptible* d'avoir un impact sur les taux de suicide, une hausse du nombre de suicides n'est *pas* inévitable¹¹⁰. En accordant une attention particulière aux risques, en mettant en œuvre des pratiques exemplaires en matière de prévention du suicide et en assurant une protection sociale solide, la population du Canada peut traverser la pandémie sans que le suicide entraîne de pertes de vie supplémentaires. Reconnaisant que les impacts de la COVID-19 seront complexes, se feront sentir à long terme et pourraient prendre du temps à se manifester pleinement, il sera essentiel d'adopter une vision à long terme en préconisant la croissance continue des mesures de soutien universelles (comme la ligne de crise et le portail [Espace mieux-être Canada](#)), un financement adéquat pour maintenir et améliorer les services de santé mentale et d'usage de substances, ainsi qu'une surveillance accrue et des recherches supplémentaires pour mieux comprendre les impacts dynamiques de la pandémie, maintenant et à l'avenir.

Références

- ¹ Reger, M.A., Stanley, I.H., et Joiner, T.E. (10 avril 2020). *Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019 — A Perfect Storm?* (Éditorial). *JAMA Psychiatry*. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1060>.
- ² Holmes, E.A., O'Connor, R.C., Perry, V.H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Cohen Silver, R., Everall, I., Ford, T., John, A., Kabir, T., King, K., Madan, I., Michie, S., Przybylski, A.K., Shafran, R., Sweeney, A. . . Bullmore, E. (2020). *Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: A call for action for mental health science* [exposé de position]. *Lancet Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1).
- ³ Wasserman, I.M. (1992). *The impact of epidemic, war, prohibition and media on suicide: United States, 1910-1920*. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22(2), 240-254. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1992.tb00231.x>.
- ⁴ Honigsbaum M. (2010). *The great dread: Cultural and psychological impacts and responses to the “Russian” influenza in the United Kingdom, 1889-1893*. *Social History of Medicine*, 23(2), 299-319. <https://doi.org/10.1093/shm/hkq011>.
- ⁵ Cheung, Y.T., Chau, P.H., et Yip, P.S.F. (2008). *A revisit on older adults suicides and severe acute respiratory syndrome (SARS) epidemic in Hong Kong*. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(12), 1231-1238. <https://doi.org/10.1002/gps.2056>.
- ⁶ Yip, P.S.F., Cheung, Y.T., Chau, P.H., et Law, Y.W. (2010). *The impact of epidemic outbreak: The case of severe acute respiratory syndrome (SARS) and suicide among older adults in Hong Kong*. *Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 31(2), 86-92. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000015>.
- ⁷ Yao, H., Chen, J.H., et Xu, Y.F. (2020). *Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic*. *Lancet Psychiatry*, 7(4), e21. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30090-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30090-0).
- ⁸ Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., Khan, M., O'Connor, R.C., Pirkis, J., et International COVID-19 Suicide Prevention Research Collaboration. (2020). *Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic*. *Lancet Psychiatry*, 7(6), 468-471. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1).
- ⁹ Chan, S.M.S., Chiu, F.K.H., Lam, C.W.L., Leung, P.Y.V., et Conwell, Y. (2006). *Elderly suicide and the 2003 SARS epidemic in Hong Kong*. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 21(2), 113-118. <https://doi.org/10.1002/gps.1432>.
- ¹⁰ Liu, X., Kakade, M., Fuller, C.J., Fan, B., Fang, Y., Kong, J., Guan, Z., et Wu, P. (2012). *Depression after exposure to stressful events: Lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic*. *Comprehensive Psychiatry*, 53(1), 15-23. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.02.003>.
- ¹¹ Cheng, S.K.-W., Tsang, J.S.-K., Ku, K.-H., Wong, C.-W., et Ng, Y.K. (2004). *Psychiatric complications in patients with severe acute respiratory syndrome (SARS) during the acute treatment phase: A series of 10 cases*. *British Journal of Psychiatry*, 184(4), 359-360. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.4.359>.
- ¹² Chua, S.E., Cheung, V., McAlonan, G.M., Cheung, C., Wong, J.W.S., Cheung, E.P.T., Chan, M.T.Y., Wong, T.K.W., Choy, K.M., Chu, C.M., Lee, P.W.H., et Tsang, K.W.T. (2004). *Stress and psychological impact on SARS patients during the outbreak*. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(6), 385-390. <https://doi.org/10.1177/070674370404900607>.
- ¹³ Cheng, S.K., et Wong, C.W. (2005). *Psychological intervention with sufferers from severe acute respiratory syndrome (SARS): Lessons learnt from empirical findings*. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 12(1), 80-86. <https://doi.org/10.1002/cpp.429>.
- ¹⁴ Mak, I.W.C., Chu, C.M., Pan, P.C., Yiu, M.G.C., et Chan, V.L. (2009). *Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors*. *General Hospital Psychiatry*, 31(4), 318-326. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2009.03.001>.
- ¹⁵ Lee, D.T.S., Sahota, D., Leung, T.N., Yip, A.S.K., Lee, F.F., et Chung, T.K.H. (2006). *Psychological responses of pregnant women to an infectious outbreak: A case-control study of the 2003 SARS outbreak in Hong Kong*. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(5), 707-713. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.08.005>.

