

*Un pont*  
**sécuritaire**  
*pour tous*

***Recommandations  
du Groupe de travail  
sur les suicides  
depuis le pont Jacques-Cartier***

***Rapport déposé au coroner Paul G. Dionne***

***Octobre 2002***

© Direction de santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (2002)  
Tous droits réservés

Dépôt légal : 4<sup>e</sup> trimestre 2002  
Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN : 2-89494-361-X

## **REMERCIEMENTS**

Nous voulons remercier, dans un premier temps, les personnes qui ont fait parvenir au coroner Dionne ou à la Direction de santé publique des suggestions et des pistes de recommandations pour contrer les nombreux décès par suicide. Nous leur en savons gré. Certaines recommandations qui ont été jugées prioritaires par le groupe de travail visent directement à corriger des problèmes qu'elles ont identifiés.

Nous adressons nos plus sincères remerciements aux membres du groupe de travail qui, malgré un horaire chargé, ont participé assidûment et activement aux rencontres de travail. Plusieurs membres n'ont pas hésité à documenter, voire à mener des démarches de consultation dans leur propre milieu ou auprès d'autres experts pour soutenir les travaux du groupe. À cet égard nous aimerions souligner de façon particulière les contributions du Dr Marie-Carmen Plante, de Mme Marie Julien et de M. Brian Mishara.

Outre les membres du groupe de travail, d'autres personnes ont contribué aux travaux du comité et nous les en remercions. Nous pensons au professeur Steven Stack du Wayne State University, au Dr Robert Perreault, médecin-conseil à la Direction de santé publique de Montréal-Centre, à Mme Deborah Bonney et à M. Jean Luc Moisan responsables des communications, également de la Direction de santé publique.

Nous tenons à souligner le travail de Mme Mylène Drouin, qui a participé à la rédaction du rapport, Mme Diane Martel, qui a assuré la révision linguistique du document et M. Paul Cloutier responsable du graphisme. Enfin nous souhaitons remercier Mme France Bazin pour le soutien logistique à l'organisation des rencontres.

### **Responsable de projet :**

Richard Lessard

### **Coordination :**

Francine Trickey

Stéphane Perron

## RÉSUMÉ DU RAPPORT

Les recommandations d'interventions, proposées par les membres du groupe de travail pour réduire les suicides à partir du pont Jacques Cartier, s'appuient sur l'état des connaissances et le point de vue des experts pour contrer les suicides en général et les suicides par saut à partir d'un pont en particulier.

Les travaux ont permis de faire ressortir que le suicide est un phénomène complexe. Certaines tendances émergent malgré tout de cette complexité. Les crises suicidaires sont habituellement de courte durée et, lorsqu'une intervention se fait au moment de la crise, les personnes sont la plupart du temps reconnaissantes et soulagées de recevoir de l'aide. Habituellement, la personne qui planifie de mettre fin à ses jours imagine une méthode très précise plutôt qu'un ensemble de méthodes. Le choix de la méthode pour une même personne demeure habituellement stable et peu de personnes vont imaginer ou essayer une autre méthode même après une tentative avortée. Contrairement aux croyances populaires, la réduction de l'accès à un moyen précis entraîne rarement un déplacement vers d'autres moyens et d'autres lieux de suicide.

Les travaux ont aussi mis en lumière certains problèmes relatifs aux individus qui ont tenté ou complété un suicide. Chez les individus ayant fait une tentative de suicide, l'accueil et la prise en charge sont trop souvent déficients. Chez les individus qui se sont suicidés, la couverture médiatique de l'événement est souvent inadéquate et contribue à accroître les tentatives de suicide.

En s'appuyant sur l'état des connaissances actuelles en matière de prévention du suicide, le groupe de travail a émis huit recommandations visant spécifiquement la réduction des suicides au pont Jacques-Cartier. Ces recommandations ont toutes été jugées réalistes et souhaitables. Le groupe de travail est conscient que ces recommandations ne touchent qu'une proportion des cas de suicide

au Québec. Toutefois, à notre connaissance, aucun autre lieu n'est responsable d'autant de décès par traumatismes chaque année de façon récurrente. Le groupe de travail insiste donc pour que ces mesures soient mises en place le plus rapidement possible pour corriger la situation.

Les deux recommandations principales sont :

- d'installer des barrières anti-saut sur le pont Jacques-Cartier;
- d'identifier trois ou quatre hôpitaux qui accueilleraient et planifieraient le suivi des personnes qui font des tentatives de suicides depuis le pont Jacques-Cartier.

Les autres recommandations sont :

- d'installer des téléphones dédiés et des affiches sur le pont;
- d'implanter une équipe de patrouille civile à vélo sur le pont;
- de favoriser le dépistage des personnes suicidaires en faisant appel à des groupes ciblés et en utilisant des caméras de surveillance;
- d'assurer la formation des acteurs en première ligne et la mise à jour régulière de celle-ci;
- de sensibiliser les médias au phénomène de contagion et de favoriser une couverture médiatique responsable pour réduire les risques de suicide;
- de mettre en place un mécanisme de suivi des recommandations.

## **COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL**

### **Les membres**

---

**Marie-Claude Audet**

Administrateur opération  
Centre d'urgence 911, Ville de Montréal

**Pierre Beaudoin**

Directeur général  
Les Ponts Jacques-Cartier et Champlain inc.

**Michel Carignan**

Responsable de la planification  
Corporation d'Urgences-santé du Montréal-  
métropolitain

**Michel Champagne**

Chef de division  
Service de sécurité et des incendies de  
Montréal (SSIM)

**Michel Gendron**

Conseiller en développement communautaire  
Service du développement social  
et communautaire  
Ville de Montréal

**Pierre Henri**

Inspecteur  
Sûreté du Québec

**Karen Hetherington**

Conseillère en santé mentale  
Direction de la programmation  
RRSSS de Montréal-Centre

**Marie Julien**

Agente de recherche  
Direction de santé publique, Régie régionale  
de la santé et des services sociaux (RRSSS)  
de la Montérégie,

**André Lachapelle**

Directeur général adjoint  
Services aux citoyens  
Ville de Longueuil

**Brigitte Lavoie,**

Directrice générale  
Suicide-Action Montréal (SAM)

**Brian L.Mishara**

Directeur  
Centre de recherche sur le suicide de l'UQAM

**Martine Ouellet**

Conseillère corporative, service à la clientèle  
et communication  
Société de transport de Montréal

**Paul-André Perron**

Bureau du coroner  
Ministère de la sécurité publique

**Marie-Carmen Plante**

Psychiatre  
CHUM

### **Président**

---

**Richard Lessard**

Directeur de santé publique, Régie régionale  
de la santé et des services sociaux (RRSSS)  
de Montréal-Centre

### **Coordonnateurs**

---

**Stéphane Perron**

Résident en santé publique  
Direction de santé publique, RRSSS de  
Montréal-Centre

**Francine Trickey**

Adjointe à la responsable  
Unité Écologie humaine et sociale  
Direction de santé publique, RRSSS de  
Montréal-Centre

## TABLE DES MATIÈRES

<i>Remerciements</i>	3
<i>Résumé du rapport</i>	4
<i>Composition du groupe de travail</i>	5
<b>1. État de situation</b>	<b>7</b>
<b>2. Problématique</b>	<b>8</b>
<b>3. Le Pont Jacques-Cartier</b>	<b>12</b>
<b>4. Bilan des interventions lors d'une tentative de suicide</b>	<b>14</b>
<b>5. Perspectives d'action : recension des interventions</b>	<b>16</b>
<b>6. Éléments de réflexion à la base des recommandations</b>	<b>18</b>
<b>7. Une stratégie d'action face au suicide</b>	<b>20</b>
<b>8. Recommandations</b>	<b>21</b>
<b>9. Conclusion</b>	<b>29</b>
<b>10. Références</b>	<b>30</b>

## LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET GRAPHIQUES

<i>Figure 1 : Principaux lieux de suicide par saut, Québec, 1995-1999</i>	8
<i>Figure 2 : Facteurs impliqués dans la genèse d'une crise suicidaire</i>	9
<i>Figure 3 : Les recommandations selon les axes de la stratégie d'action</i>	20
<i>Tableau 1 : Éléments d'une stratégie de diffusion responsable des cas de suicide dans les médias</i>	19

# 1. ÉTAT DE SITUATION

## **Rappel du mandat**

Le 31 janvier 2002, profitant du dépôt préliminaire d'un rapport d'investigation sur le suicide d'un homme de 34 ans à partir du pont Jacques-Cartier, le coroner Paul G. Dionne demandait la formation d'un groupe de travail pour l'aider à formuler des recommandations en vue de réduire le nombre important de suicides qui, chaque année, se produit sur le pont Jacques-Cartier. Le docteur Richard Lessard, directeur de santé publique de Montréal-Centre, acceptait de présider ce groupe de travail regroupant des décideurs de la gestion du pont, des milieux policiers, pompiers, ambulanciers, ainsi que des professionnels et gestionnaires des milieux de la santé, des services sociaux et communautaires.

