

Rapport du directeur de santé publique
sur la santé de la population
de Chaudière-Appalaches

LA PROBLÉMATIQUE DU **suicide**





Rapport du directeur de santé publique
sur la santé de la population
de Chaudière-Appalaches

La problématique du **SUICIDE**

Édith St-Hilaire
Louise Paré
Lucie Roy



Une production de la

Direction de santé publique et de l'évaluation (DSPE), sous la direction de :
Philippe Lessard, M.D., directeur de santé publique

Membres du Groupe de travail :

Édith St-Hilaire, Direction de santé publique et de l'évaluation (DSPE)

Louise Paré, DSPE

Lucie Roy, DSPE

Isabelle Lafleur, DSPE

Linda Richard, Direction des services sociaux et communautaires

Coordination des travaux :

Édith St-Hilaire, DSPE

Rédaction :

Édith St-Hilaire

Louise Paré

Lucie Roy (Chapitre 1)

Mise en page et secrétariat :

Lise Breton, secrétaire

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

Bibliothèque et Archives Canada, 2006

ISBN 2-89548-374-4 (version imprimée)

ISBN 2-89548-375-2 (version PDF)

Document déposé à Santécom (<http://www.santecom.qc.ca>) : 12-2006-012

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

© Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2006



REMERCIEMENTS

Des remerciements sincères pour toutes les personnes ayant contribué à l'analyse du portrait régional par leurs commentaires ou réflexions sur les services offerts dans la région. Merci également aux personnes ayant participé à la relecture du document : Jacques Samson, Lucie Girard, Dyane Benoit, France Boivin, Andrée Fafard, Martine Couture, Lucie Larose et Brigitte Tardif. Enfin, merci à tout ceux et celles qui ont contribué de près ou de loin à la production de ce premier rapport du directeur de santé publique dans la région de la Chaudière-Appalaches. Des remerciements particuliers s'adressent à Andrée Fafard pour son regard éclairant et ses commentaires structurants, ainsi qu'à Lise Breton pour la mise en page du document. Merci également à François Léveillé pour les figures du portrait statistique ■



MOT DU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE

Selon la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2), le directeur de santé publique est responsable dans sa région :

- 1** d'informer la population (...) des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces;
- 2** d'identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et de voir à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection;
- 3** d'assurer une expertise en prévention et en promotion de la santé et de conseiller l'Agence sur les services préventifs utiles à la réduction de la mortalité et de la morbidité évitable;
- 4** d'identifier les situations où une action intersectorielle s'impose (...) et, lorsqu'il le juge approprié, de prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour favoriser cette action.

De plus, en vertu de l'article 10 de la Loi sur la santé publique (L.R.Q. Chap. S-2.2), le directeur de santé publique doit produire et diffuser des rapports sur l'état de santé de la population de sa région. Bien que la ré-

gion de la Chaudière-Appalaches soit avantagée par rapport à plusieurs déterminants de la santé, tels qu'un bas taux de chômage, une moins grande incidence de cancer, des taux plus bas de mortalité évitable, des taux moins élevés pour les problématiques d'abus, de violence, de délinquance, et de violence familiale, elle affiche des taux de suicide supérieurs à la moyenne provinciale et ce, depuis plus de 30 ans. Compte tenu de l'importance de ce problème, tant aux plans de la mortalité évitable que des coûts sociaux et économiques associés, ce sujet a été privilégié pour ce premier rapport thématique du directeur de santé publique de la région de la Chaudière-Appalaches.

L'objectif de ce rapport est de tracer le portrait de cette problématique complexe et de faire une analyse critique de la situation régionale, afin d'émettre des recommandations visant à parvenir à une réduction des suicides dans la région.

Ainsi, ce rapport vise à apporter un éclairage de santé publique sur cette problématique majeure qu'est le suicide. Cela signifie identifier les facteurs de risques et les facteurs de protection, cerner les lacunes dans les services disponibles, cibler les efforts nécessaires pour parvenir à une réduction de la mortalité par suicide et mobiliser les prestataires de services et la population en ce sens ■

Le directeur de santé publique

Philippe Lessard, M.D.



TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	iii
MOT DU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE	iv
LEXIQUE	vi
QUELQUES DÉFINITIONS	vii
INTRODUCTION	1
1 PORTRAIT STATISTIQUE	3
2 DESCRIPTION DE LA PROBLÉMATIQUE	8
2.1 Une problématique complexe	9
2.2 Des groupes plus à risque	13
2.2.1 Les hommes	13
2.2.2 Les personnes dépendantes	15
2.2.3 Les personnes atteintes d'un trouble mental	16
2.2.4 Les autres groupes à risque	16
3 STRATÉGIES D'INTERVENTION	18
3.1 Les interventions efficaces	19
3.2 Les stratégies d'interventions dans le monde	20
3.3 Les orientations québécoises	21
3.3.1 La Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie	21
3.3.2 Le Programme national de santé publique	21
3.3.3 Le Plan d'action en santé mentale : la force des liens	22
3.3.4 Les autres orientations ministérielles	23



4	PORTRAIT DES SERVICES	24
4.1	L'organisation des services en Chaudière-Appalaches	25
4.2	La promotion et la prévention	27
4.3	L'intervention	29
4.4	La postvention et les services aux endeuillés	32
4.5	L'expertise régionale	33
4.6	La surveillance, la recherche et l'évaluation	35
5	RECOMMANDATIONS	36
	CONCLUSION	40
	BIBLIOGRAPHIE	42
	ANNEXE A : Facteurs associés au suicide selon le groupe d'âge	46

LEXIQUE

AQPS	Association québécoise de prévention du suicide
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
ADRLSSS	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (de 2004 à 2005)
CH	Centre hospitalier
CJ	Centres Jeunesse
CLSC	Centre local des services communautaires
CPE	Centre de la petite enfance
CPLT	Comité permanent de lutte à la toxicomanie
CPS	Centre de prévention du suicide
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
PNSP	Programme national de santé publique
PPALV	Personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement
RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux (de 2001 à 2004)



QUELQUES DÉFINITIONS

■ **Dépendance**

La dépendance est un état physique et psychologique qui conduit la personne à consommer bien qu'il puisse en résulter des conséquences négatives pour elle-même ou pour son entourage (Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011).

■ **École en santé**

École en santé est une approche qui propose d'intervenir de façon globale et concertée en promotion et en prévention à partir de l'école. Cela se concrétise par un ensemble d'actions déployées de façon cohérente par les divers acteurs et partenaires de l'école préoccupés par la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes et qui travaillent en concertation (Martin & Arcand, 2005).

■ **Intervention efficace**

Une intervention est efficace si, après évaluation, elle a permis de réduire de façon significative le nombre de suicides suite à sa mise en œuvre.