- ¹⁶ Hawryluck, L., Gold, W.L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., et Styra, R. (2004). *SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. Emerging Infectious Diseases*, 10(7), 1206-1212. <https://doi.org/10.3201/eid1102.040760>.
- ¹⁷ Cheung, et autres. (2008). *A revisit on older adults suicides and severe acute respiratory syndrome (SARS) epidemic in Hong Kong*.
- ¹⁸ Gunnell, et autres. (2020). *Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic*.
- ¹⁹ Chan, et autres. (2006). *Elderly suicide and the 2003 SARS epidemic in Hong Kong*.
- ²⁰ Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., et Hu, S. (2020). *Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. JAMA Psychiatry*, 3(3), Article e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>.
- ²¹ Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V.G., Papoutsis, E., et Katsaounou, P. (2020). *Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among health-care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 901-907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>.
- ²² Tucci, V., Moukaddam, N., Meadows, J., Shah, S., Galwankar, S.C., et Kapur, G.B. (2017). *The forgotten plague: Psychiatric manifestations of Ebola, Zika, and emerging infectious diseases. Journal of Global Infectious Diseases*, 9(4), 151-156. https://doi.org/10.4103/jgid.jgid_66_17.
- ²³ Keita, M.M., Taverne, B., Savané, S.S., March, L., Doukoure, M., Sow, M.S., Touré, A., Etard, J.F., Barry, M., Delporte, E., et PostEboGui Study Group (2017). *Depressive symptoms among survivors of Ebola virus disease in Conakry (Guinea): Preliminary results of the PostEboGui cohort. BMC Psychiatry*, 17, Article 127. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1280-8>.
- ²⁴ Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., et Rubin, G.J. (2020). *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. Lancet*, 395, 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).
- ²⁵ Kölves, K., Kölves, K.E., et De Leo, D. (2013). *Natural disasters and suicidal behaviours: A systematic literature review. Journal of Affective Disorders*, 146(1), 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.07.037>.
- ²⁶ Brooks, et autres (2020). *The psychological impact of quarantine and how to reduce it*.
- ²⁷ Kölves, et autres (2013). *Natural disasters and suicidal behaviours*.
- ²⁸ Oyesanya, M., Lopez-Morinigo, J., et Dutta, R. (2015). *Systematic review of suicide in economic recession. World Journal of Psychiatry*, 5(2), 243-254. <https://doi.org/10.5498/wjp.v5.i2.243>.
- ²⁹ Chang, S.-S., Stuckler, D., Yip, P., et Gunnell, D. (2013). *Impact of 2008 global economic crisis on suicide: Time trend study in 54 countries. BMJ*, 347, Article f5239. <https://doi.org/10.1136/bmj.f5239>.
- ³⁰ Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., et McKee, M. (2009). *The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: An empirical analysis. Lancet*, 374(9686), 315-323. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61124-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61124-7).
- ³¹ Reeves, A., McKee, M., et Stuckler, D. (2014). *Economic suicides in the great recession in Europe and North America. British Journal of Psychiatry*, 205(3), 246-247. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.144766>.
- ³² Barr, B., Taylor-Robinson, D., Scott-Samuel, A., McKee, M., et Stuckler, D. (2012). *Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: Time trend analysis. BMJ*, 345, Article e5142. <https://doi.org/10.1136/bmj.e5142>.
- ³³ Norström, T., et Grönqvist, H. (2015). *The great recession, unemployment and suicide. Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(2), 110-116. <https://doi.org/10.1136/jech-2014-204602>.
- ³⁴ Chang, et autres. (2013). *Impact of 2008 global economic crisis on suicide: Time trend study in 54 countries*.
- ³⁵ Stuckler, et autres (2009). *The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe*.
- ³⁶ Chang, et autres. (2013).
- ³⁷ Reeves, et autres. (2014). *Economic suicides in the great recession in Europe and North America*.
- ³⁸ Barr, et autres (2012). *Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: Time trend analysis*.
- ³⁹ Reger, et autres. (10 avril 2020). *Suicide mortality and coronavirus disease 2019 — A perfect storm?*
- ⁴⁰ Oyesanya, et autres. (2015). *Systematic review of suicide in economic recession*.