Le mandat du groupe de travail se lisait comme suit :

- dresser le portrait et les principales circonstances des suicides sur le pont Jacques-Cartier depuis les cinq dernières années;
- dresser le bilan critique des interventions efficaces;
- proposer des mesures réalistes et efficaces, faisables au plan technique et financier et implantables à court et à moyen terme afin de réduire le problème des suicides sur le pont Jacques-Cartier;
- voir à inscrire ces mesures dans le plan de prévention du suicide des régions concernées;
- identifier des pistes d'action efficaces qui seraient exportables à d'autres lieux à risque;
- s'assurer que les personnes et les organismes sur lesquels reposent les mesures proposées soient clairement identifiés;
- développer une stratégie pour faciliter la mise en place et le suivi des recommandations.

Pour répondre à ce mandat, le directeur de santé publique a commandé une brève recension des écrits sur le suicide et les suicides par

saut. De plus, il a animé six rencontres avec le groupe de travail entre les mois de mars et septembre 2002. De plus, pour alimenter la réflexion sur les différents enjeux émergeant de la littérature scientifique et des rencontres avec le groupe de travail, le directeur a mené des consultations auprès d'experts dans le domaine de la prévention du suicide, de l'organisation des services en santé mentale, d'agents chargés de la sécurité des usagers du pont et du directeur des Ponts Jacques-Cartier et Champlain Inc. Les recommandations présentées ici pour réduire les suicides au pont Jacques-Cartier découlent de l'ensemble de ces démarches.

## **Perspective**

Lorsque des traumatismes se produisent à répétition à un même endroit, il importe de s'interroger sur la faisabilité d'apporter des mesures correctives au lieu à risque dans le but de protéger la population. Cette vision s'inspire des stratégies multiniveaux prônées en prévention des traumatismes, qui ont engendré une baisse très importante des accidents de la circulation.

Selon le coroner Paul G. Dionne, pour contrer le phénomène du suicide, il est souhaitable que les interventions des différents acteurs soient intégrées et que des protocoles d'interventions efficaces soient implantés. Dans l'esprit du coroner, ce groupe de travail sur les suicides au pont Jacques-Cartier servirait de laboratoire d'où pourraient émerger de nouvelles approches et de nouveaux modèles de collaboration entre les intervenants.

Le présent rapport aborde la problématique du suicide et du suicide par saut; décrit brièvement le pont Jacques-Cartier et les interventions qui y sont menées présentement lors de tentatives de suicide; et présente diverses perspectives d'actions et recommandations pour diminuer les risques de suicide à partir de ce pont.

## 2. PROBLÉMATIQUE

### **Importance du suicide et du suicide par saut au Québec**

Le suicide est une problématique sociale préoccupante pour la société québécoise. La tendance à la hausse des suicides au Québec et la grande souffrance qui y est associée ont conduit à un engagement et à une volonté d'action pour la prévention du suicide. La Stratégie québécoise d'action face au suicide témoigne de cet engagement et identifie les grands objectifs et les pistes d'action à privilégier pour réduire le suicide.<sup>1</sup>

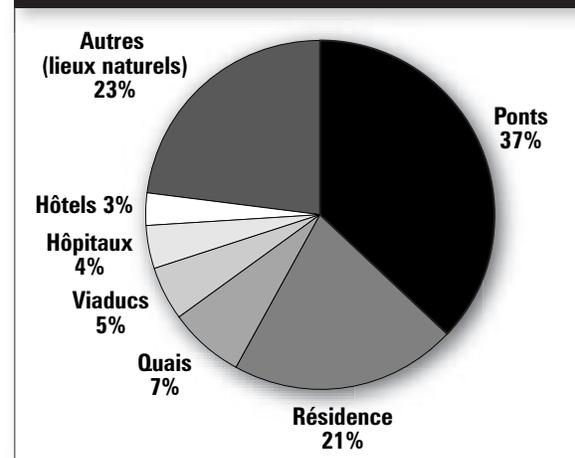
Les taux de suicide dans la population du Québec sont en augmentation constante depuis les dernières décennies. En 1999, 1597 Québécois et Québécoises se sont enlevés la vie.<sup>2</sup> Les hommes sont particulièrement touchés par le suicide, étant victimes de quatre suicides sur cinq au Québec. Le suicide chez les hommes est la quatrième cause d'années potentielles de vie perdue et dépasse le cancer du poumon et les cardiopathies ischémiques.<sup>2</sup> Il est la première cause de mortalité chez les hommes de 15 à 29 ans, chez qui environ 4 décès sur 10 lui sont attribuables.<sup>1,2</sup> Chez les femmes de 20 à 24 ans, le suicide représente près de 3 décès sur 10.<sup>2</sup>

De leur côté, les suicides par saut, même s'ils ne représentent que 4% (1992-1994) de l'ensemble des suicides au Québec, peuvent constituer une proportion importante des suicides pour certaines régions.<sup>1</sup> Par rapport à d'autres méthodes utilisées, la létalité des tentatives de suicide par saut est très élevée et les individus qui y survivent nécessitent souvent des soins médicaux intensifs et en ressortent avec des séquelles physiques multiples et permanentes.<sup>3</sup>

Pour l'ensemble du Québec, de 1995 à 1999, 104 femmes et 260 hommes se sont suicidés par saut.<sup>4</sup> Plus de la moitié de ces suicides ont eu lieu soit à partir d'un pont, soit à la

résidence de la victime. La figure 1 illustre la distribution des principaux lieux de suicides par saut pour l'ensemble du Québec.<sup>4</sup>

**Figure 1 : Principaux lieux de suicide par saut, Québec, 1995-1999**



Les lieux utilisés par les individus qui se suicident par saut sont différents dans l'île de Montréal lorsque comparés à l'ensemble du Québec : une plus grande proportion de sauts a lieu à la résidence (36%) et une plus faible proportion (12%) survient à partir d'un site naturel.<sup>4</sup>

### **L'origine d'une crise suicidaire**

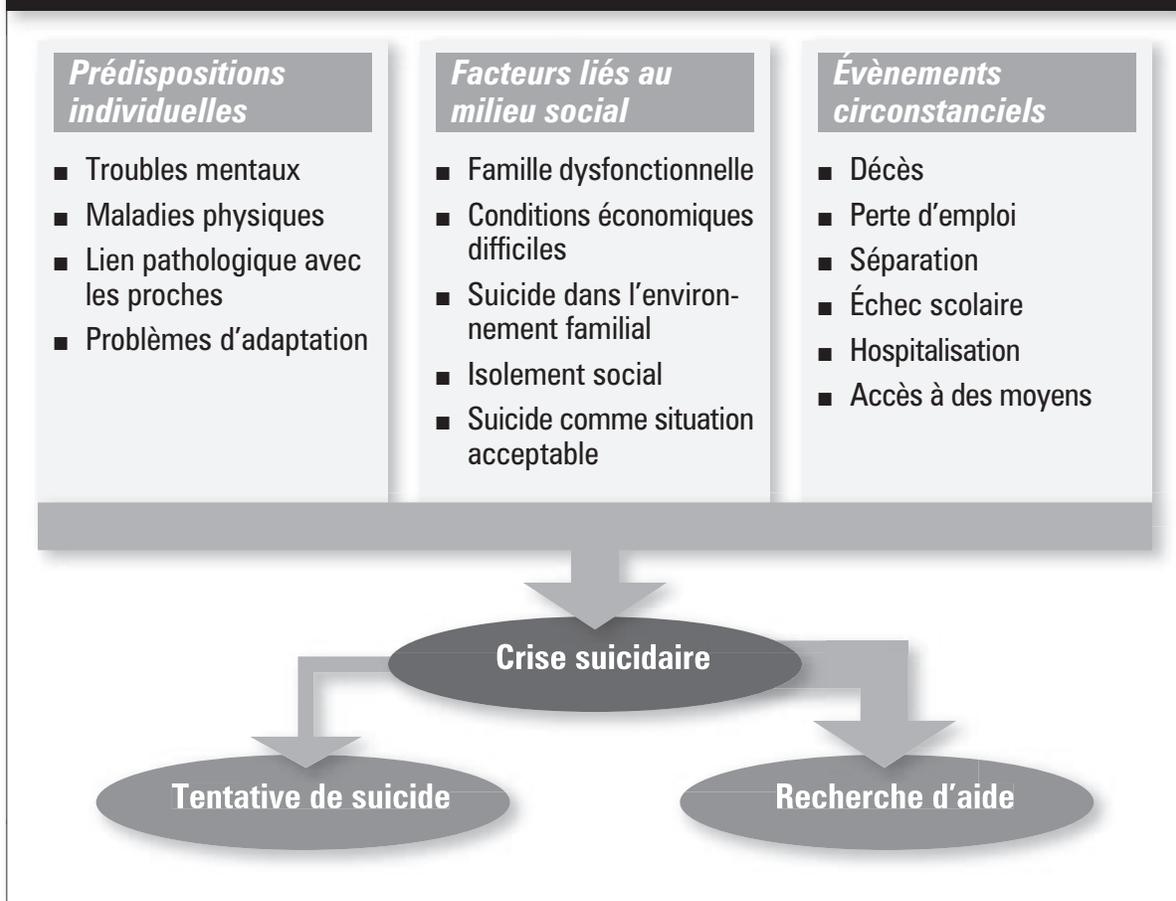
Les tentatives de suicide résultent de situations intolérables, où l'individu en arrive à ne plus voir d'autres solutions que la mort pour mettre fin à sa souffrance. Pour certains, « la vie en arrive à faire plus peur que la mort ».<sup>5</sup>