■ **Personnes à potentiel suicidaire élevé**

Les personnes à potentiel suicidaire élevé sont celles qui sont aux prises avec des troubles affectifs (dépression), des dépendances, des troubles de la personnalité, ou encore celles qui ont déjà fait une tentative de suicide (MSSS, 2005; p. 57).

■ **Postvention**

L'appellation « Postvention » regroupe généralement l'ensemble des interventions mises en place à la suite d'un suicide et vise, entre autres, à minimiser les impacts d'un suicide dans un milieu et à prévenir la « contagion », soit le fait qu'un autre suicide ne survienne. La postvention englobe les mesures de soutien offertes aux personnes, familles, milieux de vie et intervenants à la suite d'un décès par suicide (MSSS, 1998).

■ **Prévention**

La prévention primaire vise essentiellement à réduire l'apparition des problèmes psychosociaux, vus comme les résultats de l'interaction entre les facteurs de risque et la personne. L'objectif est donc de s'attaquer aux facteurs de risque et de cibler davantage les personnes ou les groupes les plus exposés à ces risques (Blanchet et collaborateurs, 1990).



■ **Projet RÉMI**

Idée originale du CSSS du Grand Littoral, le Projet **RÉMI**, pour **RÉ**agir au phénomène du suicide, **M**obiliser les partenaires pour **I**ntervenir en continuité, est un protocole d'entente liant les partenaires impliqués lors d'une crise suicidaire ou d'un suicide complété. Le Projet RÉMI vise à améliorer la continuité des services pour les personnes suicidaires et leurs proches.

■ **Promotion de la santé**

La promotion de la santé vise l'accroissement du bien-être des individus et des communautés par le développement de facteurs de robustesse et de conditions sociales et économiques favorables.

■ **Sentinelle**

Les personnes qui jouent le rôle de sentinelles sont des adultes, susceptibles d'être en contact avec des personnes suicidaires par leur travail, leurs activités bénévoles, la place qu'ils occupent dans leur milieu ou leur communauté ou pour leurs caractéristiques d'aidants naturels. Ce sont des personnes choisies pour leurs liens étroits avec les groupes ou les milieux à risque, s'engageant de façon volontaire, qui sont formées et soutenues pour jouer le rôle attendu d'elles auprès des personnes suicidaires (MSSS, 2006).



INTRODUCTION

Il n'y a qu'un problème philosophique vraiment sérieux, c'est le suicide.

— Albert Camus

Le suicide est-il un fléau des temps modernes ou un phénomène « normal » qui existe depuis la nuit des temps? S'il est vrai que l'acte de se donner la mort est connu depuis que l'homme existe, la vision du suicide a évolué avec les époques. Qu'il ait été valorisé, interdit, condamné, considéré comme un sujet tabou ou banalisé, le suicide a toujours fait l'objet d'explications diverses, variant selon les idéologies dominantes (Lewis, 2001).

Le suicide demeure aujourd'hui une problématique préoccupante, qui entraîne avec elle d'importants coûts sociaux. La hausse des taux de suicide dans les trente-cinq dernières années au Québec ne laisse personne indifférent. Qui ne s'est pas déjà questionné sur les causes du suicide d'un jeune, d'un artiste connu, d'une personnalité publique, d'un proche? Bien que nous puissions affirmer que le suicide continuera d'exister tant et aussi longtemps que l'être humain vivra sur cette planète, cela ne peut nous empêcher d'être affectés par le nombre de personnes qui s'enlèvent la vie : tant de vies brisées, de familles décimées, d'espoirs perdus. Seulement dans la région de la Chaudière-Appalaches, au cours des 10 dernières années, il s'agit de près de 1000 vies humaines écourtées, inachevées, une dizaine de milliers de personnes endeuillées à la suite du suicide

d'un proche, des centaines de milliers de personnes touchées par les idées suicidaires ou les tentatives de suicide d'un de leurs proches. Voilà autant de raisons de se préoccuper de la problématique du suicide en Chaudière-Appalaches.

Ce rapport du directeur de santé publique vise à partager notre lecture de cette problématique, tant par la connaissance de la réalité actuelle dans la région de la Chaudière-Appalaches, que de l'environnement dans lequel on évolue, et d'en dégager des recommandations pour réduire le suicide dans la région. Ainsi, le premier chapitre dresse un survol de la plus récente mise à jour du profil statistique. Le chapitre suivant fournit des éléments de compréhension de la problématique en mettant des mots sur la souffrance vécue par les personnes suicidaires. Le troisième chapitre décrit les interventions reconnues efficaces dans la littérature scientifique et présente un survol des grandes orientations dans le monde, et au Québec pour réduire le suicide. Le chapitre 4 dresse le portrait des services offerts dans la région de la Chaudière-Appalaches et expose l'analyse critique de la situation, en identifiant les forces et les lacunes régionales. Enfin, des recommandations visant la réduction du suicide dans la région de la Chaudière-Appalaches sont émises au chapitre 5 ■



SUIVRE

1

PORTRAIT STATISTIQUE



STATISTIQUE



1

PORTRAIT STATISTIQUE¹

Chaque 40 secondes, une personne se suicide quelque part dans le monde. Chaque 3 secondes, une personne tente de se suicider. Chaque suicide a un impact sérieux sur au moins 6 autres personnes. L'incidence psychologique, sociale et financière du suicide sur la famille et la communauté est incommensurable.

— Organisation mondiale de la santé

Le suicide est un phénomène très préoccupant en Chaudière-Appalaches. De 1999 à 2003, 493 personnes se sont enlevées la vie dans la région, pour une moyenne annuelle de 99 décès.

Le suicide touche certains groupes de population plus que d'autres. En Chaudière-Appalaches, de 1999 à 2003, on retrouve quatre fois plus de décès par suicide chez les hommes que chez les femmes (392 décès comparativement à (c.) 101). Les personnes décédées par suicide se comptent aussi en plus grand nombre parmi les groupes d'âge 40-49 ans (140 décès), 50-64 ans (103 décès) et 30-39 ans (102 décès); à eux seuls, ces trois groupes d'âge cumulent 70 % de tous les décès par suicide. La pendaison – strangulation – asphyxie est le moyen le plus souvent utilisé pour s'enlever la vie en Chaudière-Appalaches de 1999 à 2003.



