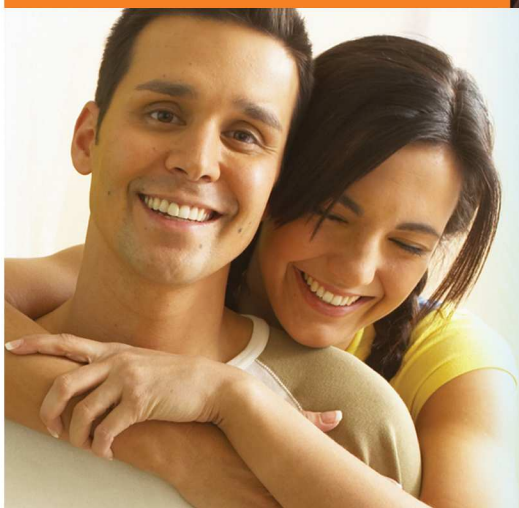


**la santé,  
une passion à partager**

**CSSS  
IUGS**



**Analyse des rapports des  
coroners des décès  
par suicide en Estrie :  
profils et recommandations**

Centre de santé et de services sociaux –  
Institut universitaire de gériatrie  
de Sherbrooke





# **Analyse des rapports des coroners des décès par suicide en Estrie : profils et recommandations**

Par

Jean Christian Boileau  
Simon Corriveau-Durand  
Laurent Grondines  
Antoine Lamoureux-Auclair et  
Sami Morin-Ben Abdallah  
(Étudiants en 3<sup>e</sup> année de médecine, Université de Sherbrooke)

En collaboration avec  
Jeanne Bazinet, professionnelle de recherche au CSSS-IUGS

Sous la supervision de Julie Lane, agente de planification, de programmation, de recherche et coordonnatrice de l'équipe de projets à la Direction de la coordination et des affaires académiques, CSSS-IUGS et professeure associée au Département des sciences de la santé communautaire de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke

28 janvier 2011

## Rédaction

Jean Christian Boileau, étudiant, Université de Sherbrooke  
Simon Corriveau-Durand, étudiant, Université de Sherbrooke  
Laurent Grondines, étudiant, Université de Sherbrooke  
Antoine Lamoureux-Auclair, étudiant, Université de Sherbrooke  
Sami Morin-Ben Abdallah, étudiant, Université de Sherbrooke

## Collaboration

Jeanne Bazinet, professionnelle de recherche, Direction de la coordination et des affaires académiques (DCAA)

## Sous la supervision

Julie Lane, agente de planification, de programmation, de recherche et coordonnatrice de l'équipe de projets (DCAA)

## Révision linguistique

Lucie Roy, agente administrative, DCAA

## Mise en pages

Sarah Archambault, technicienne en administration, DCAA

Centre de santé et de services sociaux –  
Institut universitaire de gériatrie  
de Sherbrooke



*Le CSSS-IUGS est un centre affilié universitaire (CAU) du secteur social et un institut universitaire de gériatrie (secteur santé)*

Vous pouvez obtenir ce document à l'adresse suivante.

## Guichet de la DCAA

Centre de santé et de services sociaux — Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke  
Direction de la coordination et des affaires académiques  
500, rue Murray, bureau 100  
Sherbrooke (Québec) J1G 2K6  
819 780-2220, poste 47200  
sgrimard.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca

Ce document est disponible à la section **documentation et médias**, sous la rubrique **publications** du site Web du Centre de santé et de services sociaux — Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke dont l'adresse est : **[www.csss-iugs.ca](http://www.csss-iugs.ca)**

## Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011  
Bibliothèque et Archives du Canada, 2011

ISBN : 978-2-923738-48-2

P:\DCAA\Documents officiels\Publications\2011-2012\Rapport des coroners \_ janvier 2011\Analyse des rapports des coroners \_juillet 2011.doc

La reproduction des textes est autorisée et même encouragée, pourvu que la source soit mentionnée.

© Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, 2011

## TABLE DES MATIERES

1. RÉSUMÉ .....	7
2. INTRODUCTION .....	9
3. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE .....	13
4. MÉTHODOLOGIE.....	15
5. RÉSULTATS ET DISCUSSION SUR LE PROFIL .....	17
6. RECOMMANDATIONS.....	25
7. CONCLUSION .....	35
8. RÉFÉRENCES .....	37
Annexe 1 : Grille d'analyse initiale construite par déduction.....	41
Annexe 2 : Changements apportés à la grille initiale .....	45
Annexe 3 : Grille Finale .....	49
Annexe 4 : Explication de la grille d'analyse .....	55



# 1. RÉSUMÉ

## **Introduction :**

Phénomène préoccupant en santé publique, le suicide sévit toujours significativement au Québec. Bien que les taux soient en diminution à l'échelle provinciale, ce fléau continue de faucher plus de trois vies chaque jour et reste une des causes principales de décès chez les jeunes.

## **Objectifs :**

Notre recherche tente tout d'abord de dresser un portrait de la personne vulnérable au suicide dans la région de l'Estrie, et ce, à partir de l'analyse des rapports des coroners des décès par suicide. Cette recherche vise aussi, à la suite de cette analyse, à formuler des recommandations, à l'intention des acteurs en santé et services sociaux, en vue d'optimiser le repérage et le suivi des personnes vulnérables au suicide.

## **Méthode :**

Une grille d'analyse a été élaborée à partir d'une analyse qualitative de contenu de la littérature sur le suicide. Deux cent soixante-dix-sept rapports de coroners des décès par suicide survenus entre 2005 et 2009 ont été analysés. Le profil type et les recommandations ont été dégagés des données compilées.

## **Résultats :**

Selon l'étude, les personnes qui se sont suicidées présentaient surtout les facteurs associés au suicide suivants : les troubles amoureux, l'hétéro-agressivité chez les jeunes, le deuil chez les personnes âgées, l'impulsivité, la présence d'idéations suicidaires ou une histoire de tentatives, les troubles de santé mentale, les maladies chroniques sévères, les problèmes d'abus ou de dépendance ainsi que l'isolement social.

## **Conclusion :**

Vingt et une recommandations à l'intention des intervenants en santé et services sociaux, des gestionnaires et des coroners ont été proposées. Cette étude sert de projet pilote en prélude à une série d'études de profil de personnes suicidaires qui se feront dans chacune des régions du Québec.



## 2. INTRODUCTION

### Problématique

À l'heure actuelle, le suicide représente un problème de santé publique d'envergure internationale : il a été estimé qu'environ 1 million de décès par suicide surviennent chaque année à travers la planète [31]. Les impacts collatéraux sont notoires : le suicide affecte environ six personnes dans l'entourage des individus commettant une tentative. Qui plus est, la situation du suicide au niveau du Québec est aussi des plus préoccupantes. En effet, en consultant les plus récentes statistiques de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), il est aisé de constater qu'en 2008, quelque 1 103 décès par suicide ont été enregistrés sur le territoire québécois, parmi lesquels 842 hommes et 260 femmes.

Pour la période 2005-2007, le suicide représentait 2,1 % de l'ensemble des décès de la population québécoise [16], proportion évaluée à 3,3 % chez les hommes et à 1 % chez les femmes. Néanmoins, à première vue, les récentes tendances suggèrent une nette diminution du taux de suicide au sein de la population québécoise depuis 1999 où 1 620 décès avaient été recensés. Au cours des 10 dernières années (1999-2008), le taux ajusté de suicide a diminué en moyenne de près de 4 % par année [16]. Certes, il s'agit d'une amélioration significative comparativement aux chiffres enregistrés au cours des années 1981-1999 qui témoigne probablement des efforts en prévention du suicide déployés par les divers intervenants et les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux au cours des dernières années. En revanche, les améliorations encourageantes illustrées par ces statistiques ne doivent pas masquer l'existence de certaines réalités préoccupantes : comparativement aux autres provinces, le Québec détient toujours le plus haut taux de suicide au Canada [30]. À l'échelle mondiale, le Québec se situait au 5<sup>e</sup> rang mondial en ce qui a trait au taux de mortalité par suicide chez les hommes en 2006 [16]. D'ailleurs, entre 2006-2008, trois suicides sur quatre sont faits par des hommes [16].

Au Québec, on a longtemps pensé que le suicide était un choix individuel et qu'il ne fallait pas s'en mêler. Or, une personne suicidaire ne veut pas réellement mourir, elle veut seulement arrêter de souffrir. Les tabous entourant la santé mentale au Québec et le manque de connaissance en ce qui a trait aux maladies psychiatriques ont considérablement contribué à propulser le Québec parmi les territoires détenant des taux de suicide des plus élevés dans les pays industrialisés. D'autres éléments comme l'acceptation sociale du suicide plus répandue chez la population masculine [9] alimentent cette tendance. À ce propos, une étude provenant du Japon a d'ailleurs démontré que la population résidant dans un secteur où les taux de suicide sont plus élevés est plus tolérante à l'égard du suicide qu'une population vivant dans un autre secteur [31]. Ainsi, en dépit des améliorations significatives notées au cours de la dernière décennie concernant les statistiques provinciales au sujet des taux de suicide, il n'en demeure pas moins que le suicide constitue encore un problème incontournable de santé publique au Québec. Il est donc impératif de poursuivre les efforts de prévention en vue d'en réduire la prévalence [22].

### Profil et facteurs associés

En évaluant les taux de suicide en fonction des catégories d'âge, il se trouve que le taux le plus élevé est observé chez le groupe âgé de 35 à 49 ans [16]. En réalité, il semble que les hommes âgés entre 35-49 ans constituent une clientèle vulnérable au suicide. Chez les hommes âgés de moins de 35 ans, le suicide représentait plus du tiers de l'ensemble des décès pour la période 1999-2001. À la lumière des données récentes, le poids du suicide semble avoir diminué pour ce groupe, notamment chez ceux âgés de 15 à 19 ans. Chez les femmes, peu de variations apparaissent, à l'exception d'une légère diminution du poids du suicide chez celles âgées de 20 à 34 ans. Ainsi, l'importance relative du suicide diminue graduellement avec l'âge au fur et à mesure que les autres causes de mortalité augmentent [16].