Le suicide est un phénomène complexe déterminé par l'interaction de plusieurs facteurs propres à l'individu et à son environnement physique et social. Les individus avec des prédispositions psychologiques, comportementales ou physiques, qui vivent de surcroît en milieu défavorisé, sont les plus vulnérables. Les prédispositions individuelles incluent les troubles mentaux, ainsi que la présence de maladies

physiques, les liens pathologiques avec les proches et les problèmes d'adaptation. Ces problèmes sont souvent amplifiés chez les individus qui abusent d'alcool ou de drogue. La figure 2 présente les principaux facteurs de risque de suicide en fonction du cadre étiologique présenté dans *la Stratégie québécoise d'action face au suicide*.<sup>1</sup> Selon ce modèle, la tentative de suicide survient dans la plupart des cas lorsqu'un individu fragilisé, dans un contexte social particulier, fait face à des événements circonstanciels traumatisants qui déclenchent une crise suicidaire.

semblent jouer un rôle majeur. Certaines études toutefois pointent vers une plus grande proportion de personnes ayant des troubles mentaux parmi ceux qui se suicident par saut. Ainsi, des études menées en Australie, à Athènes et en Israël rapportent que de 35% à 45% des cas de suicides par saut se produisent chez des personnes ayant un diagnostic de schizophrénie. Ce pourcentage serait plus faible (10%) en Grande-Bretagne.<sup>6</sup> Une hypothèse mise de l'avant est que les patients avec un diagnostic psychiatrique auraient un accès plus limité à d'autres moyens, telles les armes à feu.<sup>7</sup>

**Figure 2 : Facteurs impliqués dans la genèse d'une crise suicidaire**



### **Facteurs associés au suicide par saut**

Les caractéristiques des individus qui se suicident par saut ne semblent pas très différentes de celles des individus qui se suicident par une autre méthode. L'attrait du suicide par saut semble davantage contextuel : l'accès et la symbolique

Autre facteur d'intérêt, environ le tiers et la moitié des personnes qui se suicident par saut auraient déjà fait une tentative de suicide.<sup>6</sup> Pour les suicides en général, cette proportion est similaire et varie entre 25% et 40%.<sup>8,9</sup>

La fréquence des suicides par saut dépend, entre autres, de l'accessibilité de ce moyen. Dans certaines villes où un pourcentage élevé de la population vit dans des logements en hauteur, la proportion de suicides par saut peut être très élevée.<sup>10,11</sup> À Singapour, en 1976, la moitié des suicides étaient par saut.<sup>10</sup> L'accessibilité par voie piétonne sur les ponts joue aussi un rôle : dans la ville de San Francisco, les taux de suicide par saut sont 46 fois plus élevés au Golden Gate bridge, qu'au San Francisco-Oakland Bay Bridge, un pont parallèle qui ne possède pas de voie piétonne.<sup>12</sup>

### ***Phénomène du déplacement***

Lorsque nous nous intéressons à un lieu à haut risque pour le suicide, la première question qui surgit est celle du déplacement : les personnes se suicideront-elles ailleurs ou utiliseront-elles d'autres moyens ? La croyance populaire veut que les individus qui ne peuvent se suicider à l'endroit souhaité ou à l'aide de la méthode prévue trouveront un autre lieu ou un autre moyen pour arriver à leurs fins. Or, si ce phénomène de déplacement existe réellement, il y a peu d'intérêt à diminuer l'accès des lieux à risque.

Toutefois, la criminologie et la psychologie ont permis de mieux comprendre la notion de déplacement. En effet, le déplacement semble être un phénomène moins fréquent que prévu. Premièrement, il semble que les comportements suicidaires soient essentiellement rattachés à des périodes de crise<sup>8</sup> et que ces périodes seraient des événements limités dans le temps.<sup>13</sup> L'impulsivité jouerait de plus un rôle dans les cas de suicide et ce particulièrement chez les adolescents.<sup>9</sup> Dans ces deux cas, si la personne rencontre un obstacle à l'utilisation d'un moyen envisagé au moment d'une crise suicidaire, le déplacement est moins probable.

Deuxièmement, il a été démontré que les personnes qui ont survécu ou qui ont été empêchées de sauter se suicideront rarement par la suite.<sup>1</sup> Ce groupe d'individus demeure toutefois plus à risque que la population en général. Une étude réalisée auprès de 515

patients ayant fait une tentative de suicide sur le Golden Gate Bridge à San Francisco a démontré que moins d'une personne sur vingt (5%) s'est suicidée après une première tentative.<sup>14</sup>

Troisièmement, une étude auprès des survivants d'un saut à partir du Golden Gate Bridge a révélé que les plans de suicide de ces individus ne comportaient que le saut du Golden Gate. Ceux-ci ont mentionné qu'ils n'avaient envisagé aucun autre moyen pour se suicider et que, si le pont n'avait pas été accessible, ils n'auraient pas fait de tentative de suicide.<sup>15</sup>

Par ailleurs, la réduction de l'accès à différents moyens de suicide (gaz toxiques, médicaments, armes à feu) semble diminuer les taux relatifs de suicide et diminue parfois les taux globaux de suicide, lorsque ces moyens sont couramment utilisés. En Grande-Bretagne, la détoxication des produits de chauffage au charbon dans les années cinquante et soixante a été responsable de l'élimination du suicide associée à cette méthode et à une diminution des taux de suicide en général.<sup>16</sup> Cette mesure a réduit de 40% les suicides, en particulier chez les plus de 45 ans. En Angleterre, une réglementation limitant le nombre de cachets de tylnol accessible par achat a résulté en une diminution des taux de suicide par ingestion de ce produit.<sup>17</sup>

### ***Attrait d'un moyen ou d'un lieu précis***

Comme il a été dit précédemment, le choix du moyen ou d'un lieu pour mettre fin à ses jours est déterminé par un grand nombre de facteurs en interaction. Les individus suicidaires imaginent des méthodes très précises, ces méthodes étant influencées par le milieu social, les croyances, les prédispositions individuelles, l'accessibilité du moyen et la symbolique associée à la méthode. Parfois, le désir de camoufler le suicide peut amener des personnes suicidaires à favoriser un moyen plutôt qu'un autre. Le désir d'épargner les

proches ou de les punir tout comme la tentation de rendre public son geste peuvent aussi influencer le choix.

Par ailleurs, certaines personnes suicidaires tiennent à préserver l'intégrité de leur corps et vont opter pour des méthodes telles que l'empoisonnement ou les intoxications chimiques plutôt que les sauts à partir d'un endroit élevé. Au Japon, les individus qui se jetaient dans le volcan Mihara Jama au Japon croyaient être incinérés instantanément et sans douleur entraînant ainsi leur âme directement au paradis à travers une fumée de cendre.<sup>18</sup> La croyance que la mort est assurée, rapide et sans douleur peut pousser un individu à vouloir se suicider en sautant d'une structure comme celle du pont Jacques-Cartier.

De plus, certains lieux tel le pont Jacques-Cartier, présentent un attrait symbolique. Cette valeur symbolique d'une méthode peut être renforcée par les médias, par les croyances et par les dictons populaires.

Ces lieux qui exercent un attrait particulier auprès des personnes suicidaires sont la scène d'un nombre très élevé de suicides. Au Golden Gate Bridge à San Francisco, plus de 1200 décès par suicide sont survenus depuis son ouverture en 1937. En se référant à une recension des écrits publiée en 1997, le pont Jacques-Cartier, avec en moyenne 10 suicides par année, arriverait au deuxième rang mondial pour les suicides par saut à partir d'un pont, précédé uniquement par le Golden Gate Bridge.<sup>6</sup>

### ***Influence des médias sur le suicide***

Les suicides rapportés par les médias n'ont pas systématiquement un effet de contagion. Ainsi, lors du suicide collectif de 913 personnes à Jonestown en Guyane en 1978, les médias avaient décrit cet épisode comme un massacre collectif atroce. Cette couverture négative n'avait pas entraîné d'augmentation des taux de suicides aux États-Unis dans les mois qui ont suivi ce drame.<sup>19</sup> Par ailleurs, le traitement sensationnaliste du suicide dans les journaux est associé à des taux de suicide plus élevés. En Autriche, l'arrêt de la couverture médiatique

sensationnaliste des suicides dans le métro de Vienne et l'application d'un code de conduite journalistique a résulté en une forte diminution des suicides dans le métro. De plus, aucun déplacement vers d'autres méthodes de suicide n'a été observé. Les taux de suicide ont aussi légèrement diminué dans la région.<sup>20</sup>

Les experts notent que certains reportages, qui mettent l'emphase sur le côté romantique et sur l'incompréhension face au geste suicidaire, contribuent à banaliser celui-ci. Cette banalisation contribue à encourager le suicide chez les personnes vulnérables. Plus le suicide est individualisé, plus les individus à risque peuvent se reconnaître dans le cas décrit et plus ils sont susceptibles d'imiter le geste. Cependant, les reportages qui insistent sur le fait que l'individu était déprimé et avait besoin d'aide, diminuent l'aspect banal du suicide et sa contagiosité. Ces experts insistent donc sur l'importance de mentionner que la personne qui s'est suicidée avait des troubles psychologiques et avait besoin d'aide.<sup>19,20</sup>