Écarts et variations régionales par rapport au Québec

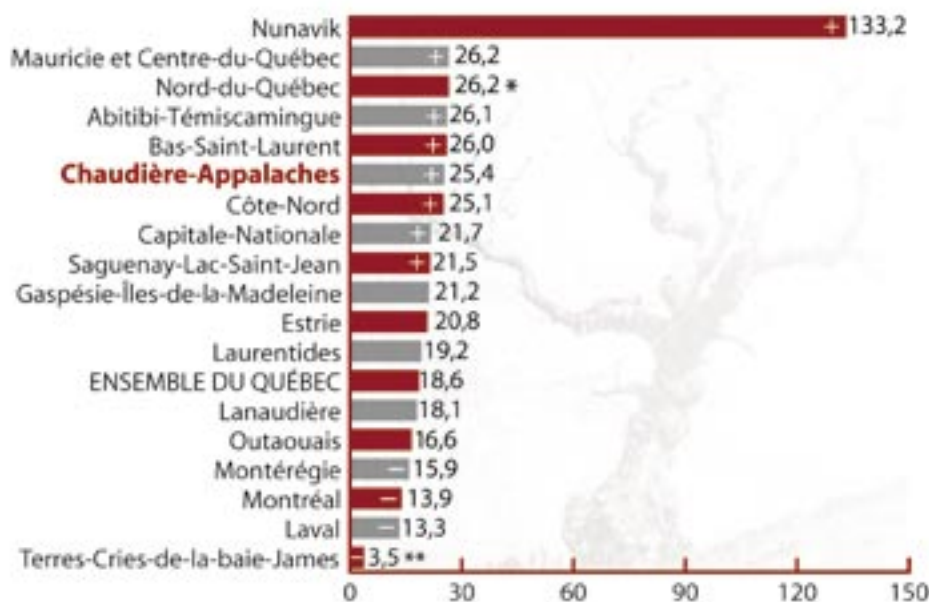
Chaudière-Appalaches accuse un taux ajusté de mortalité par suicide significativement plus élevé que celui du Québec (25,4 comparativement à 18,6 par 100 000 personnes), ce qui en fait une des régions les plus éprouvées du Québec (6^e rang sur 18 régions en 1999-2003) (figure 1). Le phénomène est **observable chez les hommes** (40,3 c. 29,8 par 100 000) **et les femmes** (10,5 c. 7,8 p. 100 000). Cette surmortalité régionale se concentre chez **les hommes des groupes d'âge 40-49 ans** (62,0 c. 43,6 p. 100 000), **30-39 ans** (55,2 c. 40,1 p. 100 000), **20-29 ans** (47,1 c. 35,3 p. 100 000) **et 65 ans et plus** (40,5 c. 26,5 p. 100 000) ainsi que les femmes des groupes d'âge 40-49 ans (22,1 c. 13,3 p. 100 000) et 30-39 ans (16,4 c. 10,0 p. 100 000). On constate aussi une surmortalité par suicide sur les territoires des CSSS suivants : Région de Thetford (34,8 c. 18,6 p. 100 000), de Beauce (33,0 c. 18,6 p. 100 000), des Etchemins (29,3 c. 18,6 p. 100 000) et du Grand Littoral (21,2 c. 18,6 p. 100 000).

¹ Ce chapitre constitue un survol du document à paraître « Mise à jour du profil statistique du suicide en Chaudière-Appalaches » (Roy, 2007).



Figure 1

Taux ajusté de mortalité par suicide (par 100 000) selon les Régions sociosanitaires (RSS), sexes réunis, 1999-2003



* Coefficient de variation supérieur à 16,5 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,3 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

+ Taux significativement plus élevé que celui du reste du Québec, au seuil de 0,05.

- Taux significativement plus faible que celui du reste du Québec, au seuil de 0,05.

Sources : MSSS, Fichiers des décès 1999 à 2003

ISQ, Perspectives démographiques, édition 2003 Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE (SRE), 2006



La région de la Chaudière-Appalaches se distingue du reste du Québec pour ce qui est de l'âge moyen au moment du suicide : on s'enlève la vie à un âge un peu plus avancé chez les hommes et les femmes de la région que chez les Québécois et les Québécoises (hommes de la région : 43,4 ans comparative-ment à 42,4 ans au reste du Québec; femmes :

44,7 ans dans la région comparativement à 43,3 ans reste du Québec). Le taux ajusté d'années potentielles de vies perdues² est, lui aussi, plus élevé dans la région qu'au reste du Québec chez les femmes (340 c. 259 p. 100 000) et chez les hommes (1 305 c. 975 p. 100 000).

² Définition selon Statistique Canada : Les années potentielles de vie perdues (APVP) pour les suicides et blessures auto-infligées (codes X60 à X84, Y87.0 de la CIM 10) correspondent au nombre d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt « prématurément » par suicide — avant l'âge de 75 ans. Par exemple, une personne qui meurt à 25 ans perd 50 années de vie.



Évolution du suicide

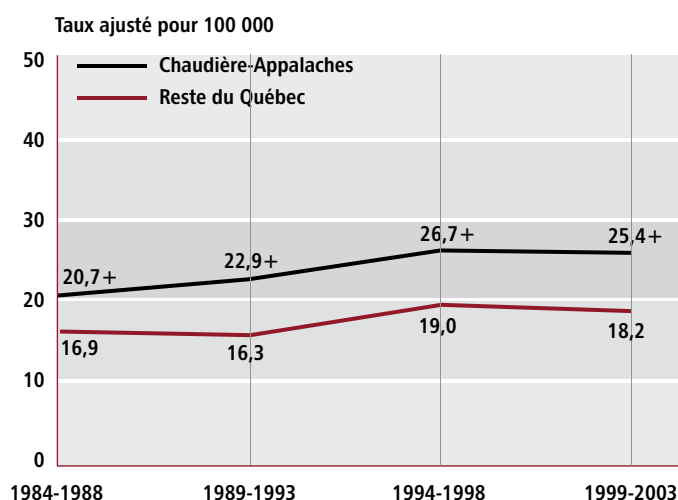
Les données sur l'évolution du suicide montrent une croissance constante du phénomène en Chaudière-Appalaches entre les périodes 1984-1988 et 1994-1998. Le nombre annuel moyen de suicides et le taux de mortalité correspondant ont toutefois connu un léger recul entre 1994-

1998 et 1999-2003³ (figure 2). Malgré le fait que le taux régional de mortalité par suicide semble diminuer légèrement dans la région depuis la période 1994-1998, l'écart par rapport au reste du Québec demeure important pour la plupart des indicateurs étudiés.