Quant aux moyens utilisés pour s'enlever la vie, il apparaît que les suicides par armes à feu ont diminué considérablement tandis que les suicides par pendaison, strangulation ou suffocation augmentaient aussi bien chez les hommes que les femmes [16].

Les distributions géographiques des victimes du suicide proposées par les statistiques de l'INSPQ relèvent que les plus hauts taux de suicide sont enregistrés au cœur des régions telles que la Gaspésie, la Côte-Nord, l'Abitibi-Témiscamingue, la Mauricie. Pour leur part, les plus bas taux de suicide sont pour leur part recensés autour des grandes villes, soit à Laval, Montréal-Centre et la Montérégie. Pour ce qui est de la situation en Estrie, à titre d'exemple, le rapport annuel de l'année 2009-2010 de l'organisme communautaire JEV1 [8] a révélé que 45 suicides sont survenus en 2008 et 50 en 2009.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces taux de suicide :

- **Facteurs prédisposants** : éléments issus du passé qui contribuent à fragiliser la personne tels que les antécédents suicidaires de sa famille [5], l'isolement social et les problèmes psychiatriques [36];
- **Facteurs contributifs** : éléments qui accentuent la vulnérabilité de la personne, comme une consommation excessive de drogue ou d'alcool [6] et l'instabilité familiale [14];
- **Facteurs précipitants** : éléments déclencheurs du comportement ou de l'idée suicidaire, comme une rupture amoureuse [14] ou la mortalité d'un proche [22];
- **Facteurs de protection** : éléments réduisant l'effet des facteurs associés au suicide tels qu'un réseau social soutenant, bonne santé globale, bonnes stratégies d'adaptation [17].

La division des facteurs proposée ci-haut est basée sur les recherches qui permettent de circonscrire quatre catégories de facteurs pouvant influencer le passage à l'acte chez un individu [37], [29]. Dans une perspective de repérage, il est évident qu'une connaissance approfondie de ces facteurs associés au suicide aiderait grandement les intervenants et les gestionnaires au niveau de l'optimisation du repérage d'individus vulnérables au suicide.

Cela dit, les statistiques recensées par l'INSPQ en matière de prévention du suicide sont bien répandues et généralement bien diffusées auprès des intervenants et des gestionnaires et visent à préciser le portrait épidémiologique. Toutefois, à la lumière des réalités démontrées par ces chiffres, il apparaît que les constats qui y sont ébauchés se limitent aux caractéristiques de base, associées aux individus qui commettent un suicide, telles que le sexe, l'âge, le lieu de résidence des personnes, le moyen de s'enlever la vie. Une description plus détaillée des profils d'individus qui s'enlèvent la vie n'est malheureusement pas révélée par de telles statistiques.

C'est dans ce contexte que l'analyse de dossiers de coroner permet de dégager certains profils d'individus plus fréquemment susceptibles de commettre un suicide. Une telle analyse plus exhaustive et plus complète relativement aux facteurs associés au suicide est réalisable par le biais de ces dossiers. Par le fait même, il sera possible de constater certaines tendances récurrentes en la matière et, incidemment, d'émettre des recommandations adéquates aux professionnels impliqués dans le repérage du suicide. Néanmoins, faut-il le rappeler, peu importe l'acquisition et la maîtrise de tous les facteurs associés au suicide, il importe de repérer efficacement les tentatives potentielles de passage à l'acte. À ce propos, l'analyse des écrits révèle qu'il importe d'utiliser un outil efficace, basé sur des notions empiriques solides et faisant ressortir les facteurs les plus près du passage à l'acte [22]. Ainsi, la coopération des acteurs impliqués en prévention, relativement à l'appropriation des connaissances régionales concernant les taux de suicide et les profils particuliers rencontrés, s'avère tout à fait essentielle pour s'inscrire dans le mandat collectif que constitue la prévention du suicide au Québec.

## Bonnes pratiques en prévention du suicide

Les 95 CSSS étant des acteurs de premier plan, il va sans dire qu'il est essentiel de les outiller convenablement afin de poursuivre la mission collective que constitue la prévention du suicide. Ainsi, dans la foulée des différentes stratégies ministérielles mises en place (Stratégie québécoise d'action face au suicide : *S'entraider pour la vie* (1998), *l'Évaluation de l'implantation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide* (2004), *le Programme national de santé publique* (2003-2012) et *le Plan d'action en santé mentale* (2005-2010)), il devient fondamental de concerter l'approche des différents acteurs impliqués dans la prévention du suicide au Québec. À ce sujet, la direction de la santé publique du MSSS a sollicité le CSSS-IUGS afin qu'il élabore un guide en prévention du suicide pour les intervenants des CSSS. Le CSSS-IUGS a alors proposé d'entamer le projet par une analyse des besoins. D'ailleurs, les résultats de *l'Analyse des besoins au regard de la prévention du suicide dans les centres de santé et de services sociaux* ont clairement identifié les besoins des intervenants et des autres gestionnaires impliqués dans le réseau québécois de la santé [21] :

- *les outils permettant d'évaluer la personne suicidaire sont peu utilisés et il n'existe aucun consensus sur les outils les mieux adaptés aux CSSS;*
- *il est difficile de déterminer quelles sont les pratiques optimales pour intervenir auprès de la personne suicidaire et de fixer des lignes directrices communes à l'échelle d'un RLS;*
- *au sein des RLS, les mécanismes pour référer la personne suicidaire à l'un ou l'autre des différents services du CSSS ou des organismes partenaires manquent de clarté.*

Cette analyse des besoins a aussi permis d'établir l'importance d'outiller les gestionnaires. Deux guides de bonnes pratiques ont ainsi été élaborés : un pour les intervenants et un pour les gestionnaires. Des stratégies (ex. : formations, ateliers, etc.) sont présentement déployées afin que les intervenants et les gestionnaires s'approprient les pratiques proposées dans les guides.

En lien avec l'atelier proposé aux gestionnaires, ce dernier les sensibilise à l'importance d'avoir un portrait clair des suicides qui se déroulent dans la région dans les différents réseaux locaux de services de la région. Ce portrait peut être plus précis par l'analyse des rapports de coroner. Cette analyse permet d'obtenir un portrait plus clair et de formuler des recommandations adaptées aux acteurs impliqués. En réalité, il existe approximativement 75 facteurs associés au suicide. Cette multitude de caractéristiques rendant l'intervention des professionnels de la santé plutôt fastidieuse, il incombe de cibler les facteurs les plus importants [23].

## Rôle des médecins

En tant qu'intervenants de première ligne auprès de personnes vulnérables au suicide, les médecins jouent un rôle clé dans ce contexte. En effet, certains auteurs ont démontré que de 40 % à 70 % des personnes qui se sont suicidées ont consulté un médecin moins d'un mois avant de mettre un terme à leurs jours. Par conséquent, au travers de leur pratique, les médecins ont l'opportunité de rencontrer un nombre considérable de patients susceptibles de commettre une tentative de suicide. Par le fait même, le suivi prodigué à ce type de clientèle devient un élément littéralement fondamental dans la prévention du suicide [30]. Mais concrètement, qu'est-ce qu'un suivi adéquat? Sur le plan pratique, l'Analyse des besoins au regard de la prévention du suicide dans les centres de santé et de services sociaux soulève qu'il importe d'améliorer l'organisation des services ayant pour rôle de prendre en charge les personnes vulnérables au suicide et d'offrir un suivi à ces dernières [22]. Cependant, il se trouve que certaines modalités reconnues efficaces, pour effectuer le suivi de ces personnes et les fidéliser à leur suivi, demeurent peu employées dans les CSSS [21]. Il serait ainsi fort intéressant de mesurer l'impact de ce que peut occasionner la prise de contact avec un médecin chez la personne suicidaire. À ce titre, il faut préciser que la personne suicidaire est particulièrement vulnérable durant l'année suivant une tentative de mettre fin à ses jours [22]. Manifestement, ce degré de vulnérabilité fait en sorte qu'un suivi étroit doit être proposé à toutes personnes qui sont ou qui ont été en danger de passage à l'acte [22].

Au surplus, une maîtrise adéquate des facteurs permettra d'améliorer la qualité du suivi offert aux personnes suicidaires [35] et peut contribuer à prévenir le passage à l'acte [26]. Mais après la rencontre avec le médecin, qu'en est-il du suivi? Les personnes suicidaires sont-elles réellement bien encadrées? À ce propos, l'analyse des écrits illustre qu'il est crucial de planifier la sortie de la personne suicidaire hospitalisée ou hébergée, sinon elle n'utilisera pas les services que son état requiert.

Concrètement, un suivi complet et optimal devrait avoir lieu dans le cadre d'une rencontre organisée dans les 24 à 48 heures suivant la sortie de l'hôpital ou de l'urgence. Ensuite, il faut s'enquérir d'organiser une rencontre chaque semaine pour évaluer la personne suicidaire et ce jusqu'à ce que cette dernière ne présente plus aucun indice de passage à l'acte pendant au moins trois rencontres consécutives [22]. Malheureusement, trop d'individus vulnérables au suicide sont laissés pour compte après leur rencontre avec leur médecin en dépit de ressources professionnelles à disposition et c'est à ce niveau qu'il faut insister pour mieux encadrer les patients bénéficiant d'un suivi médical.