Ces mêmes experts sont d'avis que pour diminuer le suicide, plusieurs consignes doivent être respectées lors d'une couverture médiatique. Il faut, entre autres, éviter de préciser le lieu du suicide, surtout lorsque celui-ci se produit dans un endroit public à forte connotation symbolique. De plus, selon ces experts, il est important de ne pas ajouter au symbole d'un lieu. Par exemple, ces experts recommandent de ne pas mentionner que le pont Jacques-Cartier est le plus haut à Montréal, le mieux connu, que des trottoirs sont disponibles, qu'il est le seul des 36 ponts de Montréal à avoir un si haut taux de suicide, etc.<sup>21</sup>

Finalement, un reportage qui commente un suicide doit présenter une solution alternative aux personnes en détresse en publiant le numéro d'une ligne d'appel à l'aide.<sup>21</sup>

### 3. LE PONT JACQUES-CARTIER

Le pont Jacques-Cartier est le pont le plus achalandé par voie en Amérique du Nord pour le trafic routier, avec un volume annuel de 44 millions de véhicules, soit 8,8 millions par voie. Il mesure 2,7 kilomètres de long dont environ 0,7 kilomètres surplombent le fleuve. Si nous considérons les deux côtés du pont, 5,4 kilomètres de trottoir sont accessibles aux piétons. De plus, le pont Jacques-Cartier est ouvert aux piétons et cyclistes 24 heures sur 24 du 1<sup>er</sup> avril au 30 novembre.

Le pont possède actuellement huit caméras de surveillance. Ces caméras sont d'abord vouées à la surveillance routière et les écrans sont observés en tout temps à partir des bureaux de la Sûreté du Québec. On ne retrouve aucun téléphone public sur le pont. Les appels à partir du pont sont faits à l'aide de téléphones cellulaires par les usagers.



Des travaux majeurs de restructuration sont en cours depuis 2001. Les travaux permettront, entre autres, de corriger l'angle de la courbe Craig pour répondre aux nouvelles normes de sécurité routière. Une piste cyclable plus large occupe dorénavant le côté ouest du pont et on peut circuler à pied sur les deux côtés du pont. Les trottoirs ont été redessinés et sont dorénavant au même niveau que le tablier. La hauteur de la barrière sur le pont est présentement de 1,4 mètre. Cette hauteur correspond aux normes *minimales* en vigueur pour ce type de structure.

#### **Portrait des suicides**

De 1995 à 1999, 135 suicides par saut à partir d'un pont se sont effectués pour l'ensemble du Québec, dont 79 suicides pour l'ensemble des ponts qui ceinturent l'Île de Montréal. Les suicides par saut au pont Jacques-Cartier représentaient 39% de tous les suicides par chute à partir d'un pont au Québec, et 67% de tous les suicides par saut à partir d'un pont autour de l'Île de Montréal.<sup>4</sup> Le pont Jacques-Cartier représente le site avec la concentration de suicides la plus élevée au Québec. Le nombre de suicides survenant annuellement sur le pont Jacques-Cartier semble stable au fil des années.

Il est très rare que plusieurs suicides par saut surviennent à partir d'un même lieu. Le pont Jacques Cartier fait exception à cette règle avec 53 suicides pour la période 1995-1999. On compte pour la même période 8 suicides à partir du pont Lavolette à Trois-Rivières et 6 suicides à partir du pont Pierre-Laporte à Québec. Pour la région de Montréal, le pont Mercier arrive en deuxième position avec 4 suicides et le pont Viau en troisième position avec 3 suicides pour cette même période.

Les trois quarts des suicides par saut à partir du pont Jacques-Cartier se produisent entre midi et minuit. Le suicide est moins fréquent durant les mois de décembre, février et mars où dix suicides se sont produits entre 1995-1999. Ce sont les mois où le taux de suicide est habituellement le plus bas au Québec et cela correspond aussi à la période où le pont est fermé à la circulation piétonne et cycliste. Il est intéressant de noter que moins de suicides sont répertoriés pendant la période des festivités de l'été.<sup>22</sup> Des 53 décès par suicide au pont Jacques-Cartier, 72% ont résulté d'une chute au sol pour 28% dans l'eau.

Plus de la moitié (n=31) des cas de suicide ont été accomplis par des résidents de Montréal. Les 31 individus de l'Île de Montréal

provenaient de 15 territoires de CLSC différents sans réelle concentration de cas provenant d'une région particulière. Les autres décès ont impliqué dix individus de la Rive-Sud de Montréal, quatre de Laval, quatre de la couronne nord de Montréal, un de Drummondville, un de St-Hyacinthe, un de Sutton et un de Gaspé.

Les suicides par saut à partir du pont Jacques-Cartier ont été commis majoritairement par des hommes (40 sur 53). L'âge moyen des personnes décédées était de 37 ans, une moyenne inférieure à celle observée au Québec pour les suicides en général. La distribution par groupes d'âge révèle une sur-représentation des individus de 30 à 39 ans. Pour l'ensemble des suicides au Québec, près du quart des victimes ont entre 30 et 39 ans, alors qu'au pont Jacques-Cartier, 40% des victimes ont de 30 à 39 ans.

Vingt-quatre des 53 individus (45%) qui se sont suicidés à partir du pont Jacques-Cartier avaient un diagnostic psychiatrique connu. La répartition était la suivante : douze cas de dépression, sept cas de schizophrénie, deux cas de maladie affective bipolaire, un cas de dédoublement de la personnalité, un cas de trouble de personnalité, un cas de trouble d'adaptation.

## 4. BILAN DES INTERVENTIONS LORS D'UNE TENTATIVE DE SUICIDE

Lorsqu'un appel est fait au 9-1-1 par un témoin signalant un comportement suspect sur le pont, une procédure standardisée faisant appel à de nombreux acteurs est déclenchée. Les répartiteurs du 9-1-1 informent la Sûreté du Québec, les pompiers et Urgence-Santé. La Sûreté du Québec est habituellement la première à arriver sur les lieux et son principal rôle est de convaincre rapidement la personne d'accepter de l'aide. Pour protéger l'individu et les autres usagers du pont, les policiers doivent, dès leur arrivée, déterminer s'il est souhaitable ou non de fermer le pont à toute circulation.

Si la personne refuse l'aide, un groupe tactique d'intervention est alors appelé en renfort. Ce groupe est formé spécifiquement pour la négociation. La seule donnée disponible sur l'efficacité de cette intervention provient du bureau du coroner où, sur les derniers 143 cas de tentative de suicide sur le pont répertoriés, seulement deux suicides ont eu lieu alors que des négociations avaient été amorcées.<sup>4</sup>

Lorsque le service de Sécurité et Protection des Incendies de Montréal (SSIM) reçoit un appel du service 9-1-1 pour une personne suicidaire sur le pont, le personnel de la caserne 19 située à l'entrée Nord du pont se rend sur les lieux ainsi qu'une équipe spécialisée. Deux navires sont aussi envoyés sur le fleuve afin de venir en aide aux personnes qui pourraient décider de sauter à l'eau. Il arrive souvent que le pont doive alors être fermé pour permettre aux acteurs d'utiliser adéquatement leurs véhicules et leurs équipements, ce qui rend ces interventions visibles et souvent spectaculaires et qui attire l'attention du public et des médias.

Si les interventions de rescousse sur le pont Jacques-Cartier sont bien coordonnées, force est de reconnaître que la majorité des personnes en détresse qui se sont suicidées

à cet endroit au cours des dernières années l'ont fait sans aucun témoin et n'ont rencontré aucun obstacle pour les dissuader. Malgré les corrections importantes apportées au pont dans le cadre des travaux actuels de restauration, les autorités en place n'ont pas mis de l'avant des mesures permettant de réduire les nombreux décès par suicide.



### ***Accueil et suivi inégaux dans les urgences***

Les personnes qui ont fait une tentative de suicide sur le pont sont habituellement amenées par Urgences-santé à l'urgence du centre hospitalier du secteur qui correspond à leur adresse de résidence. La prise en charge des personnes à risque suicidaire est déterminante pour leur pronostic. Or, cette prise en charge est souvent inégale entre les secteurs puisque aucun protocole ou guide de référence n'est utilisé dans les hôpitaux desservant les clientèles adultes de Montréal. Le cheminement habituel du patient dans les hôpitaux montréalais implique qu'il sera en premier lieu vu par une infirmière au triage et un urgentologue avant d'être transféré en psychiatrie. Le temps d'attente est souvent long, car les individus ayant fait une tentative ne sont pas traités en priorité dans une urgence souvent remplie à capacité.

Il arrive que les personnes amenées par Urgences-santé dans une urgence à la suite d'une tentative de suicide sur le pont quittent de leur plein chef l'urgence parce que le temps d'attente est trop long. Urgences-santé déplore le fait d'avoir parfois à ramener au même centre hospitalier une personne en détresse après l'y avoir conduite quelques heures plus tôt dans des circonstances similaires.