- ⁴¹ Reeves, et autres. (2014).
- ⁴² Kerr, W.C., Kaplan, M.S., Huguet, N., Caetano, R., Giesbrecht, N., et McFarland, B.H. (2017). *Economic recession, alcohol, and suicide rates: Comparative effects of poverty, foreclosure, and job loss*. *American Journal of Preventive Medicine*, 52(4), 469-475. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.09.021>.
- ⁴³ Kerr, et autres. (2017). *Economic recession, alcohol, and suicide rates*:
- ⁴⁴ Statistique Canada (2020). *Comment les Canadiens vivent-ils la situation liée à la COVID-19?* [Fiche d'information]. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/11-627-m/11-627-m2020029-fra.pdf?st=Ure4Hm81>.
- ⁴⁵ Kerr, et autres. (2017).
- ⁴⁶ McIntyre, R.S., et Lee, Y. (2020). *Projected increases in suicide in Canada as a consequence of COVID-19*. *Psychiatry Research*, 290, Article 113104. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113104>.
- ⁴⁷ Stuckler, et autres (2009).
- ⁴⁸ Reeves, et autres. (2014).
- ⁴⁹ Barr, et autres (2012).
- ⁵⁰ Norström et Grönqvist (2015). *The great recession, unemployment and suicide*.
- ⁵¹ Peeples, L. (23 janvier 2019). *How the next recession could save lives*. *Nature*, 565(7740), 412-415. <https://doi.org/10.1038/d41586-019-00210-0>.
- ⁵² Matsubayashi, T., Sekijima, K., et Ueda, M. (2020). *Government spending, recession, and suicide: Evidence from Japan*. *BMC Public Health*, 20, Article 243. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8264-1>.
- ⁵³ Morneau Shepell (2 avril 2020). *Selon l'Indice de santé mentale, les Canadiens ressentent des niveaux d'anxiété sans précédent* [Communiqué]. <https://morneaushepell-fr.mediaroom.com/2020-04-02-Selon-l-Indice-de-sante-mentale-les-Canadiens-ressentent-des-niveaux-danxiete-sans-precedent>.
- ⁵⁴ Arim, R., et Findlay, L. (2020). *Les Canadiens perçoivent leur santé mentale comme étant moins bonne pendant la pandémie de COVID-19*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/45280001202000100003>.
- ⁵⁵ Commission de la santé mentale du Canada (2020). *Canadians report an increase in feeling stressed regularly or all the time now compared to one month before COVID-19* [Ensemble de données] (document de Nanos 2020-1636). https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2020-05/nanos_covid_may_2020.pdf
- ⁵⁶ Statistique Canada (27 mai 2020). *La santé mentale des Canadiens durant la pandémie de COVID-19*. *Le Quotidien*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200527/dq200527b-fra.htm>.
- ⁵⁷ Commission de la santé mentale du Canada (2020). *Canadians report an increase in feeling stressed regularly or all the time now compared to one month before COVID-19*.
- ⁵⁸ Statistique Canada (27 mai 2020). *La santé mentale des Canadiens durant la pandémie de COVID-19*.
- ⁵⁹ Statistique Canada (27 mai 2020).
- ⁶⁰ Association canadienne pour la santé mentale (25 juin 2020). *Signaux d'alarme : plus de Canadiennes et Canadiens songent au suicide depuis le début de la pandémie* [Communiqué]. <https://cmha.ca/fr/news/signaux-dalarme-plus-de-canadiennes-et-canadiens-songent-au-suicide-depuis-le-debut-de-la-pandemie>.
- ⁶¹ Association canadienne pour la santé mentale, Mental Health Foundation, Université de la Colombie-Britannique, Maru/Matchbox, et Agenda Collaborative. (2020). *Santé mentale : Les conséquences de la COVID-19 sur les populations vulnérables* [Résumé de l'enquête]. https://cmha.ca/wp-content/uploads/2020/06/FR_UBC-CMHA-COVID-19-Report.FINAL2_.pdf
- ⁶² McKinley, S. (17 avril 2020). *Canadian health workers on COVID-19 front line say they need mental health support, poll says*. *Toronto Star*. <https://www.thestar.com/news/canada/2020/04/16/canadian-health-workers-on-covid-19-front-line-say-they-need-mental-health-support-poll-indicates.html>.
- ⁶³ Potloc et Association canadienne pour la santé mentale (2020). *Au cœur de la pandémie de COVID-19, les professionnels de santé canadiens nous font part de leurs ressentis*. <https://potloc.com/blog/fr/etude-potloc-pandemie-covid-19-professionnels-de-sante-canadiens-ressentis/>.
- ⁶⁴ Jeunesse, J'écoute (2020). *Réponse à la COVID-19* [Document non publié].