### **Rôle du coroner**

Dans le cadre du présent projet, l'analyse proposée sera basée sur les rapports des dossiers de coroner élaborés à la suite des suicides survenus en Estrie au cours des années 2005-2010. Le coroner, conformément à la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* (LRCCD), procède à l'investigation de tous les décès par suicide ou les décès survenus dans des circonstances violentes. En effet, les coroners ont notamment pour mandat de déterminer les causes et les circonstances du décès tout en recherchant si le décès aurait pu être évité, de protéger les vivants en formulant des recommandations pour prévenir semblable décès ainsi que d'informer le public sur les causes médicales probables et les circonstances du décès. En l'espèce, nous nous servirons des écrits émanant des différents coroners ayant rédigé les rapports en lien aux décès par suicide survenus en Estrie entre 2005-2010. À cet effet, nous serons à même de dégager certaines recommandations à l'endroit de la rédaction de ces rapports, et ce, afin de mieux cerner les profils d'individus suicidaires dans un souci de prévention optimale.

### 3. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

---

À la lumière des données recensant les taux de suicide particulièrement élevés du Québec, il devient évident que la prévention du suicide doit devenir une préoccupation de premier plan pour le système de santé québécois.

Le premier but de notre recherche est d'identifier les différents profils de personnes qui se sont suicidées en Estrie. À cette fin, nous avons élaboré une grille d'analyse qui est présentée en annexe et qui pourra être réutilisée lors de recherches ultérieures. Cette grille doit contenir les éléments servant au profilage des individus. Ce projet fournira donc, aux acteurs en santé et en services sociaux de la région, des outils pour mieux repérer les personnes vulnérables au suicide. Notre étude servira de projet pilote en Estrie pour éventuellement pouvoir être répétée dans d'autres régions du Québec.

Nous avons aussi porté une attention particulière aux méthodes de repérage et de suivi utilisées pour soulever les différences entre celles-ci et les recommandations du *Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et services sociaux* [22].

Ainsi, à partir du profilage établi précédemment et de l'analyse de contenu des rapports du coroner, nous avons pu établir des recommandations aux intervenants et gestionnaires qui œuvrent dans les services de la santé et les services sociaux pour améliorer la prévention du suicide.

Finalement, nous avons aussi émis des recommandations aux coroners à propos des informations pertinentes, mais souvent manquantes des rapports de décès par suicide. Ceci est réalisé dans le but d'obtenir des rapports plus complets qui proposeraient des moyens d'améliorer les pratiques relatives à la prévention du suicide en vue de les adapter.

#### **Objectifs**

- Établir le profil type de l'individu suicidaire en Estrie;
- Établir des recommandations aux coroners ainsi qu'aux intervenants et aux gestionnaires en prévention du suicide;
- Élaborer une grille pour analyser les rapports du coroner traitant de cas de suicide en s'appuyant, entre autres, sur le *Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et services sociaux* [22].



## 4. MÉTHODOLOGIE

### Type d'analyse privilégiée

Pour notre projet, une analyse qualitative de contenu a été privilégiée. L'analyse de contenu vise à réduire à quelques catégories analytiques l'ensemble des mots d'un texte [20]. Elle vise à articuler « la rigueur de l'objectivité et la richesse de la subjectivité » [32]. Une grille d'analyse a été élaborée pour analyser le contenu des rapports des coroners. Les catégories de la grille d'analyse ont été choisies à l'aide d'une méthode mixte, soit par déduction et par induction.

La méthode par déduction consiste à construire une grille d'évaluation en s'inspirant des catégories provenant d'une recension des écrits sur le sujet. Les éléments de la littérature jugés pertinents ont été sélectionnés dans l'optique de répondre à nos objectifs. Plus précisément, nous nous sommes basés sur des articles traitants des facteurs associés au suicide sur des recherches antérieures qui ont analysé des rapports de coroner à propos de cas de suicide et sur le *Guide des bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux* [22]. Nous avons porté une attention particulière pour inclure dans la grille des éléments à propos du repérage et du suivi de personnes suicidaires afin de vérifier si ceux-ci correspondent aux suggestions du guide de bonnes pratiques pour la prévention sur le suicide. Les éléments initialement présents dans la grille d'évaluation ainsi que les références dans lesquelles nous les avons trouvés sont présentés dans l'Annexe 1.

La méthode par induction a servi de complément et consistait à ajouter de nouveaux éléments à la grille au fil de nos lectures selon notre analyse de contenu. Les changements que nous avons effectués sont présentés dans l'Annexe 2.

La grille finale est le résultat de la combinaison de ces deux méthodes. La grille finale est présentée en Annexe 3 et pourra être réutilisée dans le cadre d'études ultérieures.

### Données analysées

Nous avons reçu tous les rapports de coroner des décès par suicide survenus en Estrie de 2005 à 2009 et certains rapports disponibles de 2010. Nous avons rejeté un rapport, car il n'y était pas question de suicide, mais plutôt d'un accident. En tout, nous avons analysé 277 rapports de coroner. Nous avons évalué neuf rapports en groupe pour standardiser notre méthode d'évaluation. Les rapports restants ont été divisés entre cinq évaluateurs.

Afin d'assurer la validité de la recherche, la codification des rapports des coroners a été soumise à un test de reproductibilité qui « [...] renvoie au degré auquel les résultats demeurent invariants lorsque les règles de codification sont appliquées par des personnes différentes. Ce test suppose que deux ou plusieurs personnes codent le même échantillon de texte. La différence dans la façon de coder les résultats reflète des incohérences interobservateurs dans la façon d'interpréter les règles de codification [20]. »

Ce test de reproductibilité va dans le même sens que la triangulation des observateurs ou fidélité interjuge, qui, telle que définie par Pourtois et Desmet (2007), consiste à utiliser plus d'un observateur dans le plan de la recherche et à analyser les divergences pour identifier les sources de biais. Ainsi, 20 % des rapports des coroners ont été recodifiés par la chercheuse responsable du projet. Ce test de reproductibilité a permis d'apprécier la cohérence dans la façon d'interpréter les règles de codification.

## **Analyse des résultats**

L'analyse de résultats consistait à confirmer ou infirmer des hypothèses émises initialement. Les calculs et la compilation des données ont été effectués à l'aide du logiciel Microsoft Excel.

## **Considérations éthiques**

Les rapports du coroner constituent des données publiques. Cependant, les rapports du coroner contenaient des informations délicates à propos d'individus décédés. Nous avons tenu à protéger, le plus possible, la confidentialité de l'identité de ces individus en évitant de mentionner leurs noms et en limitant l'accès des rapports uniquement aux évaluateurs désignés.

## 5. RÉSULTATS ET DISCUSSION SUR LE PROFIL

Les résultats sont présentés en plusieurs sections : descriptifs (âge, sexe, etc.), facteurs sociaux et antécédents médicaux, intoxication, suivi médical et fait divers. Voici les résultats :

### Descriptifs

- A. Les personnes s'étant suicidées sont, en majorité, des hommes. En effet, quatre suicides sur cinq impliquent le sexe masculin, 225 hommes et 52 femmes (voir Figure 1). Ce résultat est compatible avec le rapport de trois hommes pour une femme retrouvé dans la littérature [16].

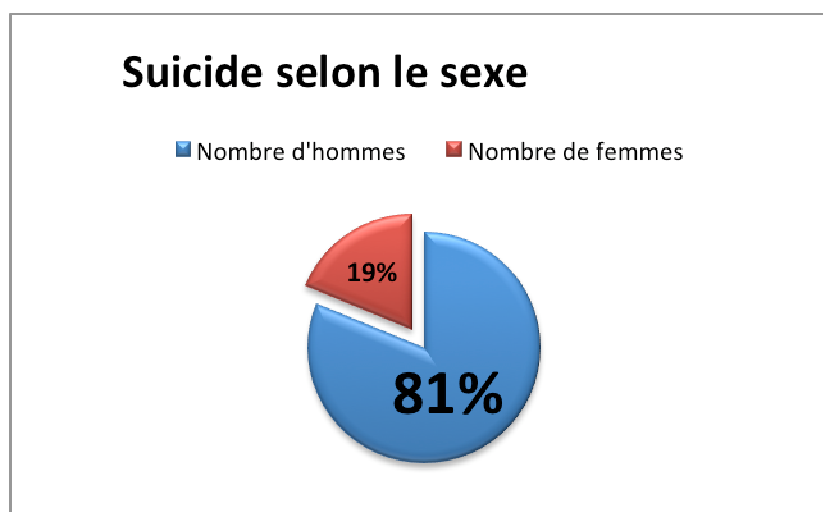


Figure 1

- B. Le groupe des 35 à 49 ans est le plus fréquemment touché, un peu plus d'un tiers des suicides en Estrie concerne ce groupe (voir Figure 2). Ce résultat est compatible avec la littérature [16], où l'on retrouve un rapport d'un suicide sur deux impliquant ce groupe d'âge.

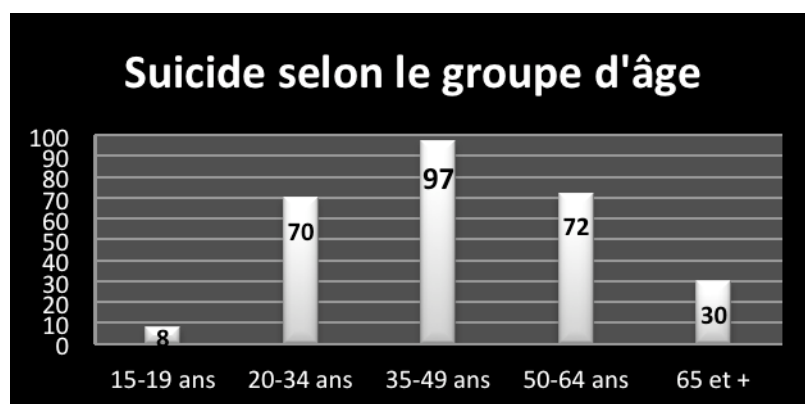


Figure 2

C. La pendaison est le moyen le plus fréquent, autant chez l'homme que chez la femme. Une différence vient au niveau du second rang, qui est par arme à feu chez les hommes et par intoxication médicamenteuse chez la femme (voir Figure 3A et 3B). Ces résultats sont compatibles avec la littérature [16], où la pendaison est la méthode la plus prévalente avec 53,6 %.