Pour certaines catégories d'individus, l'hospitalisation donne de moins bons résultats qu'un suivi externe.<sup>23</sup> Par contre, lorsqu'une personne suicidaire reçoit un congé rapide de l'urgence, des acteurs divers (ambulanciers, policiers) peuvent ressentir un sentiment de frustration et d'impuissance s'ils ne sont pas informés de la stratégie de traitement. À l'heure actuelle, des problèmes de confidentialité empêchent une communication efficace entre les intervenants et provoquent à l'occasion des tensions entre les professionnels responsables des soins et ceux responsable de la sécurité des personnes. Les personnes suicidaires et leur famille se retrouvent aussi souvent sans suivi adéquat.<sup>24</sup>

## 5. PERSPECTIVES D'ACTION : RECENSION DES INTERVENTIONS

Plusieurs interventions visant à réduire les taux de suicide à partir d'un pont ont été implantées et évaluées. Ces interventions incluent l'installation de barrières de sécurité, les lignes téléphoniques d'aide et les patrouilles anti-suicide. La pose de caméras de surveillance a aussi été implantée mais n'a pas été évaluée.

Les barrières empêchent les personnes de sauter des ponts. Elles diminuent l'accès à un moyen de s'enlever la vie et à cet égard constituent une mesure préventive. Les autres interventions (téléphone, caméras, etc...) aident à identifier les personnes suicidaires qui se rendent sur un pont afin de les orienter vers des services d'aide. À ce titre, elles relèvent davantage de stratégies de dépistage en vue d'une intervention précoce. Seule l'installation de barrières anti-saut a été prouvée efficace pour réduire les suicides par saut.<sup>6,25,26</sup>

### **Les barrières anti-saut**

Certains lieux à haut risque ont été munis de barrières anti-saut dont le Mont Mihara au Japon, qui comptait 156 suicides par année et qui, depuis 1935, possède une barrière. La tour Eiffel, qui comptait en moyenne 4,5 suicides par année, a une telle barrière depuis 1964. Le pont Arroyo Seco en Californie, le pont Duke Ellington à Washington et l'Empire State Building sont trois autres lieux bien connus où des barrières protectrices ont été érigées dans le but de prévenir les suicides.<sup>6,12,26</sup> Pour l'ensemble de ces lieux, on rapporte qu'à la suite de l'implantation de barrières le nombre de suicides par saut a diminué de façon importante. Plus près de chez nous, une barrière protectrice est en construction au viaduc de la rue Bloor à Toronto, lieu d'au moins cinq suicides par année.

Deux études ont été réalisées pour mesurer l'impact d'une barrière sur les taux de suicide par saut, là où une barrière a été érigée ou enlevée. En janvier 1986, une barrière protec-

trice a été érigée sur le pont Duke Ellington à Washington. La moitié des suicides par saut à partir d'un pont de cette ville s'effectuait sur celui-ci. L'autre lieu à risque était le Taft Bridge où se produisait le quart des suicides par saut à partir d'un pont de la région. À la suite de l'érection de la barrière au pont Duke Ellington, les suicides par saut ont pratiquement cessé, passant de quatre suicides par année à presque zéro. Le nombre de suicides au Taft Bridge est resté stable.<sup>26</sup>

En avril 1996, une barrière protectrice à été retirée d'un pont en Australie. À la suite de ce retrait, les taux de suicide sur ce pont ont plus que quadruplé. Il a été observé que les schizophrènes sautaient de ce pont de préférence aux autres lieux. Il semble que ce pont attire une population particulièrement vulnérable. Cependant, le nombre de suicides total par saut dans cette ville n'a pas changé, mais il est difficile d'interpréter ces résultats compte tenu du petit nombre de suicides par saut dans cette région, soit sept en moyenne par année.<sup>25</sup>

### **Les lignes téléphoniques dédiées**

Plusieurs administrateurs de pont ont décidé d'installer une ligne d'appel d'aide sur leur pont dans le but de diminuer les suicides. Des téléphones ont été installés au Golden Gate Bridge et Sunshine Skyway Bridge près de Tampa Bay, de même qu'au Coronado Bridge à San Diego (le deuxième site de mortalité par saut à partir d'un pont aux États-Unis.<sup>27,28,29</sup> D'autres sites où survenaient plusieurs suicides par saut ont également été équipés de téléphones. Ces téléphones sont branchés la plupart du temps sur un service de prévention du suicide. Lorsqu'un appel est reçu, le centre de crise avise la police qui se rend sur les lieux pour commencer une négociation selon des protocoles préétablis.<sup>27</sup>

Une seule étude a analysé l'efficacité de la mise en place de téléphones sur un pont.<sup>28</sup> Cette évaluation a été réalisée au Mid-Hudson Bridge dans l'état de New York. En moyenne, cinq personnes par année se suicident à partir de ce pont. On a décidé d'installer en 1984 des téléphones reliés en tout temps à un département d'urgence psychiatrique.<sup>28</sup> Durant les deux premières années d'utilisation, le téléphone a été utilisé plusieurs fois. À la suite de ces appels, 23 individus ont été amenés au service d'urgence psychiatrique et un seul individu a complété son suicide. Cinq individus ont sauté sans appeler. Dix-huit des 23 individus qui ont appelé ont été hospitalisés ou ont été suivis en clinique externe. Quatre individus qui n'avaient pas appelé mais dont l'état a inquiété suffisamment les passants pour qu'ils appellent l'urgence ont aussi été hospitalisés pour tentative de suicide.<sup>28</sup> On peut conclure de ces études que l'installation de ces téléphones contribue à identifier les individus qui ont besoin d'aide. Elle n'est toutefois pas suffisante comme mesure unique.

### ***Les caméras de surveillance***

Une autre stratégie d'intervention consiste à installer des caméras de surveillance afin de dépister des personnes vulnérables ou des situations risquées. Le pont Golden Gate possède quatre caméras de surveillance. Celles-ci ratissent le pont sous tous ses angles.<sup>29</sup> L'image de la caméra est relayée directement à un poste de police. L'efficacité de ce dispositif n'a pas été évaluée.

### ***Les patrouilles de surveillance***

Une méthode originale d'intervention précoce a été implantée à San Francisco où, en 1995, 45 personnes avaient sauté du pont Golden Gate. En avril 1996, une patrouille anti-suicide s'est mise à sillonner le pont de l'aube au crépuscule. Cette patrouille se fait à partir d'un véhicule adapté pour circuler sur la voie piétonnière. Le protocole veut que le patrouilleur engage la conversation avec tout individu qui semble en détresse. Si le patrouilleur croit que celui-ci est suicidaire, il

l'invite à l'accompagner pour une entrevue. Si nécessaire, la personne est par la suite dirigée vers un département de psychiatrie.<sup>31,32</sup> Une analyse faite après un an de patrouille a révélé que 499 individus ont eu un comportement suspect; de ceux-ci, 49 avec des tendances suicidaires ont été amenés à l'hôpital pour observation et 19 suicides sont survenus durant les heures de patrouille.<sup>33</sup> Aucune autre donnée d'évaluation n'est disponible depuis ce temps et l'efficacité de la patrouille n'est pas soumise à une évaluation indépendante des autorités du pont.<sup>34</sup>

## 6. ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION À LA BASE DES RECOMMANDATIONS

Les membres du groupe de travail chargé d'étudier la problématique des suicides au pont Jacques-Cartier proviennent de secteurs divers. Ils ont été choisis sur la base de leur rôle respectif; un responsable de l'administration du pont, des acteurs chargés de la sécurité et des interventions d'urgence sur le pont, des experts dans le domaine du suicide, des professionnels de la santé et des représentants des villes et du développement communautaire. Plusieurs dimensions de la problématique des suicides sur le pont Jacques-Cartier ont été discutées par les membres du groupe. Les principaux éléments de discussion qui sont à la base des recommandations retenues dans ce rapport sont présentés ici.

### ***Les barrières anti-saut : un consensus***

De façon unanime, les membres du groupe de travail sont d'avis que l'installation de barrières anti-saut sur le pont Jacques-Cartier serait la mesure la plus efficace pour prévenir les suicides et les tentatives de suicide à cet endroit. Ils sont aussi convaincus que cette mesure diminuerait le nombre de morts accidentelles par chute à partir du pont. Certains acteurs soutiennent que l'installation de barrières augmenterait le sentiment de sécurité de plusieurs usagers et par conséquent pourrait contribuer à améliorer l'accessibilité du pont à l'ensemble de la population de Montréal et de Longueuil.

### ***Des téléphones sur le pont : oui, mais pas comme mesure unique***

Les membres reconnaissent qu'il faudrait installer rapidement des téléphones sur le pont. Ces téléphones devraient permettre à une personne en détresse d'accéder directement à un centre de crise comme Suicide-Action Montréal. Même si les lignes téléphoniques seules semblent inefficaces, cette mesure pourrait être utile lorsque combinée à d'autres mesures.