- ⁶⁵ Wright, T. (27 avril 2020). *Crisis lines face volunteer, cash crunch even as COVID-19 drives surge in calls*. *La Presse canadienne*. <https://www.thestar.com/news/canada/2020/04/27/crisis-lines-in-canada-face-volunteer-cash-crunch-even-as-covid-19-drives-surge-in-calls.html>.
- ⁶⁶ Levine, M. (7 avril 2020). *Calls to US helpline jump 891%, as White House is warned of mental health crisis*. *ABC News*. <https://abcnews.go.com/Politics/calls-us-helpline-jump-891-white-house-warned/story?id=70010113>.
- ⁶⁷ Wright (27 avril 2020). *Crisis lines face volunteer, cash crunch even as COVID-19 drives surge in calls*.
- ⁶⁸ Wright (27 avril 2020).
- ⁶⁹ Reger, et autres. (10 avril 2020).
- ⁷⁰ Reger, et autres. (10 avril 2020).
- ⁷¹ Yip, et autres. (2010).
- ⁷² Gunnell, et autres. (2020).
- ⁷³ Reger, et autres. (10 avril 2020).
- ⁷⁴ Yip, et autres. (2010).
- ⁷⁵ Gunnell, et autres. (2020).
- ⁷⁶ Association canadienne pour la santé mentale (25 juin 2020). *Signaux d'alarme : plus de Canadiennes et Canadiens songent au suicide depuis le début de la pandémie*.
- ⁷⁷ Association canadienne pour la santé mentale et autres (2020). *Santé mentale : Les conséquences de la COVID-19 sur les populations vulnérables*.
- ⁷⁸ Reger, et autres. (10 avril 2020).
- ⁷⁹ Gunnell, et autres. (2020).
- ⁸⁰ Lai, et autres. (2020). *Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019*.
- ⁸¹ Pappa, et autres. (2020). *Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among health-care workers during the COVID-19 pandemic*.
- ⁸² Panayi, A. (3 avril 2020). *COVID-19 is likely to lead to an increase in suicides*. *Scientific American*. <https://blogs.scientificamerican.com/observations/covid-19-is-likely-to-lead-to-an-increase-in-suicides/>.
- ⁸³ Watkins, A., Rothfeld, M., Rashbaum, W.K., et Rosenthal, B.M. (27 avril 2020). *Top E.R. doctor who treated virus patients dies by suicide*. *New York Times*. <https://www.nytimes.com/2020/04/27/nyregion/new-york-city-doctor-suicide-coronavirus.html>.
- ⁸⁴ Beautrais, A. (Avril 2020). *Stress and suicide in medical students and physicians* [Commentaire]. *New Zealand Medical Student Journal*, (30), 11-14. 12565-stress-and-suicide-in-medical-students-and-physicians.pdf.
- ⁸⁵ Reger, et autres. (10 avril 2020).
- ⁸⁶ Yip, et autres. (2010).
- ⁸⁷ Garfin, D.R., Silver, R.C., et Holman, E.A. (2020). *The novel coronavirus (COVID-2019) outbreak: Amplification of public health consequences by media exposure*. *Health Psychology*, 39(5). 355-357. <https://doi.org/10.1037/hea0000875>.
- ⁸⁸ Honigsbaum M. (2010). *The great dread: Cultural and psychological impacts and responses to the 'Russian' influenza in the United Kingdom, 1889-1893*.
- ⁸⁹ Cheung, et autres. (2008).
- ⁹⁰ Niederkrotenthaler, T., Braun, M., Pirkis, J., Till, B., Stack, S., Sinyor, M., Tran, U.S., Voracek, M., Cheng, Q., Arendt, F., Scherr, S., Yip, P.S.F., et Spittal, M.J. (2020). *Association between suicide reporting in the media and suicide: Systematic review and meta-analysis*. *BMJ*, 368, Article m575. <https://doi.org/10.1136/bmj.m575>.
- ⁹¹ Stuckler, et autres (2009).
- ⁹² Reeves, et autres. (2014).
- ⁹³ Barr, et autres (2012).
- ⁹⁴ Norström et Grönqvist (2015).
- ⁹⁵ Peebles (23 janvier 2019). *How the next recession could save lives*.
- ⁹⁶ Matsubayashi, et autres. (2020). *Government spending, recession, and suicide: Evidence from Japan*.