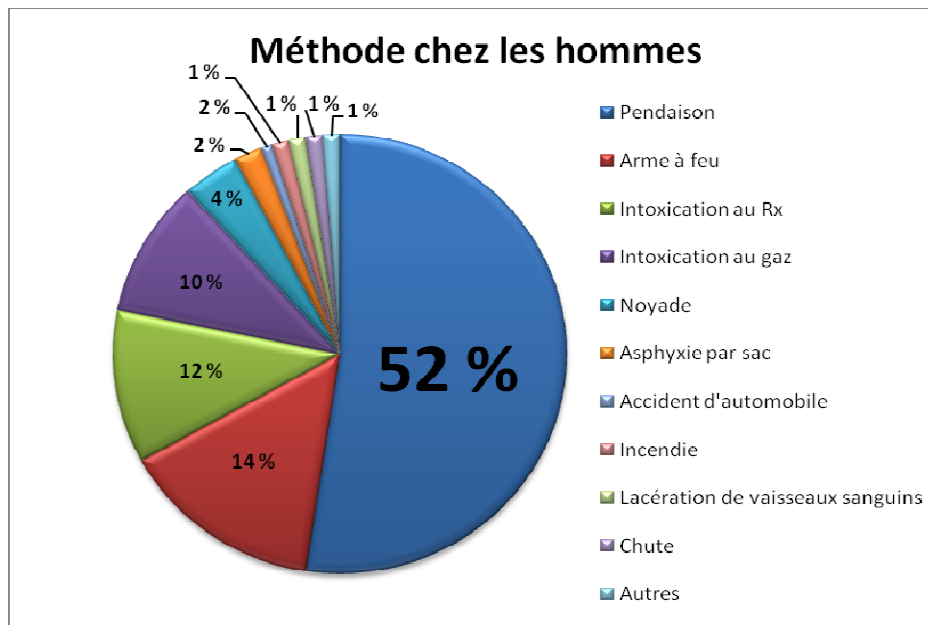


Figure 3A

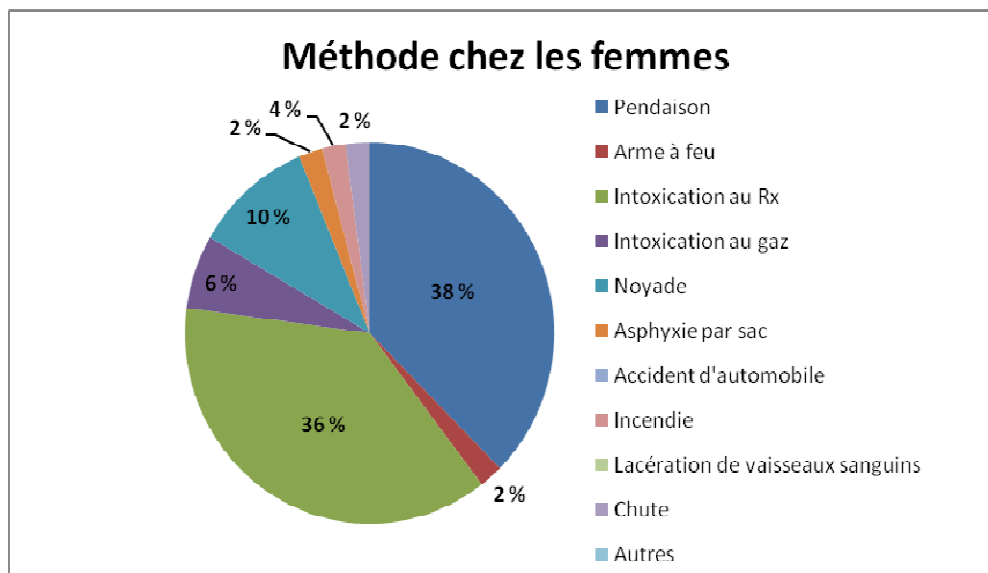


Figure 3B

D. Les déclencheurs les plus fréquents sont les troubles amoureux 22,74 %, suivi en ordre par la maladie physique 5,05 %, les troubles psychiatriques 3,97 % et le deuil 3,25 % (voir Tableau 1).

<b>Facteurs déclencheurs</b>	<b>Nombre</b>	<b>Rapport</b>
Troubles amoureux	63	<b>22,74 %</b>
Maladie physique	14	<b>5,05 %</b>
Trouble psychiatrique	11	<b>3,97 %</b>
Deuil	9	<b>3,25 %</b>
Problèmes financiers	7	<b>2,53 %</b>
Déménagement	6	<b>2,17 %</b>
Difficulté au travail	6	<b>2,17 %</b>
Autres	5	<b>1,81 %</b>
Alcool et drogue	4	<b>1,44 %</b>
Problèmes avec la justice	3	<b>1,08 %</b>
Perte de garde d'enfant	3	<b>1,08 %</b>
Problèmes familiaux	3	<b>1,08 %</b>
Rejet social	2	<b>0,72 %</b>
Non identifié	141	<b>50,90 %</b>
<b>Total suicide</b>	<b>277</b>	

*Tableau 1*

- E. 24 % des hommes avaient comme facteur déclencheur (54/225) une rupture amoureuse. Ce chiffre est de 17,31 % chez la femme (9/52).
- F. Le deuil chez les personnes de 50 ans et plus est le facteur déclencheur dans 7,84 % des cas comparativement à 0,57 % chez les 49 ans et moins. Ce résultat va dans le même sens que l'affirmation de Caillard et Chastang, 2010, selon laquelle une perte significative a un impact important pour le suicide chez les personnes âgées.

G. Nous avons aussi constaté une tendance au niveau du moment dans l'année, c'est-à-dire que 14,13 % des suicides se produisent lors du mois de mai, ce qui représente le taux le plus élevé, suivi du mois d'août avec 10,14 %. Le plus bas taux est de 6,16 % qui est associé au mois de novembre (voir Figure 4). Ces résultats sont compatibles avec la littérature [7], selon laquelle il y a un plus haut taux de suicide au printemps.



Figure 4

H. Nous avons aussi analysé le nombre de suicides pour chaque RLS en Estrie [voir FIG. 5]. Ainsi, le taux de suicide le plus élevé se retrouve dans le RLS Granit qui est de 1,9 fois celui du RLS Memphrémagog. Pour calculer les taux, nous avons utilisé les populations des RLS en 2005, données par l'Institut de la statistique du Québec.

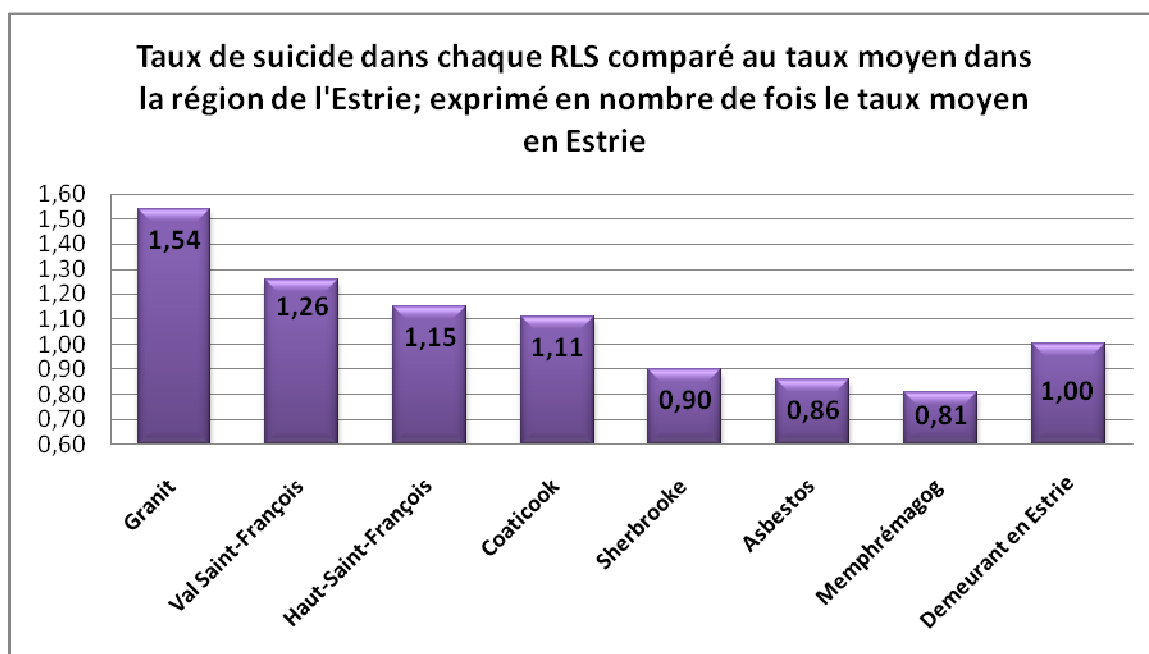


Figure 5

## Facteurs sociaux et antécédents médicaux

- I. Il s'avère que le plus prévalent de ces facteurs est l'antécédent d'idéations suicidaires, présent chez plus de 45 % des cas, suivi de l'antécédent de tentative de suicide 30,32 %, une humeur dépressive 29,60 % et de l'existence d'un divorce et/ou d'une séparation 29,60 % (voir Figure 6). Ces résultats témoignent de l'importance de ces facteurs comme rapportés dans la littérature [7, 36].