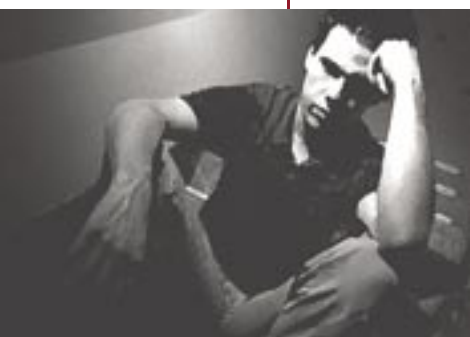
Figure 2

Évolution du taux ajusté de mortalité par suicide (par 100 000), sexes réunis, Chaudière-Appalaches et le reste du Québec, 1984-1988 à 1999-2003

+ Taux significativement plus élevé que celui du reste du Québec, au seuil de 0,05.
Sources : MSSS, Fichiers des décès 1984 à 2003
MSSS, Estimations démographiques, édition 2005
ISQ, Perspectives démographiques, édition 2003
Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE (SRE), 2006



Cette observation s'applique à l'ensemble de la population, aux hommes, aux femmes et à la plupart des groupes d'âge étudiés. Seuls les groupes d'âge 30-39 ans et 40-49 ans ont vu leurs taux augmenter entre 1994-1998 et 1999-2003; l'écart entre le taux de mortalité régional et le taux correspondant pour le reste du Québec ne cesse de croître pour ces deux groupes (figures 3 et 4).



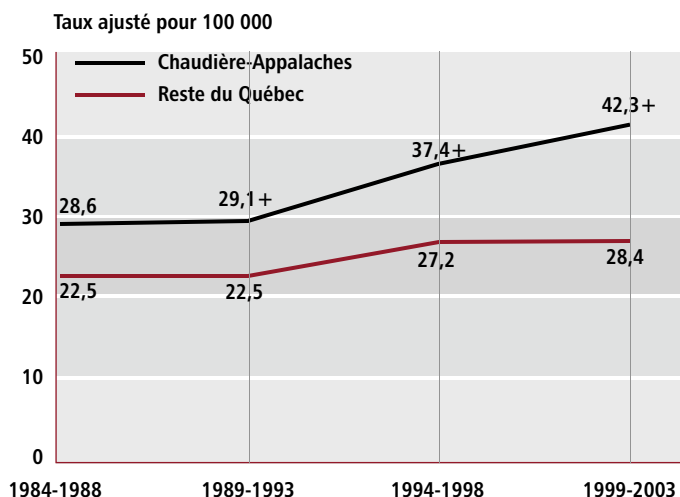
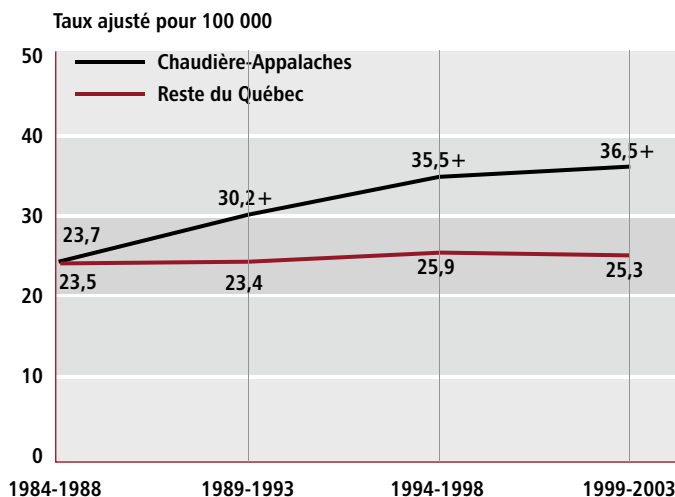
³ La plupart des informations présentées dans ce document sont tirées du fichier des décès du MSSS, qui sont les données les plus récentes pour cette source (données allant jusqu'à 2003). Nous pouvons tout de même mentionner, qu'une autre source de données disponible (de 2004) que sont les données du bureau du Coroner nous indique qu'en 2004 la région a enregistré 80 cas de décès par suicide. Les données du bureau du Coroner indiquent que le recul du nombre de suicides semble, bien que cela ne soit basé que sur une seule année, se confirmer pour la région (80 décès au total en 2004 comparativement à une moyenne annuelle de 99 décès pour la période 1999-2003).



Figures 3 et 4

Évolution du taux ajusté de mortalité par suicide chez les 30-39 ans (par 100 000), sexes réunis, Chaudière-Appalaches et le reste du Québec, 1984-1988 à 1999-2003

+ Taux significativement plus élevé que celui du reste du Québec, au seuil de 0,05.
Sources : MSSS, Fichiers des décès 1984 à 2003
MSSS, Estimations démographiques, édition 2005
ISQ, Perspectives démographiques, édition 2003
Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE (SRE), 2006



Évolution du taux ajusté de mortalité par suicide chez les 40-49 ans (par 100 000), sexes réunis, Chaudière-Appalaches et le reste du Québec, 1984-1988 à 1999-2003

Quelques autres éléments sur la mortalité régionale par suicide retiennent notre attention. Tout d'abord, la proportion de suicides parmi l'ensemble des causes de décès continue à augmenter chez les hommes (4,1 % en 1984-1988 à 5,4 % en 1999-2003).

On constate aussi que l'âge moyen au décès des personnes qui se sont enlevées la vie a connu une hausse marquée entre 1994-1998 et 1999-2003 chez les hommes (41,4 à 43,4 ans) et chez les femmes (41,6 à 44,6 ans). Autrement dit, on se suicide à un âge plus avancé qu'auparavant.

Par ailleurs, la pendaison, strangulation et asphyxie a devancé les armes à feu et explosifs comme moyen le plus utilisé par les hommes pour s'enlever la vie entre 1984-1988 et 1999-2003.

Bien que les hommes soient toujours plus nombreux à s'enlever la vie que les femmes, le rapport hommes/femmes chez les personnes décédées par suicide diminue régulièrement de 1984-1988 (5,6) à 1999-2003 (3,9), ce qui signifie que la proportion de femmes qui s'enlèvent la vie augmente progressivement ■



SUJETS

2

DESCRIPTION DE LA PROBLÉMATIQUE



PROBLÉMATIQUE



2

DESCRIPTION DE LA PROBLÉMATIQUE

*« Le suicide est un drame avant d'être une statistique.
La fin du monde. La fin d'un humain. Une âme s'envole. »*

— — — Marc Chabot

Au-delà des chiffres, il y a la souffrance de vivre, qui peut sembler déconcertante, inexplicable. Le présent chapitre vise à exposer la compréhension actuelle de la problématique du suicide. D'abord, un survol de différentes théories explicatives permet de comprendre que plusieurs visions, le plus souvent complémentaires, cohabitent et influencent l'interprétation que l'on fait de la problématique. Ensuite, le modèle explicatif le plus utilisé dans le domaine de la prévention du suicide sera détaillé. Enfin, les caractéristiques de certains groupes plus à risque, en l'occurrence les hommes, les personnes dépendantes, et celles atteintes d'un trouble mental, seront résumées.

2.1 Une problématique complexe

La compréhension du suicide a changé avec les époques et l'amélioration des connaissances dans divers domaines. Bien que les connaissances aient grandement évolué dans les dernières décennies, il existe toujours différents modèles explicatifs du suicide, lesquels cohabitent et se complètent. Voici d'abord un bref survol des théories explicatives ayant le plus contribué à la compréhension actuelle de la problématique du suicide.