- ⁹⁷ Stuckler, et autres (2009).
- ⁹⁸ Reger, et autres. (10 avril 2020).
- ⁹⁹ Reger, et autres. (10 avril 2020).
- ¹⁰⁰ Reger, et autres. (10 avril 2020).
- ¹⁰¹ Yip, et autres. (2010).
- ¹⁰² Gunnell, et autres. (2020).
- ¹⁰³ Reeves, et autres. (2014).
- ¹⁰⁴ Reger, et autres. (10 avril 2020).
- ¹⁰⁵ Brooks, et autres (2020).
- ¹⁰⁶ Holmes, et autres. (2020). *Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: A call for action for mental health science.*
- ¹⁰⁷ Reger, et autres. (10 avril 2020).
- ¹⁰⁸ Reger, et autres. (10 avril 2020).
- ¹⁰⁹ Garfin, et autres. (2020). *The novel coronavirus (COVID-2019) outbreak: Amplification of public health consequences by media exposure.*
- ¹¹⁰ Gunnell, et autres. (2020).



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada



Commission de la santé mentale du Canada

Bureau 1210, 350 rue Albert
Ottawa, ON K1R 1A4

Tel : 613.683.3755
Fax : 613.798.2989

infocsmc@commissionsantementale.ca
www.commissionsantementale.ca

[🐦 @CSMC_MHCC](https://twitter.com/CSMC_MHCC) [📘 /theMHCC](https://www.facebook.com/theMHCC) [▶ /1MHCC](https://www.youtube.com/channel/UC1MHCC) [📷 @theMHCC](https://www.instagram.com/theMHCC)
[in /Mental Health Commission of Canada](https://www.linkedin.com/company/mental-health-commission-of-canada)