Profilage des gens passant à l'acte

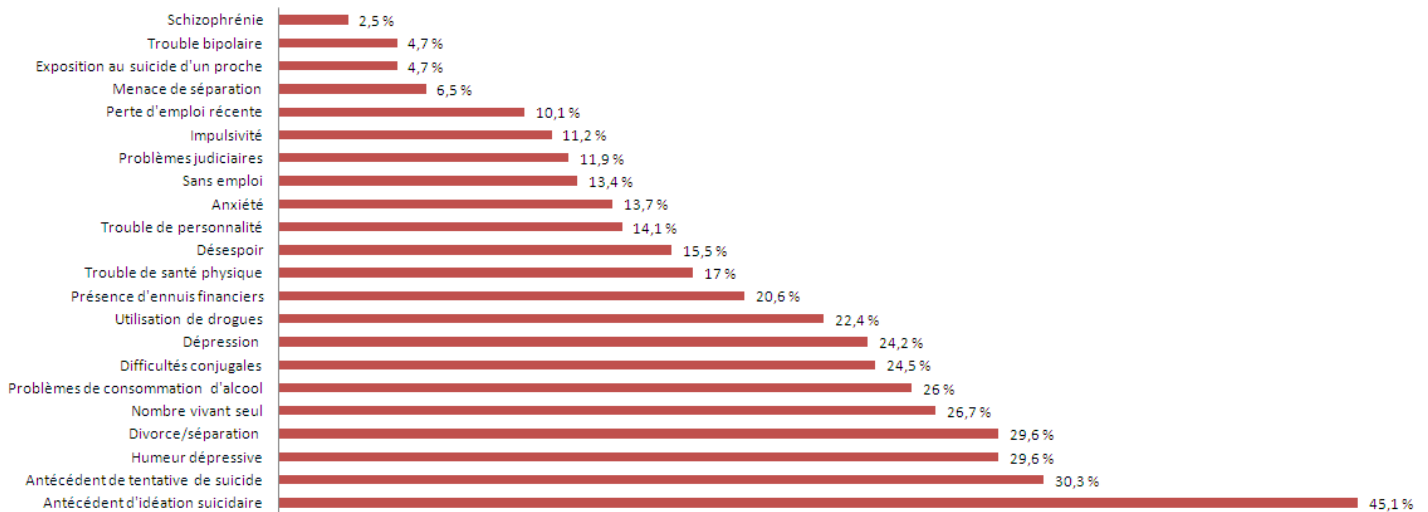


Figure 6

- J. 43,11 % des hommes avaient vécu des problèmes de couple tels qu'un divorce/séparation, et/ou une menace de séparation, et/ou des difficultés conjugales (ci-après « problèmes de couple »), tandis que le taux est de 36,43 % chez les femmes. 49,48 % des hommes de 35-49 ans avaient des problèmes de couple. Ce groupe d'âge est le plus affecté par ces « problèmes de couple ».
- K. 37,11 % des personnes entre 35-49 ans avaient un problème d'abus ou de dépendance à l'alcool. Le taux, en incluant tous les âges, est de 28,52 %, tandis que dans la littérature [27], le taux actuel d'abus de substances le plus élevé se situe chez les 20 à 29 ans (statistiquement significatif). Cependant, le taux d'antécédent d'abus de substance est le plus élevé chez les 40-49 ans (non statistiquement significatif).
- L. Vingt-cinq pour cent des 15-19 ans avaient démontré de l'agressivité envers une autre personne et/ou de l'impulsivité; 24,29 % des 20-34 ans, suivi de 12,37 % des 35-49 ans, 11,11 % des 50-64 ans et 3,33 % des 65 ans et plus. Ce résultat est compatible avec la littérature [27] où l'on retrouve un score significativement plus élevé pour les 20 à 29 ans, à  $p < 0.001$  sur l'échelle Brown-Goodwin History of Aggression.
- M. Nous avons analysé le dossier des 52 femmes et il faut noter que 35 d'entre elles (67,31 %) avaient, soit un diagnostique/antécédent de dépression majeure, soit une humeur dépressive. Le taux étant comparativement de 46,22 % chez les hommes.
- N. 88,46 % des femmes souffraient d'au moins un trouble de santé mentale (dépression majeure, maladie affective bipolaire, schizophrénie, trouble de personnalité, anxiété, trouble d'adaptation) comparativement à 57,78 % chez les hommes.

## Intoxication

- O. Plusieurs personnes ont été retrouvées intoxiquées lors du passage à l'acte. Le groupe d'âge le plus souvent impliqué est celui des 35-49 ans avec plus de 46,39 % d'intoxication suivi des 50-64 ans avec 37,50 %.

## Suivi médical

- P. 46,57 % des gens avaient un suivi en santé mentale et/ou avaient eu une consultation en santé mentale et/ou avaient été hospitalisés pour des raisons de santé mentale. 36,43 % de ces gens avaient explicitement divulgué le fait qu'ils désiraient s'enlever la vie.
- Q. 60,34 % des gens décédés par suicide dans le RLS de Sherbrooke étaient suivis en santé mentale et/ou avaient eu une consultation en santé mentale et/ou avaient été hospitalisés pour des raisons de santé mentale. Parmi les divers RLS de l'Estrie, ceci représente le taux le plus élevé. Par contre, dans le RLS de Granit, le taux est de 16,67 %, ce qui représente le taux le plus bas de l'Estrie. La moyenne en Estrie est de 47,51 %.
- R. Trente-deux pour cent des gens éprouvant des douleurs chroniques se sont suicidés par intoxication médicamenteuse. Le taux général de suicide par intoxication est pour sa part de 11,91 %. La facilité d'accès aux médicaments en est probablement la cause.

## Faits divers

- S. 46,93 % des gens ont laissé une note ou un message à leur proche. Ce résultat est compatible avec la littérature [7], où l'on retrouve un taux de 43 % chez les personnes âgées.
- T. 5,05 % des gens ont nié leur intention, de passer à l'acte, à un intervenant malgré le fait qu'ils avaient avoué ce fait à un proche.
- U. 82,31 % des gens avaient un support familial et/ou social significatif. Cependant, uniquement 24,19 % des gens ont été repérés en ce qui a trait à leur vulnérabilité face au suicide.

### Profil de la personne vulnérable au suicide en Estrie

Selon nos résultats A, D, E, F, I, J, K, L et M, les caractéristiques qui ressortent davantage sont :

- Personne ayant des troubles amoureux;
- Jeune homme ayant fait preuve d'agressivité envers une autre personne et/ou démontrant de l'impulsivité;
- Personne âgée de plus de 50 ans en deuil ou
- Toute personne ayant :
  - un antécédent de tentative de suicide et/ou d'idéation de suicide,
  - un problème de santé mentale, dont spécialement une humeur dépressive ou de l'anxiété excessive,
  - une maladie chronique sévère dont spécialement de la douleur chronique ou un cancer,
  - un problème d'abus ou dépendance de substance (alcool, drogue ou médicament),
  - un isolement social.

## **Biais**

En ce qui concerne les biais potentiels à l'analyse, il faut noter que la plupart de nos résultats sous-estiment la réelle prévalence des facteurs associés au suicide. Le premier biais repose sur le contenu des rapports de coroners. En effet, ces derniers ne contiennent qu'une partie de l'information relative au cas de suicide, et ce, soit à cause d'une collecte incomplète ou à cause d'une omission au rapport. Un deuxième biais provient du manque d'uniformité entre les dossiers de coroners. Les analyses ont été effectuées par plusieurs coroners et chaque coroner ne dessert que quelques RLS en particulier. Par conséquent, des facteurs associés au suicide peuvent être sous-estimés dans certaines régions de l'Estrie par rapport à d'autres. Un troisième biais notoire dérive de l'analyse des évaluateurs qui n'est pas totalement objective. En particulier, l'évaluation du « désespoir » ou de « l'impulsivité » repose souvent sur l'interprétation du rapport du coroner. Les éléments « rejet social », « repérage » et le « suivi médical » ne sont souvent pas explicitement décrits par le coroner, mais peuvent être déduits implicitement. Dans ces cas, différents étudiants ont parfois des évaluations distinctes même s'il y avait consensus la plupart du temps.



## 6. RECOMMANDATIONS

Nous avons extrait, des résultats de la section précédente, plusieurs recommandations pour améliorer la prévention du suicide en Estrie. Nous les avons classées en trois groupes : celles adressées aux intervenants de la santé et des services sociaux, celles aux gestionnaires et celles aux coroners. Une justification pour chacune de ces recommandations est fournie ci-dessous.

### Recommandations à l'intention des intervenants de la santé et des services sociaux

- I. Repérer les usagers vulnérables au suicide selon le profil présenté dans la section précédente et évaluer la dangerosité de passage à l'acte chez ces personnes de façon efficace.

*Discussion* - Le profil de la personne suicidaire a été l'objet de plusieurs recherches antérieures. Pour notre part, nous avons vérifié quels étaient les facteurs les plus récurrents dans la population estrienne. Nous recommandons d'évaluer la dangerosité de passage à l'acte chez toutes les personnes présentant des éléments du profil présentés dans la section précédente (à l'aide de l'outil proposé dans le *Guide des bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et des services sociaux*). Toutefois, si les circonstances l'exigent, une évaluation minimale peut aussi être accomplie en ne posant qu'une seule question : avez-vous des idéations suicidaires?

- II. Ne pas assumer qu'un patient n'est pas vulnérable au suicide s'il ne présente pas de signe d'humeur dépressive ou de problème de santé mentale.

*Discussion* - Même si la dépression et les autres troubles de santé mentale prévalent chez les personnes suicidaires, ceux-ci ne sont pas systématiquement présents chez cette clientèle. Plusieurs de nos cas, 36,5 %, n'avaient pas de troubles mentaux apparents et aucune humeur dépressive n'avait été constatée. De plus, trois de nos cas avaient même une bonne humeur le jour de leur suicide, provoquant ainsi la confusion auprès de leurs proches et/ou leur médecin. Parmi ces trois cas, voici un extrait de rapport du coroner appuyant cette remarque : « *Son patron a même spécifié que, depuis deux mois, monsieur X allait bien. Son moral était bon. Il avait l'air correct, en forme et de bonne humeur. Son décès a surpris bien du monde.* »

- III. Utiliser des méthodes supplémentaires pour évaluer la dangerosité (ex. : outil de SAM).