Différentes théories explicatives⁴

Dès 1897, Durkheim, proposait un modèle explicatif du suicide. Selon son modèle socio-

logique, la hausse des taux de suicide au Québec dans les trente dernières années ne serait pas étrangère à l'éclatement des valeurs familiales et religieuses, la course à la performance qui anime notre société, la perte des points de repères, le règne de l'individualisme, etc.

Les théories psychosociales apportent d'autres explications à la problématique du suicide. Entre autres, Baechler (1975) a beaucoup apporté à la suicidologie en suggérant que le suicide était vu comme une solution à un problème existentiel. Une personne inscrite dans un processus suicidaire en vient à considérer le suicide comme la seule solution à ses problèmes. Baechler amène ainsi l'importance du sens donné à la mort, par les personnes suicidaires. Il a également proposé une typologie des suicides à partir d'histoires de cas.

Considéré comme le père de la psychologie contemporaine, Shneidman (1970) a quant à lui étudié la problématique du suicide à partir d'un modèle psychologique. Ainsi, partant d'autopsies psychologiques, il a identifié les particularités psychologiques nécessaires au comportement suicidaire létal. En effet, les personnes s'étant suicidées partageaient des caractéristiques communes, soit une douleur psychologique intolérable, des besoins psychologiques non satisfaits, le désir de mettre fin à leur souffrance, le désespoir, le manque de soutien, l'isolement, le sentiment de rejet, l'ambivalence entre l'instinct de vie et de mort, la constriction cognitive, c'est-à-dire une vision en tunnel, réduisant les options et les alternatives possibles, la fuite de la détresse,

⁴ Cette section s'inspire grandement du contenu de : Programme accrédité de formation « Intervenir en situation de crise suicidaire », Association québécoise de prévention du suicide (2003)



et, enfin, l'expression de messages verbaux ou comportementaux.

Enfin, le modèle médico-psychiatrique considère les comportements suicidaires comme le symptôme d'une pathologie importante, telle que la dépression ou un autre trouble mental. La prise d'antidépresseurs sera régulièrement encouragée afin de soigner la dépression, et ainsi réduire les idéations suicidaires.

Ce bref survol démontre bien que diverses théories ont été apportées au fil du temps pour mieux comprendre le suicide. L'un des principaux chercheurs en suicidologie au Québec résume ainsi le problème du suicide **« Ce qui différencie le suicide de la grande majorité des autres causes de décès est le fait qu'il s'agisse d'un phénomène multidéterminé et que, même avec la meilleure volonté du monde et avec les plus ambitieuses recherches, on ne réussira jamais à identifier une cause unique au phénomène »** (Mishara, 2003). Bien qu'aucun modèle théorique spécifique ne fasse l'unanimité, la compréhension multifactorielle

du phénomène obtient maintenant un appui généralisé.

Un phénomène multifactoriel

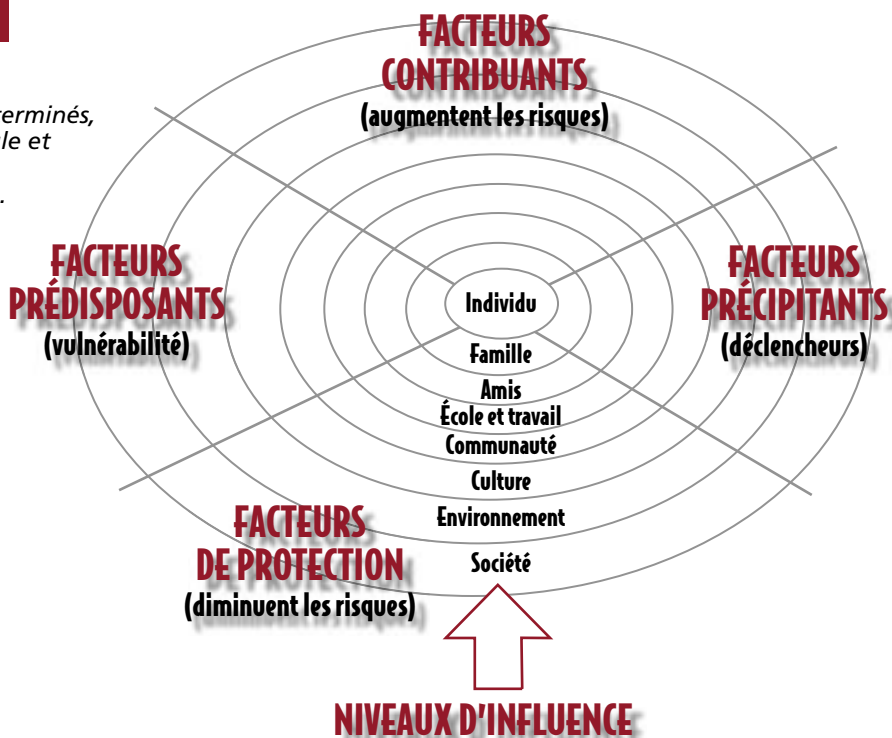
La compréhension globale de la problématique du suicide a été facilitée par le modèle écologique (Bronfenbrenner, 1979). Celui-ci tient compte de l'interaction entre une personne, qui a ses caractéristiques propres, et les différents environnements qui l'entourent (famille, amis, travail, milieu de vie, environnement social, culturel, politique, etc.).

White et Jodoin (1998) ont adapté ce modèle à la problématique du suicide. La figure ci-dessous illustre bien que le suicide est multifactoriel, influencé à la fois par des dimensions individuelles, familiales, sociales et environnementales. Dans chacune de ces dimensions, une multitude de facteurs entrent en jeu : les facteurs prédisposants, contributifs, précipitants, et de protection.

MODÈLE ÉCOLOGIQUE

Les comportements suicidaires sont multidéterminés, donc il n'y a pas une seule et unique solution : interventions complexes.

Jennifer White
Nadine Jodoin



« Programme accrédité de formation Intervenir en situation de crise suicidaire - Tous droits réservés, Association québécoise de prévention du suicide, 2003 ». Adaptation de « La prévention du suicide chez les jeunes, un cadre d'action pour la Colombie-Britannique. » (1996).



Les facteurs prédisposants rendent la personne vulnérable, créent une fragilité. Il peut s'agir d'une enfance difficile (violence, abus, pertes, etc.), d'un historique familial de suicide, de problèmes de santé mentale (dépendances, dépression) d'un environnement malsain (isolement, glorification du suicide, etc.), bref de tout ce qui fragilise la personne et ouvre la voie à divers problèmes sociaux, comme l'abus d'alcool ou de drogue, la violence, les idéations suicidaires.