### ***Des patrouilles civiles : une voie à envisager***

Une suggestion émise lors des rencontres de groupe et retenue par les membres est de recruter des étudiants ou des bénévoles qui recevraient une formation pour leur permettre de patrouiller sur le pont et de repérer des situations ou des personnes à risque afin de les orienter vers les ressources d'aide. Ces bénévoles seraient en contact avec les policiers chargés de la surveillance du pont et pourraient demander rapidement leur soutien au besoin. Cette mesure s'inspire des mesures de surveillance de sentiers de VTT ou de motoneige.<sup>35</sup> Les bénévoles ou les étudiants qui patrouilleraient sur le pont pourraient relever d'un OSBL.

### ***Les caméras de surveillance : mesure peu encourageante pour l'instant***

Les travaux en cours sur le pont permettront une meilleure surveillance par caméra des voies piétonne et cyclable. Par contre, les personnes à risque suicidaire sont souvent difficilement identifiables par caméras et la vigilance 24 heures sur 24 des écrans de surveillance semble impossible. Cette mesure peut s'avérer utile si elle est combinée à d'autres stratégies.

### ***Le repérage des personnes à risque par des groupes ciblés***

Une autre idée mise de l'avant est de faire appel au grand public pour repérer les personnes potentiellement suicidaires sur le pont, comme cela se fait actuellement dans le métro. Pour faire appel au public, il faudrait premièrement le sensibiliser aux signes et indices associés au suicide. Toutefois la situation du pont semble différer de celle du métro sur plusieurs points. Dans le métro, le volume de personnes est considérablement plus élevé, des téléphones sont accessibles à chaque quai et l'aide peut être acheminée rapidement. Sur le pont, si un appel est envoyé par le public, c'est toute une équipe spécialisée qui est mobilisée et les fausses

alertes risquent d'être nombreuses. Les experts du groupe étaient de l'avis qu'il faudrait avant tout cibler les groupes spécifiques, comme les chauffeurs de taxi, les chauffeurs d'autobus, les travailleurs chargés des travaux et le personnel du pont. Certains membres de ces organisations pourraient être formés par Suicide-Action Montréal (SAM).

### **La couverture médiatique des suicides : arme à double tranchant**

Les membres du groupe de travail sont très préoccupés par le phénomène de contagion qui résulte de la couverture médiatique des suicides et des tentatives de suicide au pont

Jacques-Cartier. Même la diffusion du rapport au Coroner préoccupe certains membres et tous veulent savoir quelle est la meilleure façon de discuter du suicide dans les médias et quelles sont les meilleures pratiques à cet égard. Pour se familiariser avec cette question, les membres ont invité Steven Stack, professeur et *chairman* du département de *criminal justice* à l'Université Wayne State à Détroit et spécialiste de la relation entre les médias et les suicides. Le professeur Stack a fourni certaines pistes de solutions pour atténuer ou éliminer le phénomène de contagion du suicide liée à une mauvaise couverture médiatique. Les éléments d'une stratégie de diffusion responsable sont présentés au tableau 1.

<b>Tableau 1 Éléments d'une stratégie de diffusion responsable des cas de suicide dans les médias</b>	
<b>À ÉVITER</b>	<b>À RENFORCER</b>
■ Éviter les couvertures sensationnalistes et de faire la une	
■ Éviter de mentionner le mot suicide, qui a une forte valeur symbolique.	
■ Éviter les expressions : « il a échoué sa tentative de suicide », « il a réussi son suicide ».	■ Miser sur des termes tels que « mettre fin à ses jours », « suicide apparent », etc.
■ Éviter de donner l'impression que le suicide est la solution unique à une impasse dans la vie.	■ S'assurer d'offrir une solution de rechange au suicide, tel le numéro d'une ligne d'appel d'aide.
■ Éviter les reportages qui mettent l'accent sur le fait que l'individu menait une vie normale et que son geste est incompréhensible.	■ Miser sur les reportages qui mettent l'accent sur le fait que l'individu était déprimé et avait besoin d'aide.
■ Éviter de divulguer les photos des personnes.	■ Lier le suicide à la santé mentale et mentionner que la personne qui s'est suicidée était probablement dépressive et avait besoin d'aide.
■ Éviter de publiciser les suicides sur le pont, de les associer à un geste romantique et de faire des reportages sur les lieux des suicides.	
■ Éviter de mentionner que le pont Jacques-Cartier est le lieu où il y a le plus de suicides.	
■ Éviter l'individualisation du suicide sur le pont, de montrer un individu qui saute, de décrire la vie d'un individu qui a sauté.	

## 7. UNE STRATÉGIE D'ACTION FACE AU SUICIDE

La Stratégie québécoise d'action face au suicide conçoit trois niveaux d'action associés à la prévention du suicide : la prévention, l'intervention et la postvention.<sup>1</sup> Les recommandations du groupe de travail ont été catégorisées en s'inspirant largement de ces niveaux d'intervention. Les trois niveaux proposés sont définis ci-dessous.

La **prévention** regroupe les mesures destinées à prévenir l'apparition même des crises suicidaires en agissant sur certains facteurs de risque modifiables et en réduisant les conditions sociales défavorables. Cette définition inclut la notion de promotion de la santé dont le but est de créer des conditions et des habiletés favorables à la santé et au bien-être de la population. Elle inclut également toutes les mesures visant à réduire l'accès des méthodes de suicide.

L'**intervention** inclut les stratégies de dépistage, de prise en charge immédiate des crises suicidaires et de suivi des sujets à risque de suicide.

La **postvention** englobe les mesures de soutien offertes aux personnes, familles, milieux de vie et professionnels à la suite d'un décès par suicide. Les interventions visant à rejoindre les médias pour atténuer le phénomène de contagion se situent au niveau de la postvention.

La figure 3 présente les recommandations selon les grands axes de la stratégie d'action. Les critères de sélection des interventions s'inspirent notamment d'approches utilisées largement dans le champ de la prévention des traumatismes et incluent les préoccupations suivantes :

- l'implantation de stratégies multiples agissant à différents niveaux et sur différentes dimensions du phénomène;
- l'implantation d'interventions démontrées efficaces;
- l'implantation prioritaire d'interventions dites passives.

Au total, 8 recommandations ont été retenues par les membres du groupe de travail; elles sont décrites dans la section suivante. De ces recommandations, deux sont considérées prioritaires pour réduire les suicides : les recommandations 1 et 5. *La mise en place d'un mécanisme de suivi des recommandations* (recommandation 8), reflète un souci du groupe de travail de suivre activement l'implantation des mesures.

**Figure 3 : Les recommandations selon les axes de la stratégie d'action**

<b>Prévention</b>	■ Installer des barrières anti-saut sur le pont Jacques-Cartier*
<b>Intervention</b>	<p><b>Dépistage :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Implanter une équipe de patrouille civile à vélo sur le pont</li> <li>■ Favoriser le repérage des personnes suicidaires qui se rendent sur le pont</li> <li>■ Installer des téléphones dédiés et des affiches sur le pont</li> </ul> <p><b>Prise en charge et suivi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Offrir une prise en charge et un suivi coordonné dans des hôpitaux désignés aux personnes qui ont fait une tentative de suicide au pont Jacques-Cartier*</li> <li>■ Assurer la formation des intervenants en première ligne et la mise à jour régulière de celle-ci</li> </ul>
<b>Postvention</b>	■ Sensibiliser et intervenir auprès des médias pour améliorer le traitement médiatique des cas de suicide et de tentative de suicide au pont Jacques-Cartier

\* Ces deux recommandations sont jugées prioritaires

## 8. LES RECOMMANDATIONS

### AXE PRÉVENTION

#### *Étant donné que*

- l'installation de barrières constitue la seule mesure démontrée efficace pour prévenir les sauts à partir d'un pont et ainsi sauver des vies,
- la littérature suggère que la mise en place de mesures visant à réduire l'accès à un moyen pour s'enlever la vie n'entraîne pas nécessairement un déplacement vers d'autres méthodes,
- l'avis d'un rapport soumis au ministère des Transports du Canada mentionne que la réduction de l'accès à un moyen de suicide est une stratégie d'intervention adéquate pour la prévention du suicide,<sup>36</sup>
- l'installation de barrières réduirait le nombre de morts accidentelles ou non accidentelles par chute à partir du pont,
- les barrières renforcerait le sentiment de sécurité des usagers et augmenteraient l'accès effectif aux voies piétonne et cyclable,
- il existe des contraintes physiques, économiques et politiques à l'installation de telles barrières,

#### *le groupe de travail recommande d' :*

### **1 installer des barrières anti-saut sur le pont Jacques-Cartier.**

Plus précisément le groupe demande que :

- une étude de faisabilité soit menée rapidement par une firme de consultants indépendants afin de déterminer quel type de barrières anti-saut pourrait être installé sur le pont et à quel coût;
- la mise en place de ces barrières fasse l'objet d'une recommandation prioritaire;
- ces barrières puissent empêcher les gens de sauter à partir du pont et de grimper dans la superstructure;
- les mesures mises en place fassent l'objet d'une évaluation afin de documenter leur efficacité à long terme.