*Discussion* - La plupart des patients qui ont des idéations suicidaires n'hésitent pas à en parler à leur médecin et vont répondre par l'affirmative à la question « Avez-vous des idéations suicidaires? » Cependant, une minorité non négligeable de patients (14 des cas étudiés) n'ont pas mentionné leur idéation suicidaire à leur médecin. Pour cette raison, il est important d'utiliser des outils d'évaluation de la dangerosité de passage à l'acte qui tiennent compte de plusieurs autres facteurs.

- IV. S'assurer qu'un suivi médical et psychosocial étroit soit réalisé pour les personnes en danger graves. Les médecins ou autres intervenants doivent être au courant qu'il existe des ressources spécialisées pour les assister à cette tâche.

*Discussion* - Selon les rapports du coroner, dans au moins sept cas, le rapport laissait entendre que le suivi par un psychologue ou un psychiatre n'était pas fait de manière assez étroite. En particulier, certains cas où des patients se sont présentés à l'hôpital pour idéations suicidaires ou tentatives de suicide ont reçu leur congé sans recevoir de suivi ni de relance. Selon le *Guide des bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et des services sociaux*, un bon suivi doit respecter les recommandations suivantes :

- A. Un agent de liaison devrait avoir la responsabilité d'orchestrer le suivi;
- B. Le premier rendez-vous de suivi doit être fait dans les 24 h;
- C. Assurer une continuité dans le suivi des patients vulnérables au suicide, préférablement avec un seul intervenant;
- D. Assurer au moins un rendez-vous hebdomadaire jusqu'à ce que la dangerosité du passage à l'acte soit faible (jaune) ou inexistante (vert) durant trois rencontres successives.

Nous reconnaissons que la réalisation d'un tel suivi demande du temps et des ressources. Pour assister les médecins ou tout autre intervenant en santé et services sociaux, il existe des ressources spécialisées disponibles pour les aider à gérer un état de crise suicidaire et assurer par la suite un suivi. Il est important pour les médecins ou autres intervenants de connaître ces ressources.

- V. Pour combattre le tabou relatif aux troubles de santé mentale, nous recommandons aux médecins de démystifier ces troubles, d'informer leur patient sur l'explication physique de la maladie, et de souligner l'importance de la prise de médication et du suivi psychosocial pour éviter les rechutes.

*Discussion* - Les coroners ont explicitement reporté que le tabou de la santé mentale a contribué à encourager le patient à ne pas prendre ses médicaments dans le but d'éviter d'être étiqueté de malade mental. Ce facteur semble avoir joué un rôle important dans plusieurs autres cas, mais n'était pas mentionné explicitement. Dans un dossier, il est précisé que : « Plus que n'importe quel autre facteur, c'est le tabou de la maladie psychiatrique qui a empêché, madame, X de commencer les traitements efficaces pour sa condition. Tous et chacun, nous devons redoubler d'efforts pour démystifier les troubles d'anxiété et la dépression. » Dans un autre : « Dans la garde-robe de sa chambre, on retrouve les médicaments prescrits. Ils sont dans une sacoche, elle-même cachée dans une autre sacoche, cela parce que madame X avait très peur que ses enfants les découvrent. À l'évidence, d'avoir à prendre un antidépresseur représentait pour elle un échec. »

- VI. Restreindre l'accès à des quantités importantes de médicaments pour les individus vulnérables au suicide.

*Discussion* - Notre analyse des dossiers nous a permis de constater que l'intoxication par médicaments est une des méthodes de suicide les plus fréquentes, ce que l'analyse statistique a confirmé (voir Résultat C). En particulier, selon le résultat R, le suicide par intoxication de médicaments est particulièrement populaire chez les patients souffrant de douleur chronique. L'élément qui mérite réflexion est celui de l'accessibilité aux médicaments pour les individus vulnérables au suicide. Les médicaments responsables dans ces situations étaient le plus souvent des analgésiques ou des narcotiques prescrits pour des douleurs chroniques. De plus, il est prouvé que le fait de restreindre l'accès à un moyen de passage à l'acte est un outil efficace de la prévention du suicide [11]. Ainsi, nous recommandons aux médecins traitants et aux pharmaciens de restreindre l'accès à des quantités importantes de médicaments avec potentiel de toxicité élevée pour les individus vulnérables au suicide, particulièrement chez ceux atteints de troubles de santé mentale. En effet, ce sous-groupe est particulièrement susceptible de passer à l'acte [36]. De façon plus concrète, nous suggérons aux médecins et aux pharmaciens de prescrire ledit médicament à de plus petites doses, de façon plus fréquente. Un autre moyen pour restreindre l'accès au médicament, à un patient vulnérable au suicide, est de demander à un proche fiable de ce dernier de contrôler les doses consommées.

Cependant, nous avons été confrontés à des situations où le patient avait réussi à accumuler suffisamment de médicaments pour s'enlever la vie malgré cette restriction d'accès. Ce dernier consultait différents professionnels de la santé pour obtenir ses médicaments et mentait à ceux-ci pour tenter d'obtenir des doses plus importantes. Dans ces cas problématiques où il est manifeste qu'un patient vulnérable au suicide tente d'accumuler des médicaments, nous suggérons de procéder à un signalement auprès de l'Ordre des pharmaciens et du Collège des médecins pour éviter une prescription abusive de médicaments à potentiel de toxicité élevée chez le patient. De plus, nous recommandons dans ce cas au pharmacien de s'assurer que la dose prescrite soit consommée sur place.

VII. Restreindre l'accès aux armes à feu pour les individus vulnérables au suicide.

*Discussion* - Comme mentionné précédemment, le fait de retirer les moyens de passer à l'acte diminue la dangerosité. En effet, la crise suicidaire est de courte durée et teintée d'une ambivalence qui peut être positivement influencée par le retrait des moyens [11]. Ainsi, nous recommandons aux intervenants en santé de réduire l'accès aux armes à feu pour toute personne avec idéations suicidaires. Pour un individu dont l'indice de danger d'un passage à l'acte est faible (jaune), l'intervenant pourra lui proposer de remettre ses armes à feu dans un endroit qu'il n'aura pas accès et d'en léguer temporairement la charge à une tierce personne. Pour tout individu en danger grave à court terme (orange) ou en danger grave et imminent (rouge), l'intervenant devra mettre en place tous les moyens nécessaires pour retirer l'accès aux armes à feu.

### **Recommandations à l'intention des gestionnaires**

VIII. Faire une nouvelle campagne publique de sensibilisation pour la prévention du suicide.

A. Informer la population des signes permettant de repérer un proche suicidaire;

*Discussion* - 82,3 % des individus avaient un lien avec des proches ou leur famille, mais uniquement 24,2 % des cas ont reçu de l'aide de la part d'un intervenant en suicide, comme décrit par notre résultat U. De ce fait, cela indique qu'une nette amélioration pourrait être accomplie et que la sensibilisation de la population constituerait incontestablement un pas dans la bonne direction.

B. Informer la population des ressources disponibles pour assister les personnes suicidaires et leurs proches.

*Discussion* - Dans quinze des cas que nous avons étudiés, les proches ont contacté des ressources d'aide appropriées avant le passage à l'acte. En revanche, nous avons répertorié 17 cas où l'entourage n'est pas entré en contact avec les ressources d'aide spécialisées en prévention du suicide. Dans un des cas étudiés, le coroner rapporte : « Même si monsieur a mentionné clairement à au moins deux personnes qu'il allait se pendre, qu'il a précisé à une de ces personnes qu'il avait essayé de se pendre le 4 avril et qu'il a montré l'endroit et la corde où il avait tenté de mettre fin à ses jours. Il est étonnant et désolant de constater que personne ne soit vraiment intervenu pour l'amener à consulter! »

IX. Former des sentinelles dans les milieux où se retrouvent les personnes âgées.

*Discussion* - Selon l'Institut national de la santé publique du Québec, la proportion du nombre de suicides chez les 65 ans et plus est en augmentation, tant chez les hommes que chez les femmes [16]. Bien que les résultats de notre analyse ne démontrent pas d'augmentation claire lors des années 2005 à 2009, leur nombre non négligeable témoigne de l'importance de ce phénomène. Effectivement, les personnes âgées sont à même d'être exposées à certains facteurs de vulnérabilité tels que la solitude, le deuil et les maladies physiques. L'exemple qui en témoigne est celui de l'individu qui, en plus de devoir déménager dans un centre pour personnes âgées, vit un abandon de la part de ses proches et subit les conséquences de ses maladies physiques (perte d'autonomie, douleur chronique, sentiment d'impuissance). À cet effet, nous recommandons d'améliorer le repérage des idéations suicidaires chez la clientèle âgée en formant des sentinelles chez les employés en contact avec celle-ci. Ces sentinelles permettraient de joindre les personnes isolées [22] et de les mettre en communication avec les ressources dont elles ont besoin [29]. Cette recommandation pourrait être communiquée à l'Association des résidences et CHSLD privés du Québec (ARCPQ).