Les facteurs contributants sont ceux qui viennent exacerber le risque présent. Il peut s'agir d'un manque d'habiletés de résolution de problèmes ou d'adaptation, d'instabilité, de consommation abusive, d'un contexte de traitement médiatique inapproprié, etc.

Les facteurs précipitants sont les déclencheurs de la crise suicidaire : l'échec, l'humiliation, le décès ou la perte d'un proche, bref tout événement vécu difficilement qui déstabilise la personne à risque.

Enfin, les facteurs de protection réduisent l'impact de tous les facteurs nommés précédemment en renforçant les habiletés de résolution de problèmes, l'estime de soi, la capacité de gérer les conflits, de demander de l'aide, etc. Ainsi, une personne peut à la fois cumuler des facteurs de risque et pourtant démontrer de bonnes stratégies d'adaptation grâce à des facteurs de protection tels que la présence d'un

adulte significatif (modèle sain), des habiletés personnelles et sociales adéquates, une attitude positive devant l'adversité, la présence de ressources d'aide accessibles dans l'entourage, etc.

L'annexe A précise les facteurs prédisposants, contributants, précipitants, et les facteurs de protection associés à la problématique du suicide, spécifiques aux quatre groupes suivants : enfants, adolescents, adultes et personnes âgées (White et Jodoin, 1998).

Chaque personne possède un parcours unique et un bagage de facteurs de risque et de protection bien personnel. Bien que les facteurs individuels soient plus facilement identifiables, les autres niveaux d'influence sont également importants. Pensons seulement aux attitudes sociales face au suicide (acceptation sociale, sentiment d'impuissance, etc.), à l'accessibilité aux moyens pour se suicider, aux attitudes face à la demande d'aide, ainsi qu'aux services offerts dans le réseau de la santé et des services sociaux (accueil empathique, continuité des services, etc.). L'ensemble de ces facteurs peut expliquer pourquoi certaines personnes « à risque » ne poseront jamais d'acte suicidaire alors que d'autres, à première vue en meilleure condition, se retrouveront dans un processus de crise ou de crise suicidaire, dont l'issue sera, ou non, fatale.

Le suicide est un phénomène complexe pour lequel il n'existe ni une seule cause ni une raison unique. Il est le résultat d'une interaction complexe de facteurs biologiques, génétiques, psychologiques, sociaux et environnementaux. Il est difficile d'expliquer pourquoi certaines personnes se suicideront alors que d'autres se trouvant dans la même situation voire pire, ne le feront pas. Cependant, la majorité des suicides peuvent être prévenus.

— Organisation mondiale de la santé.



Le processus de crise suicidaire

Tout être humain tend à conserver un état d'équilibre. Toutefois, divers événements de la vie peuvent perturber cet équilibre et

forcer l'individu à utiliser un ou des mécanismes d'adaptation pour le rétablir. La personne peut se retrouver en situation de crise lorsque les mécanismes d'adaptation habituels sont



dépassés et ne suffisent plus. Cela crée un état de vulnérabilité et entraîne divers symptômes. Le processus de crise dure habituellement entre une et six semaines avant que la personne ne trouve une solution permettant de retrouver un équilibre (AQPS, 2003). Après cette période, la personne risque d'épuiser ses réserves, tant physiques que psychologiques. La crise est une étape de vie qui demande beaucoup d'adaptation et nécessite de modifier d'anciens mécanismes qui ne fonctionnent plus. En ce sens, l'issue peut être positive et devenir une opportunité de « grandir » et de se développer. Toutefois, le processus suicidaire peut également être l'aboutissement possible d'une crise.

Ainsi, l'idée suicidaire peut prendre de plus en plus de place et finir par être perçue comme l'ultime solution pour mettre fin à la souffrance vécue. La figure ci-dessous illustre

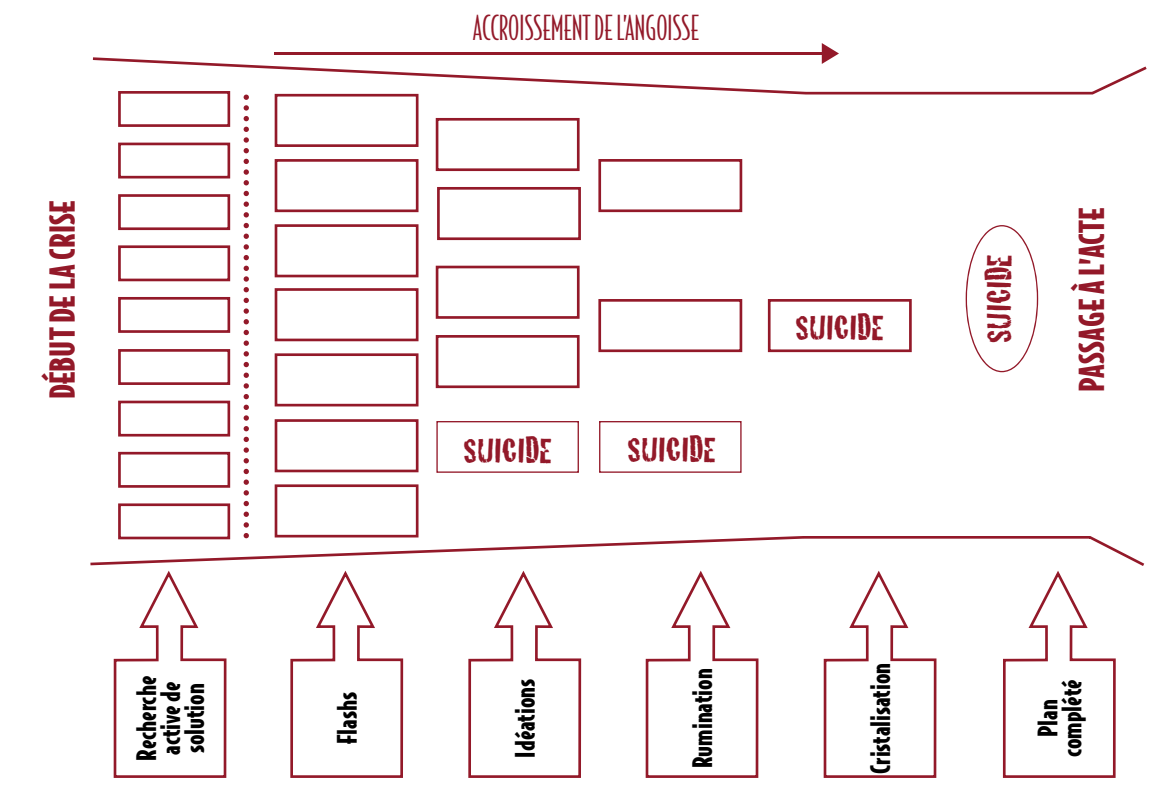
bien ce qui est maintenant reconnu comme le processus suicidaire pouvant conduire, ou non, à un passage à l'acte suicidaire. Ce processus comprend diverses étapes au cours desquelles la personne vit de l'ambivalence entre son désir de vivre et son goût de mourir pour mettre fin à sa douleur. Son processus suicidaire peut donc être freiné en tout temps si elle reçoit de l'aide, trouve une solution aux problèmes vécus ou si elle retrouve l'espoir.