#### **Acteurs concernés**

- Les Ponts Jacques-Cartier et Champlain Incorporés
- La Société des ponts fédéraux limitée (société de la Couronne relevant du Parlement par l'intermédiaire du ministre des Transports)

## **AXE INTERVENTION-DÉPISTAGE**

---

### **Étant donné que**

- présentement aucun téléphone public ou dédié ne se retrouve sur le pont,
- des téléphones publics peuvent servir à signaler diverses situations d'urgence (accidents de la route, accidents impliquant un cycliste ou un piéton, personne en détresse) et que leur absence sur une si grande distance est préoccupante,
- des téléphones avec ligne directe à un centre de crise font partie des mesures qui peuvent aider les personnes suicidaires une fois rendues sur le pont en leur permettant d'entrer en contact avec des experts,
- parmi les efforts pour rejoindre les personnes suicidaires sur le pont, il faut, en plus d'installer des téléphones dédiés, attirer leur attention à l'aide de messages sans équivoque, les encourageant à les utiliser,
- la plupart des corps des individus qui ont sauté depuis le pont se retrouvent entre les rues St-Antoine et de Maisonneuve,

### **le groupe de travail recommande d' :**

## **2 installer des téléphones dédiés et des affiches sur le pont.**

Plus précisément le groupe demande que :

- la corporation du pont procède rapidement à l'installation de 6 à 8 téléphones publics permettant un accès direct au centre Suicide-Action Montréal;
- la corporation du pont installe des affiches indiquant clairement l'accès de ces lignes dédiées, à l'intention des personnes suicidaires ou pour les usagers qui pourraient repérer une personne qui manifeste de la détresse;
- ces téléphones et ces affiches soient installés à des endroits stratégiques : aux entrées de Montréal, de Longueuil et de l'Île Ste-Hélène, et sur la portion surplombant le boulevard de Maisonneuve sur les côtés est et ouest du pont compte tenu que les suicides sont plus fréquents à ces endroits.

### **Acteurs concernés**

- Les Ponts Jacques Cartier et Champlain Incorporés
- Suicide-Action Montréal
- Urgences-santé
- La Sûreté du Québec

### **Étant donné que**

- les voies piétonne et cyclable risquent d'être encore plus utilisées qu'auparavant à la suite des travaux en cours au pont,
- une patrouille civile de surveillance pourrait accroître la sécurité et le sentiment de sécurité des piétons et des cyclistes, en plus d'agir à titre de vigiles pour les personnes qui risquent de se suicider et répondre à des besoins de toutes sortes (méfaits, bagarres, accidents, réparation de vélo, etc.),
- les patrouilleurs civils pourraient compter rapidement sur les services policiers en cas de besoin,
- les personnes suicidaires sont des personnes en détresse qui peuvent être repérées si les patrouilleurs sont sensibilisés aux principaux indices,
- les budgets requis pour la mise en place d'une équipe de patrouilleurs avec mandat d'assurer la sécurité des piétons et des cyclistes et d'être vigilants à l'égard des personnes potentiellement suicidaires seraient modestes,
- cette mesure pourrait être mise en place rapidement et qu'elle permettrait d'assurer une meilleure protection avant la mise en place d'une barrière anti-saut sur le pont,

### **Le groupe de travail recommande d' :**

## **3 implanter une équipe de patrouille civile à vélo sur le pont.**

Plus précisément le groupe demande que :

- une patrouille de surveillance à vélo, composée d'étudiants ou de bénévoles, soit mise en place durant la belle saison afin de repérer et d'intervenir rapidement auprès des personnes qui pourraient avoir besoin d'aide ou qui pourraient se sentir vulnérables lorsqu'elles empruntent le pont;
- cette patrouille puisse intervenir dans d'autres situations touchant la sécurité des piétons et des cyclistes (accidents, crevaison, etc.), compte tenu que l'achalandage des voies piétonne et cyclable sera plus important à la suite des travaux de restauration en cours;
- la Sûreté du Québec soutienne le travail de ces patrouilleurs civils;
- un OSBL soit responsable de ce mandat et qu'un budget de fonctionnement soit identifié et fourni pour assurer ce mandat.

### **Acteurs concernés**

- Les RRSSS
- Les Ponts Jacques-Cartier et Champlain Incorporés
- La Sûreté du Québec
- Suicide-Action Montréal
- Les villes de Montréal et de Longueuil
- Un OSBL (à identifier)

### ***Étant donné que***

- plusieurs personnes suicidaires ont sauté du pont au cours des dernières années, souvent en plein jour sans que personne n'en soit témoin,

### ***le groupe de travail recommande de :***

## **4**

### ***favoriser le repérage des personnes suicidaires qui se rendent sur le pont.***

Plus précisément le groupe demande que :

- les travailleurs chargés des travaux, le personnel du pont, ainsi que les chauffeurs de taxi et d'autobus soient sensibilisés par Suicide-Action Montréal (SAM) pour aider à assurer une meilleure vigilance à l'égard des personnes potentiellement suicidaires sur le pont,
- les caméras de surveillance sur le pont permettent également la surveillance des voies piétonnes et cyclables.

#### **Acteurs concernés**

- RRSSS
- Les Ponts Jacques-Cartier et Champlain Incorporés
- La Société de transport de Montréal (STM) et les associations de taxi
- Suicide-Action Montréal

## **AXE INTERVENTION – PRISE EN CHARGE ET SUIVI**

---

### **Étant donné que**

- les personnes ayant fait des tentatives de suicide sont plus à risque,
- dans le contexte actuel d'organisation des soins et services à l'urgence, il existe peu d'hôpitaux où les personnes suicidaires peuvent recevoir les services d'accueil et de planification de leur suivi de façon optimale après une tentative,
- les personnes avec une comorbidité (définie ici comme des problèmes de santé mentale associés à une toxicomanie) sont plus susceptibles de se suicider et que peu d'hôpitaux sont outillés pour intervenir auprès de ces patients,
- présentement, la sectorisation des services en santé mentale fait en sorte que tous les patients sont envoyés dans les hôpitaux de leur territoire,
- il existe des protocoles d'évaluation clinique en milieu hospitalier, validés et jugés favorables pour une prise en charge et un suivi optimal des clientèles qui risquent de se suicider,<sup>37</sup>
- le mandat précis de notre groupe de travail consiste à examiner des pistes efficaces pour réduire les suicides au pont Jacques-Cartier et ailleurs,
- le métro de Montréal constitue un autre lieu public identifié au suicide,

### **le groupe de travail recommande :**

---

**5** ***une prise en charge et un suivi coordonné dans des hôpitaux désignés, des personnes qui font une tentative de suicide depuis le pont.***

---

Plus précisément le groupe demande que :

- les Régies régionales de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre et de la Montérégie concluent une entente de services avec trois ou quatre hôpitaux afin qu'ils accueillent toutes les personnes qui font des tentatives de suicide depuis le pont;
- un personnel de triage, dûment formé, accueille ces patients dans les urgences et applique les protocoles de soins conformes aux meilleures pratiques en matière d'évaluation, de traitement et de suivi des patients suicidaires, adaptés aux patients présentant des problèmes de santé mentale et de toxicomanie;
- ces protocoles soient évalués afin de développer des stratégies d'interventions plus efficaces et d'étendre ces stratégies à l'ensemble des individus qui ont fait des tentatives de suicide;
- l'entente avec les hôpitaux montréalais inclue le plus rapidement possible les patients suicidaires au métro de Montréal, étant donné la similitude quant aux besoins de soins et des demandes à cet effet par la Société de transport de Montréal.

### **Acteurs concernés**

- RRSSS de Montréal et de la Montérégie
- L'Association des médecins psychiatres du Québec
- Les chefs de départements de psychiatrie de l'île de Montréal et de la Montérégie
- L'association des médecins d'urgence du Québec
- Le CHUM, le CUSM, les CLSC, SAM

### **Étant donné**

- le rôle de premier plan joué par les policiers et pompiers et autres intervenants de première ligne interpellés dans la chaîne des événements liés aux tentatives de suicide au pont Jacques-Cartier,

### **le groupe de travail recommande d' :**

---

## **6 assurer la formation des intervenants en première ligne et la mise à jour régulière de celle-ci.**

---

Plus précisément le groupe demande :

- que tous les policiers, pompiers et autres intervenants de première ligne chargés de la surveillance du pont, ainsi que les groupes tactiques d'intervention reçoivent une formation de base adéquate, donnée par SAM, pour intervenir auprès des personnes suicidaires et que cette formation soit mise à jour régulièrement.

#### **Acteurs concernés**

- Les Ponts Jacques-Cartier et Champlain Incorporés
- Suicide-Action Montréal
- Urgence Santé
- La Sûreté du Québec
- Le Service de sécurité et des incendies de Montréal
- RRSSS de Montréal et de la Montérégie

## **AXE POSTVENTION – RÉDUIRE LES RISQUES DE CONTAGION**

---

### **Étant donné que**

- les suicides au pont Jacques-Cartier peuvent faire l'objet d'une couverture sensationnaliste,
- la médiatisation d'un suicide sur le pont contribue à renforcer l'image du pont comme site propice au suicide,
- certains types de couverture des suicides peuvent entraîner un effet de contagion,
- une couverture médiatique adéquate peut contribuer à faire diminuer le taux de suicide,

### **le groupe de travail recommande de:**

**7**

---

***sensibiliser les médias  
au phénomène de contagion  
et favoriser une couverture  
médiatique responsable  
pour réduire  
les risques de suicide.***

---

Plus précisément le groupe demande :

- que les chefs de pupitres et les responsables des différents médias suivent les protocoles de diffusion de nouvelles relatives au suicide élaborés par divers organismes tels que Suicide-Action Montréal, l'Association québécoise de suicidologie et l'Organisation mondiale de la santé;
- que les médias s'entendent pour adopter une position commune dans la diffusion de nouvelles concernant les suicides.