X. Assurer une compétence en prévention du suicide dans les centres de réadaptation en santé mentale et dépendance.

*Discussion* - Nous avons observé plusieurs cas où l'individu s'est suicidé bien qu'il était suivi dans un centre de réadaptation. Il existe au Québec de nombreux centres de réadaptation en psychologie, dépendance et santé mentale. Toutefois, comme souligné dans le rapport du coroner Gilles Sinton, ces centres ne sont pas tous accrédités par le gouvernement et certains possèdent un mode de fonctionnement qui n'est pas conforme à la Loi sur les services de santé et les services sociaux. À l'heure actuelle, l'accréditation n'est pas obligatoire, mais plutôt volontaire. Nous recommandons donc au gouvernement (ministère de la Santé et des Services sociaux) d'assurer le respect de la LSSS au sein de ces centres de réadaptation en plus d'obliger une accréditation qui garantirait un service de qualité pour la clientèle vulnérable qui fréquente ces centres privés. De fait, cette accréditation devrait exiger une formation en prévention du suicide de la part des intervenants de ces centres de réadaptation. En effet, il est primordial que ces intervenants développent une compétence en matière de prévention du suicide [22] de manière à ce qu'ils soient aptes à repérer, évaluer la dangerosité et référer adéquatement la clientèle vulnérable avec qui ils sont en contact. Finalement, nous recommandons aux professionnels de la santé, oeuvrant dans le milieu public, de s'assurer que l'établissement de réadaptation, auquel ils réfèrent un patient, soit accrédité par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Dans un autre ordre d'idées, nous avons été confrontés à une situation lors de laquelle une femme a commis un suicide alors qu'elle était hébergée dans une résidence de type famille d'accueil. Cette résidence n'avait aucune vocation en termes de réadaptation ou traitement et ne faisait appel à aucun intervenant en santé mentale. De fait, nous recommandons que les responsables de ces familles d'accueil reçoivent une formation en prévention du suicide. Nous suggérons la formation gratuite dispensée par la fondation JEVI (Centre de prévention du suicide en Estrie).

XI. Augmenter la prévention du suicide dans les RLS où le taux de suicide est le plus élevé, notamment au RLS le Granit.

*Discussion* - Comme illustré par le résultat H de la section précédente, le taux de suicide du RLS de *Granit* est d'environ deux fois supérieur à celui du RLS de Memphrémagog. Il serait bénéfique de concentrer les ressources dans les régions où les taux sont les plus élevés. D'ailleurs, ce RLS détient un

taux de suivi en santé mentale nettement plus faible que la moyenne en Estrie comme démontré par notre résultat Q.

- XII. Informer les directeurs de la protection de la jeunesse de l'importance de procéder à la prévention du suicide chez les parents qui perdent la garde de leur enfant.

*Discussion* - Ensuite, nous abordons brièvement une situation particulière, soit celle où un parent se fait retirer la garde de son enfant par la Direction de la protection de la jeunesse. Nous avons été confrontés à cette situation dans quelques dossiers et avons relevé dans tous les cas, la présence de facteurs prédisposants et contribuant dans le passé de l'individu, outre le retrait de la garde de l'enfant. De fait, il s'avère que la perte de la garde constituait le facteur déclencheur pour le passage à l'acte. Nous pouvons donc considérer que le retrait des enfants du milieu familial constitue une situation susceptible de provoquer une crise suicidaire à court terme. Ainsi, nous recommandons aux directeurs de la protection de la jeunesse de référer les parents dont la garde des enfants est retirée vers les ressources appropriées en terme de prévention du suicide.

### **Recommandations à l'intention du coroner**

Les recommandations précédentes sont le fruit de l'information obtenue des dossiers des différents coroners de la région de l'Estrie. Le coroner a pour mandat d'évaluer tous les cas où il subsiste des raisons de soupçonner qu'un décès n'est pas lié à une cause naturelle ou si des indices de mort violente sont présents dans les circonstances [34]. Pour ce faire, l'investigation du coroner doit tenir compte de l'environnement physique de la scène du décès en plus d'évaluer les caractéristiques médico-sociales de la victime au moment du décès. Dans le contexte de la prévention du suicide, un rapport du coroner complet a le potentiel de devenir une véritable mine d'or d'information dans le but d'établir le profil des individus vulnérables au suicide et dans l'évaluation des services offerts dans ce domaine. Nos recommandations pour le coroner visent à favoriser une communication optimale entre les responsables de la santé publique et les coroners. Nous espérons qu'il sera alors plus aisé d'atteindre notre objectif commun, soit la prévention du suicide.

- XIII. Uniformiser l'information rapportée au dossier dans les cas de suicide, en s'inspirant des facteurs associés identifiés dans notre profil des individus vulnérables au suicide et des facteurs retrouvés dans la littérature, cités dans les prochaines recommandations.

*Discussion* - Malheureusement, les possibilités d'obtenir des informations utiles venant des rapports du coroner ont longtemps été négligées lorsque vient le temps de mettre en place des mesures visant à prévenir le suicide [3].

Les dossiers remplis actuellement par les coroners manquent fréquemment d'information essentielle pour déterminer avec précision les facteurs, qui prévalent le plus, associés au suicide dans la population. Dans notre étude, il est clair qu'il n'existe que peu de consensus entre les différents coroners au sujet de ce qui constitue un rapport de décès par suicide complet. À titre d'exemple, en comparant les dossiers de coroners de la région de l'Estrie, nous constatons que la quantité d'information contenue dans chaque dossier (en moyenne de caractéristiques remplies par dossier) varie significativement d'un coroner à l'autre (Fig. 7). C'est une donnée particulièrement préoccupante en Estrie, car l'on constate que le RLS où la quantité d'information est la plus sommaire (Fig. 4) est également le RLS où le nombre de suicides par habitant est le plus élevé. Ce manque flagrant de consensus entre coroners ne se retrouve pas qu'en Estrie. En effet, ce même phénomène est aussi répandu ailleurs dans le Commonwealth. C'est d'ailleurs pour remédier à ce problème, que l'on recommande maintenant dans la littérature provenant de l'Australie, d'uniformiser la communication de l'information par les coroners au sujet du suicide [12]. Dans ce même esprit, nos recommandations visent à appuyer les coroners à choisir, de façon plus judicieuse, l'information qu'ils rapporteront dans

les dossiers. Cette information favorisera, dans le futur, la mise en place d'une approche populationnelle plus efficace, par les responsables de la santé publique en matière de prévention du suicide.

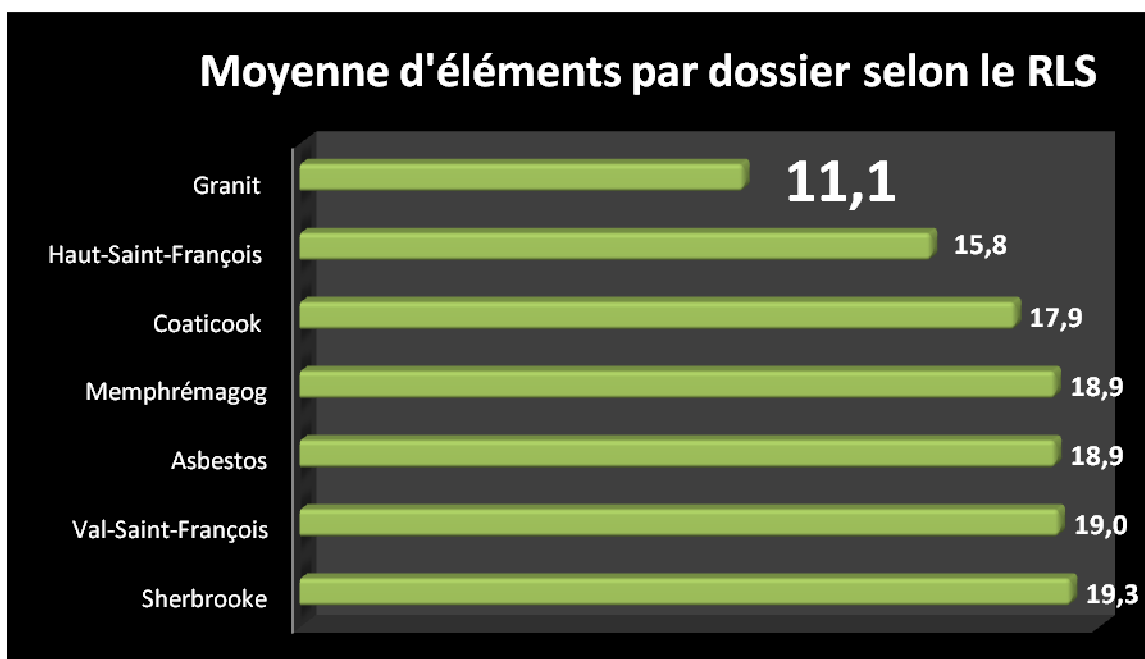


Figure 7

- XIV. Relever les facteurs déclencheurs principaux dans les rapports du coroner en s'inspirant du profil des individus vulnérables au suicide.

*Discussion* - Notre étude des dossiers démontre que la majorité des coroners ont su identifier plusieurs des facteurs déclencheurs principaux et cette recommandation vise donc à réitérer l'importance d'identifier ces facteurs. Comme mentionné plus haut, nous avons noté que les troubles amoureux, surtout chez les hommes, les troubles psychiatriques, les maladies physiques et le deuil chez les personnes âgées sont les déclencheurs les plus souvent observés en Estrie et ils devraient donc être recherchés activement dans tous les cas où le suicide est présumé comme cause de décès.

- XV. Relever les facteurs principaux, associés au suicide, dans les rapports du coroner en s'inspirant du profil des individus vulnérables au suicide.

*Discussion* - Les principaux facteurs associés doivent également être bien spécifiés dans les rapports. À l'intérieur de cette catégorie, nous recommandons d'inclure toute information ayant trait aux antécédents d'idéation et de tentatives de suicide. En plus, nous réaffirmons l'importance de documenter le support social. Il est donc important de noter si un individu habite seul ou s'il a vécu un divorce ou une séparation. Finalement, l'utilisation abusive d'alcool est un facteur prépondérant en Estrie pouvant mener au suicide et devrait donc aussi être notée dans le rapport.

- XVI. Documenter l'emploi ou le chômage de la victime dans le rapport comme facteurs contribuant au suicide.