Pour conclure, les connaissances actuelles sur la problématique du suicide indiquent que bien que le suicide puisse frapper dans tous les milieux, des personnes de tous les groupes d'âge et de toutes professions, il est maintenant reconnu que certaines personnes sont plus vulnérables que d'autres. Avant de s'enlever la vie, la personne s'est donc trouvée au cœur d'un processus suicidaire où elle a tenté de trouver d'autres solutions pour mettre fin

SCHEMATISATION DU PROCESSUS SUICIDAIRE

Légende :  = solution possible

Le processus suicidaire peut être arrêté en tout temps si la personne obtient de l'aide ou trouve une solution adéquate pour diminuer sa souffrance et pour retrouver de l'espoir.



« Programme accrédité de formation Intervenir en situation de crise suicidaire - Tous droits réservés, Association québécoise de prévention du suicide, 2003 ». Adapté de SÉGUIN et PHANEUF (1987). Suicide, prévention et intervention, guide à l'usage des intervenants. Dossier technique. C.E.Q.J. P. 26



à ses souffrances. Cette personne s'est retrouvée dans une telle position après s'être épuisée dans un processus de crise, sans parvenir à s'adapter de façon concluante. Ainsi, toute personne s'étant enlevé la vie a vécu une crise, mais on ne doit pas en conclure que tous les individus en crise vivront une crise suicidaire.

2.2 Des groupes plus à risque

Une étude récente réalisée au Nouveau-Brunswick (Séguin et coll. 2005) au sujet des personnes décédées par suicide démontre que la majorité des personnes décédées par suicide avaient une trajectoire de difficultés de longue date, un cumul de problèmes personnels, familiaux, relationnels, psychologiques et sociaux persistants. De plus, la grande majorité d'entre elles avaient été en contact avec les services spécialisés de santé mentale et toxicomanies, dont plus de 50 % au cours de la dernière année.

Plus près de nous, *l'étude réalisée à partir des dossiers du coroner des personnes de la région de la Chaudière-Appalaches s'étant enlevé la vie⁵ révèle que près de sept personnes sur dix entretenaient certains liens (suivi, consultation ou hospitalisation) avec le réseau de la santé et des services sociaux, soit pour leur santé mentale ou leur santé physique (Lafleur, 2005).*

Cette étude révèle de plus que les personnes qui se sont suicidées en Chaudière-Appalaches semblaient vivre plusieurs problématiques simultanément et cela, parfois depuis des années. Par ordre décroissant, il s'agit principalement des problèmes associés à la sphère amoureuse (40 %), à la santé physique (33 %), aux troubles mentaux (31 %), aux problèmes transitoires de santé mentale (29 %), à l'abus d'alcool, de drogues ou de

médicaments (29 %), au travail (25 %), à la violence perpétrée ou subie (15 %), aux finances (15 %) et au suicide dans l'entourage (14 %).

Ces résultats confirment ceux d'autres études (St-Laurent et Tennina, 2000) à l'effet que les personnes décédées par suicide cumulaient plusieurs facteurs de risque et étaient en lien avec le réseau de la santé et des services sociaux. Ainsi, il est possible d'identifier des groupes plus à risque de suicide. C'est le cas des hommes, qui représentent environ 80 % des suicides complétés, des personnes présentant une dépendance et des personnes atteintes d'un trouble mental. Les particularités de ces groupes sont détaillées dans les pages suivantes.

2.2.1 Les hommes

Alors que les hommes présentent un taux de détresse psychologique plus bas que les femmes, qu'ils sont moins nombreux qu'elles à déclarer avoir déjà pensé au suicide et qu'ils se perçoivent en meilleure santé, tant physique que mentale, 4 suicides sur 5 sont commis par des hommes (Lefebvre, 2004). Ce paradoxe masculin a fait l'objet de recherches et d'écrits au cours des dernières années. Pensons seulement aux travaux de Germain Dulac sur la demande d'aide des hommes (Dulac, 1997) et l'intervention auprès des clientèles masculines (Dulac et Groulx, 1999) et, plus récemment, le rapport du comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes (MSSS, 2005) sous la direction de Gilles Rondeau et la monographie La santé des hommes au Québec (MSSS, 2005). Des orientations ministérielles sur la santé des hommes sont d'ailleurs attendues au cours de l'année 2006.

Parmi les facteurs explicatifs, notons l'importance accordée au travail et la carrière, perçus comme des mesures de masculinité : succès, compétence, accomplissement (O'Neil,

⁵ L'objectif de cette étude était d'améliorer les connaissances actuelles sur les causes et circonstances entourant un suicide, afin d'optimiser les interventions préventives. Pour cela, certains sous-groupes de l'échantillon (les moins de 25 ans, les plus de 64 ans et les femmes) ont été surreprésentés afin d'avoir suffisamment de données pour chacun des sous-groupes (n total = 194). Ainsi, les données ne peuvent pas être comparées aux statistiques régionales, car l'échantillon n'est pas représentatif. Par ailleurs, il faut comprendre que les données contenues dans les dossiers du coroner reflètent ce que les différents professionnels ont trouvé pertinent d'y inscrire, la collecte de données n'y est pas nécessairement standardisée. Des analyses différenciées ont été faites en fonction du sexe, de l'âge et du lieu de résidence pour chacune des variables. Les résultats de ces analyses figurent dans le rapport, disponible sur le site <http://www.agencecss12.gouv.qc.ca/>, il s'intitule : Étude de cas de suicide dans Chaudière-Appalaches : éléments permettant l'identification de stratégies d'intervention, Isabelle Lafleur, Mars 2005, 73 p.



1982 dans MSSS, 2005). Ainsi plusieurs hommes se basent sur leur travail pour évaluer leur valeur personnelle, alors si cette sphère de leur vie bascule, c'est tout leur univers qui s'effondre.

Le stress, la mauvaise santé, le fait de vivre seul, un soutien social faible, des antécédents d'abus ou de violence familiale, des événements traumatisants ou des difficultés conjugales sont aussi des exemples de caractéristiques à risque chez les hommes. Ainsi, un homme qui présente un soutien social faible, avec peu de confidents et qui trouve la solitude difficile à vivre devient plus à risque. Parmi les formes de soutien social, il importe de mentionner que la présence d'une conjointe a un effet protecteur important chez les hommes. Les recherches démontrent d'ailleurs l'effet protecteur du mariage sur la détresse psychologique, comparativement aux célibataires, veufs, séparés/divorcés ou en union de fait (MSSS, 2005).