### **Acteurs concernés**

- Les différents médias de la région (télévision, journaux, radio).
- Suicide-Action Montréal
- RRSSS de Montréal

## ***AXE SUIVI ET ÉVALUATION***

---

### **Encourager l'implantation et le suivi des recommandations proposées**

#### ***Étant donné***

- les différentes embûches envisagées dans la mise en place des recommandations,
- l'aspect novateur des interventions visant à réduire les risques de suicide en un lieu précis,

### ***le groupe de travail recommande de :***

#### ***8 mettre en place un mécanisme de suivi des recommandations.***

Plus précisément le groupe demande :

- que les recommandations émises par le groupe de travail et que leur degré d'implantation fassent l'objet d'un monitoring;
- que les interventions déployées fassent l'objet d'une évaluation afin de documenter leur efficacité à long terme;
- que le directeur de santé publique de Montréal-Centre assure le suivi quant à l'implantation des recommandations.

#### **Acteurs concernés**

- La Direction de santé publique de Montréal-Centre, RRSSS
- L'UQAM-Centre de recherche CRISE

## 9. CONCLUSION

Le groupe de travail s'est penché au cours des derniers mois sur des mesures concrètes pour diminuer le nombre de suicides depuis le Pont Jacques-Cartier tout en étant conscient que les suicides sont des phénomènes multifactoriels complexes et que la diminution des suicides à partir du pont Jacques-Cartier ne constitue qu'une stratégie parmi un ensemble d'actions souhaitées pour réduire les suicides en général.

Les recommandations touchant la sécurité sur le pont, telles les barrières, sont issues de données probantes. Les téléphones et les patrouilles de surveillance font partie des standards adéquats de pratiques. Il serait impensable aujourd'hui de construire un pont dans une zone urbaine aussi achalandée sans se préoccuper de la sécurité des usagers et particulièrement des personnes les plus vulnérables. Le pont Jacques-Cartier a été construit à une époque où les données sur le suicide étaient moins connues. Aujourd'hui, des mesures s'imposent pour remédier à ce problème.

Par ailleurs, la coordination des soins à l'égard des personnes suicidaires, même si on en discute depuis longtemps, n'a fait jusqu'à présent l'objet d'aucune restructuration majeure. Le groupe de travail est d'avis que la désignation de certains hôpitaux pour l'accueil et le suivi des personnes qui ont fait une tentative de suicide permettra d'améliorer et de tester de nouvelles approches. Comme les individus qui font des tentatives de suicide proviennent de groupes à risque variés, il est probable que les interventions thérapeutiques seront variées aussi. Il sera important de s'assurer que les différents professionnels concernés soient avisés des grandes lignes de conduite.

Un protocole d'intervention dans tous les hôpitaux demeure un objectif à atteindre pour arriver à une réponse médicale optimale et à une prise en charge adéquate des personnes suicidaires. Cette prise en charge pourrait

réduire les risques de nouvelles tentatives suicidaires. Une autre solution serait de cibler certains centres, où il y a un protocole et où les acteurs sont formés pour accueillir les personnes en crise suicidaire retrouvées sur le pont. Quoi qu'il en soit, des liens étroits devront être tissés entre les hôpitaux, les centres ambulatoires et les autres organismes de la communauté.

Finalement, le traitement médiatique des cas de suicide peut avoir des répercussions importantes sur les taux de suicides. Les pratiques de diffusion responsables devraient être mieux connues et utilisées.

## 10. RÉFÉRENCES

1. Gouvernement du Québec (1998) *S'entraider pour la vie, Stratégie québécoise d'action face au suicide*. 94p.
2. Institut de la statistique du Québec, (2001). La situation démographique au Québec, bilan. Institut de la statistique du Québec. 280 pages. <http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/demograp/pdf/sitdem01-10.pdf>
3. Böstman OM. (1987) Suicidal attempts by jumping from heights » A three-year prospective study of patients admitted to an urban university accident department. *Scand J Soc Med*; 15 :199-203.
4. Perron PA. (2002). Rapport non publié, bureau du coroner, Gouvernement du Québec
5. Bernard R. (2002). Lettre adressée au coroner Paul G. Dionne à l'annonce du groupe de travail sur les suicides depuis le pont Jacques-Cartier.
6. Gunnell D, Nowers M. (1997). Suicide by jumping. *Acta Psychiatr Scand*; 96 :1-6.
7. Mishara B. (2002). Tiré des procès verbaux des rencontres du groupe de travail depuis le pont Jacques-Cartier.
8. Santé Canada (1994). *Le suicide au Canada Mise à jour du Rapport du Groupe d'étude sur le suicide au Canada*.
9. St Laurent D. Tennina S. (2000). Résultats de l'enquête portant sur les personnes décédées par suicide au Québec entre le 1<sup>er</sup> septembre et le 31 décembre 1996. Québec. 59 p.
10. Lester D. (1994) Suicide by jumping in Singapore as a function of high-rise apartment availability. *Perceptual and motor skills*; 79 : 74.
11. Hau K-T. (1993) Suicide in Hong Kong 1971-1990 : age trend, sex ratio, and method of suicide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 28 :23-27.
12. Seiden RH, Spence M. (1983) A tale of two bridges : comparative suicide incidence on the Golden Gate and San Francisco- Oakland Bay Bridges. *Omega*;14 :201-209.
13. Julien M. (2002). Tiré des procès verbaux des rencontres du groupe de travail depuis le pont Jacques-Cartier.
14. Seiden RH. (1978). Where are they now? A follow-up study of suicide attempters from the Golden Gate bridge. *Suicide Life Threatening Beh*; 8(4) :203-216.
15. Rosen DH. (1975). Suicide survivors, a follow-up study of persons who survived jumping from the Golden Gate and San Francisco-Oakland Bay bridges. *West J Med*; 122 : 289-294.
16. Kreitman N. (1976) The coal gas story – United Kingdom suicide rates, 1960-1971. *Brit J Prev Soc Med*; 30:86-93.
17. Hawton K, Townsend E, Deeks J, Appleby L, Gunnell D, Bennewith O, Cooper J. (2001). Effects of legislation restricting pack sizes of paracetamol and salicylate on self-poisoning in the United Kingdom, before and after study: *BMJ* May 19;322(7296):1203-7.
18. Clarke RV., Lester D. (1989). *Suicide : closing the exits*. New York : Springer Verlag. 130 p.
19. Stack S., (1983). The effect of the Jonestown suicides on american suicide rates. *J. Social Psychology*. Feb (First half) : 145-6.
20. Etzersdorfer E., Sonneck G. (1998). Preventing suicide by influencing mass-media reporting. The Viennese experience 1980-1996. *Archives of Suicide Research* 4 : 67-74
21. Stack S. (2002). Communication personnelle.
22. Beaudoin P. (2002). Tiré des procès verbaux des rencontres du groupe de travail depuis le pont Jacques-Cartier.
23. Paris J. (2002). Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Serv* ;53(6):738-42
24. Kronström Andrée (2002). Rapport d'enquête sur les causes et les circonstances du décès de Monsieur Hubert Williamson survenu le 15 mars 2001. Gouvernement du Québec.
25. Beautrais AL. Effectiveness of barriers at suicide jumping sites : a case study. *Australian and New Zealand J Psychiatry* 2001;35 :557-562.
26. O'Carroll PW, Silverman MM. Community suicide prevention : the effectiveness of bridge barriers. *Suicide and life-threatening behavior*. 1994; 24(1) :89-99.

27. Gibson L. Bridge phones offer a new lifeline. St. Petersburg Times, July 17, 1999
28. Glatt KM. Helpline : suicide prevention at a suicide site. Suicide Life Threatening Beh 1987 ; 17(4) : 299-309.
29. Orchard KB, Cork G World's most popular place to die. Newsport. fall 96. <http://www.newsport.org>
30. Brassfield M. (2000) DOT rules out nets or fences for Skyway. St. Petersburg Times, May 5,
31. Profile of Injury in San Francisco and Suicide / Self Inflicted Injuries. Trauma foundation <http://www.tf.org/tf/injuries/suic.html>
32. Reed S. (1996) December 30, <http://www.cnn.com/US/9612/30/gold.gate.suicide/>
33. Suicide barrier on Golden Gate Bridge? <http://cfasggb.tripod.com>
34. Eve Meyer. Directrice (executive director), San Francisco Suicide Prevention. Communication personnelle.
35. Dumas H. Cyberpresse.ca/reseau/hobbies/0203/hob\_102030077366.html. Samedi 16 mars 2002
36. Gazette du Canada. 2001. Ottawa.. Vol 135 (51 partie 1) :4817-4834. 22 décembre <http://canada.gc.ca/gazette/part1/pdf/g1-13551.pdf>
37. Bouet R. (année inconnue). Évaluation et contrôle de la qualité Audit clinique : prise en charge hospitalière des jeunes suicidants; bilan de l'expérience française. Centre hospitalier Henri Laborit. ANAES.