*Discussion* - Nous avons conclu dans notre étude que plusieurs facteurs associés, dont l'emploi ou le chômage de la victime, ont rarement été mentionnés dans les dossiers des coroners. Il est important de noter que l'emploi d'un individu peut influencer sa vulnérabilité au suicide de plusieurs manières.

Meltzer et al. (2008) ont démontré en Grande-Bretagne qu'une proportion plus importante des travailleurs de la santé et des agriculteurs décèdent par suicide, que ce qui est observé dans la population générale. Ils expliquent ces résultats par le niveau de stress élevé engendré par ces occupations et par une meilleure connaissance des moyens utilisés pour se suicider. Une autre étude propose que l'accès aux moyens nécessaires pour le passage à l'acte soit aussi à considérer [33]. Cet accès aux moyens pourrait expliquer une plus grande proportion de décès par intoxication médicamenteuse chez les travailleurs de la santé et une plus grande proportion de décès par arme à feu chez les agriculteurs. Les individus sans emploi, quant à eux, sont aussi plus susceptibles de se suicider, une observation qui pourrait être en lien avec l'isolement social et l'utilisation plus fréquente d'alcool et de stupéfiants dans ce groupe [24].

- XVII. Documenter l'homosexualité et la bisexualité de la victime dans le rapport comme facteurs contribuant au suicide.

*Discussion* - L'homosexualité et la bisexualité sont aussi des facteurs significatifs contribuant au suicide selon l'American Psychiatric Association (2003). De façon plus spécifique, une étude française a démontré que les idéations suicidaires étaient particulièrement fréquentes chez les individus homosexuels qui n'ont pas annoncé leur orientation sexuelle à leurs proches [24].

- XVIII. Documenter les antécédents d'abus et de négligence pendant l'enfance de la victime dans le rapport comme facteurs contribuant au suicide.

*Discussion* - Les événements qui portent atteinte à l'intégrité aussi bien physique, psychologique ou sexuelle de l'enfant sont des facteurs contributifs, particulièrement marquants, car ils surviennent habituellement dans une période critique du développement de l'enfant. Ces événements ont, comme conséquence, d'abimer la relation positive de l'enfant avec lui-même, ce qui peut potentiellement entraîner de sérieuses répercussions tout au long de la vie. Parmi les séquelles rapportées dans la littérature, on peut noter un comportement agressif et des troubles psychiatriques, dont la dépression et l'anxiété. Les conséquences déplorables de ces événements aboutissent finalement en une plus grande vulnérabilité au suicide chez les individus victimes d'abus et de négligence en jeune âge [6].

- XIX. Documenter les antécédents de violence hétéro-agressive de la victime dans le rapport comme facteurs contribuant au suicide.

*Discussion* - Par ailleurs, le lien entre la violence hétéro-agressive et le suicide est, depuis longtemps, établi dans la littérature [2]. Il faut également souligner le lien entre cette violence et une multitude d'autres caractéristiques associées au suicide dont l'impulsivité, l'abus de substances et plusieurs troubles de la personnalité. Il est donc vraisemblable qu'un individu capable de violence contre autrui soit également capable de retourner cette violence contre lui-même [17].

- XX. Documenter la présence d'enfant dans la maison et de plan pour le futur dans le rapport comme facteurs protecteurs au suicide.

*Discussion* - La dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire est largement diminuée lorsque la personne maintient des liens concrets avec ceux qui l'entourent. Ces liens ont été décrits comme des tampons entre l'individu et son désir de mort et ils servent donc à maintenir une certaine ambivalence de l'individu face à son désir suicidaire [17]. Parmi les facteurs de protection répertoriés dans la littérature, on cite couramment la présence d'un enfant dans la maison [1] et l'expression d'un plan pour le futur, dont un objectif de vie à long terme ou un projet à accomplir à court terme [17].

- XXI. Inclure de l'information au sujet du repérage et du suivi des personnes victimes de suicide dans le rapport.

*Discussion* - Au Québec, le problème du suicide n'est pas passé inaperçu parmi les différentes instances gouvernementales et les organismes à but non lucratif. Plusieurs projets, visant la prévention, ont été mis sur pied dont le *Guide des bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux* [22]. Bien que ces projets aient été établis sur de solides fondations théoriques, leur efficacité quant à la prévention du suicide reste à être démontrée. Le manque d'information au sujet de l'utilisation des services par les individus ayant passé à l'acte est sans doute une des raisons principales expliquant l'absence de preuves empiriques au sujet de leur efficacité. C'est sur ce point que la contribution des coroners serait de la plus haute importance.

Nous recommandons alors aux coroners d'inclure dans leurs rapports, de l'information indiquant si la victime a été repérée par des intervenants ou des professionnels de la santé avant son suicide et, si oui, le rapport devrait mentionner qui a accompli le repérage, dans quel établissement et avec quel outil. Il serait aussi pertinent de décrire ce qui s'est produit après le repérage, en expliquant vers qui l'individu vulnérable au suicide a été référé, comment s'est déroulé le suivi et quelles mesures thérapeutiques ont été entreprises. Finalement, le rapport devrait aussi indiquer si l'individu est connu pour des antécédents de tentatives de suicide tout en spécifiant les particularités du suivi.

Nous sommes conscientes que ces additions au rapport demanderont un investissement en temps considérable de la part des coroners, mais nous sommes persuadés que l'information obtenue servira à améliorer de façon significative les moyens de prévention du suicide.

#### **Recommandations à l'intention des intervenants de la santé**

- I. Repérer les usagers vulnérables au suicide selon le profil présenté dans la section précédente et évaluer la dangerosité de passage à l'acte chez ces personnes de façon efficace.
- II. Ne pas assumer qu'un patient n'est pas vulnérable au suicide s'il ne présente pas de signe d'humeur dépressive ou de problème de santé mentale.
- III. Utiliser des méthodes supplémentaires pour évaluer la dangerosité (ex. : outil de *SAM*).
- IV. S'assurer qu'un suivi médical et psychosocial étroit soit réalisé pour les personnes en danger grave à court terme et en danger grave et imminent. Les médecins ou autres intervenants doivent être au courant qu'il existe des ressources spécialisées pour les assister à cette tâche.
- V. Pour combattre le tabou relatif aux troubles de santé mentale, nous recommandons aux médecins de démystifier la maladie psychiatrique, d'informer leur patient sur l'explication physique de la maladie, et de souligner l'importance de la prise de médication pour éviter les rechutes.
- VI. Restreindre l'accès à des quantités importantes de médicaments pour les individus vulnérables au suicide.
- VII. Restreindre l'accès aux armes à feu pour les individus vulnérables au suicide.

### **Recommandations à l'intention des gestionnaires**

- VIII. Faire une nouvelle campagne publique de sensibilisation pour la prévention du suicide :
  - a. Informer la population des signes permettant de repérer un proche suicidaire,
  - b. Informer la population des ressources disponibles pour assister les personnes suicidaires et leurs proches;
- IX. Former des sentinelles dans les milieux où se retrouvent les personnes âgées.
- X. Assurer une compétence en prévention du suicide dans les centres de réadaptation en santé mentale et dépendance.
- XI. Augmenter la prévention du suicide dans les RLS où le taux de suicide est le plus élevé, notamment au RLS le Granit.
- XII. Informer les directeurs de la protection de la jeunesse de l'importance de procéder à la prévention du suicide chez les parents qui perdent la garde de leur enfant.

### **Recommandations à l'intention du coroner**

- XIV. Uniformiser l'information rapportée au dossier dans les cas de suicide, en s'inspirant des facteurs associés identifiés dans notre profil des individus vulnérables au suicide, et des facteurs retrouvés dans la littérature cités dans les prochaines recommandations.
- XV. Relever les facteurs déclencheurs principaux dans les rapports du coroner en s'inspirant du profil des individus vulnérables au suicide.
- XVI. Relever les facteurs associés principaux dans les rapports du coroner en s'inspirant du profil des individus vulnérables au suicide.
- XVII. Documenter l'emploi ou le chômage de la victime dans le rapport comme facteurs contribuant au suicide.
- XVIII. Documenter l'homosexualité et la bisexualité de la victime dans le rapport comme facteurs contribuant au suicide.
- XIX. Documenter les antécédents d'abus et de négligence pendant l'enfance de la victime dans le rapport comme facteurs contribuant au suicide.
- XX. Documenter les antécédents de violence hétéro-agressive de la victime dans le rapport comme facteurs contribuant au suicide.
- XXI. Documenter la présence d'enfant dans la maison et de plan pour le futur dans le rapport comme facteurs protecteurs au suicide.
- XXII. Inclure de l'information au sujet du dépistage et du suivi des personnes victimes de suicide dans le rapport.



## **7. CONCLUSION**

---

Somme toute, l'analyse détaillée des rapports de coroner à propos des cas de suicide s'est révélée riche en information, ce qui a permis d'établir un profil circonscrit de la personne suicidaire en Estrie. En outre, plusieurs recommandations à l'intention des intervenants de la santé, des gestionnaires et des coroners dans le but d'améliorer les pratiques existantes en matière de prévention du suicide ont été dégagées. Cette étude sert de projet pilote en prélude à une série d'études de profil de personnes suicidaires pour chacune des régions du Québec. À cette fin, la grille d'analyse élaborée pourra être réutilisée ultérieurement.

Nous tenons à souligner qu'une telle recherche ne nous a pas laissés indifférents. Bien au contraire, elle nous a fortement sensibilisés à la problématique du suicide. En tant qu'étudiants en médecine, cette étude nous a permis de nous questionner sur le rôle du médecin pour prévenir le suicide au-delà du traitement des troubles de santé mentale. Par exemple, nous pouvons suivre des formations données par les CPS pour apprendre à utiliser des outils efficaces. Nous croyons sincèrement que les ressources disponibles en prévention du suicide devraient nous être communiquées lors de la phase de psychiatrie de notre curriculum.



## **8. RÉFÉRENCES**