Il est maintenant démontré que les hommes sont moins portés à demander de l'aide. La socialisation masculine les inciterait à vouloir se sortir seuls de leurs difficultés. Ainsi, ils adoptent moins de comportements préventifs détectent plus tardivement les signes précurseurs et ont moins recours aux services de santé, de façon générale, sauf pour des raisons

d'accidents (Lefebvre, 2004). Ils consultent lorsqu'ils sont rendus à l'extrême. « En fait, on note 3 éléments clés de consultation : lorsque le corps « flanche », en état de crise lors d'événements marquants et suite aux pressions de l'entourage, principalement la conjointe. » (Tremblay, 2003).

De plus, la demande d'aide est parfois non-conforme à la norme usuelle. Les hommes s'attendent à une réponse immédiate et une « guérison » rapide. Les hommes éprouvent de la difficulté à se confier et ne persèverent pas dans le traitement. Il importe de rappeler qu'il existe des contradictions importantes entre la thérapie et la masculinité : la première nécessite de dévoiler sa vie privée, renoncer au contrôle et montrer ses faiblesses alors que la masculinité est associée au fait de cacher sa vie privée ; maintenir le contrôle ; démontrer sa force, etc. (Tremblay, 2003).

Le personnel des établissements de santé et de services sociaux est majoritairement féminin. « Or, comme les dispensateurs de services ont l'habitude d'intervenir plus fréquemment auprès des femmes, ils se retrouvent moins à l'aise d'intervenir auprès de la clientèle masculine, notamment lorsqu'elle se présente en situation de crise (...) ils ont aussi

QUELQUES RECOMMANDATIONS DU RAPPORT DU COMITÉ DE TRAVAIL EN MATIÈRE DE PRÉVENTION ET D'AIDE AUX HOMMES « Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins »

Considérer les hommes comme une clientèle prioritaire au niveau de la prévention du suicide et cibler les groupes les plus à risque;

Éliminer les barrières entre les services et les hommes;

Adapter les modèles d'intervention (agir plus rapidement, méthode plus active basée sur des buts et résolutions de problèmes, stratégie cognitive pour aborder les émotions)

Concevoir des messages de promotion de saines habitudes de vie qui rejoignent davantage les hommes;

Offrir des services d'accueil et de soutien par du personnel compétent en intervention de crise et auprès des hommes (si possible par des intervenants masculins);

Assurer une intervention adaptée à la clientèle masculine et décoder leurs besoins réels;

Sensibiliser le réseau aux réalités masculines.



plus de difficultés à lire et décoder les modes masculins d'expression des sentiments et des émotions.» (MSSS, 2005).

Analyse différenciée selon les sexes (ADS)

Dans cette recherche de la réalité masculine face au suicide, il est important de connaître les principes de l'analyse différenciée selon les sexes. L'ADS est un processus qui permet de discerner, au cours de la conception et de l'élaboration d'une politique, d'un programme ou toute autre mesure, les effets distincts que pourra avoir son adoption sur les femmes et sur les hommes. Cela, compte tenu des conditions socio-économiques différentes qui les caractérisent. Il s'agit d'une approche qui génère des solutions adaptées aux réalités et qui est profitable autant aux hommes qu'aux femmes puisqu'il y a adéquation dans les interventions.

L'ADS est donc utile à deux niveaux, soit lors de la planification et au moment de la dispensation des soins et services de santé. Elle permet la mise en place de pratiques préventives plus efficaces, un meilleur dépistage (ex. : détresse, idées suicidaires chez les hommes, etc.), des interventions et des traitements plus ciblés (ex. : élimination des préjugés et des attitudes sexistes). (MSSS, 2004).

2.2.2 Les personnes dépendantes

Cette section regroupe les problématiques liées à la toxicomanie, au jeu pathologique et d'autres dépendances. Par ailleurs, d'autres personnes à risque de suicide, comme les consommateurs abusifs, sont également concernés.

Alors que la toxicomanie implique la consommation problématique d'une ou plusieurs substances psychotropes (alcool, médicament ou drogue illicite), le jeu pathologique réfère à une dépendance aux jeux de hasard et d'argent (appareil de loterie vidéo, table de jeu, etc.). Selon Stanton Peele (Brisson et Massicotte, 1987) la dépendance peut se définir comme une « perte de contrôle sur l'expérience d'un psychotrope, qui devient l'unique centre d'intérêt de l'individu, un besoin obsédant qui structure son mode de vie. Cette situation résulte non seulement d'une réaction chimique à des

substances, mais d'une expérience subjective et routinière du produit psychotrope, devenu pour l'individu une stratégie d'adaptation à son environnement » (Brisson et Massicotte, 1987, p. 33).

Les personnes qui présentent des problèmes liés aux substances psychoactives sont beaucoup plus à risque de se suicider (CPLT, 2000). Selon Séguin (2005), deux tiers des personnes décédées par suicide avaient des problèmes de toxicomanie, mais seulement 10 % étaient encore en contact avec les services en toxicomanie dans l'année précédant leur suicide, malgré des contacts antérieurs au cours de leur vie. Dans la région de la Chaudière-Appalaches, l'étude des cas de suicide révèle que des analyses toxicologiques sont disponibles pour 64 % des personnes suicidées. Pour ce groupe, des médicaments ont été identifiés dans 40 % des cas, de l'alcool dans 34 % et des drogues dans 16 %. Au moins une de ces trois substances a été identifiée, pour une moyenne de 1,3 substance par personne (Lafleur, 2005).

La toxicomanie et la consommation abusive de substances psychoactives sont donc en lien avec le phénomène suicidaire. Trois facteurs explicatifs sont avancés dans la littérature par Payette et Tousignant (1998). Lors d'une intoxication aiguë, la substance libère le comportement agressif et conduit à un suicide impulsif. Ce dernier aurait pu être évité si la personne n'avait pas consommé. Lors d'abus répétitifs, la substance devient le seul moyen de faire face aux difficultés. Elle est consommée pour faire taire la souffrance ou pour la fuir. Après un usage chronique, le consommateur ne peut supporter ni la réalité extérieure ni sa souffrance. Chez la personne dépendante s'établit un « état dépressogène ». Il devient alors difficile de départager si elle souffre d'une dépression ou si son état est lié à l'effet de la substance.

Les personnes toxicomanes sont plus vulnérables à une perte affective (rupture, exclusion, isolement). Elles ont fréquemment des démêlés avec la justice (violence conjugale, conduite avec facultés affaiblies, vols). Le chômage et les problèmes financiers sont aussi fréquents.



Nombre d'entre elles présentent des troubles mentaux, plus particulièrement la personnalité antisociale, les phobies ou les troubles anxieux. Ainsi, comme le constate le CPLT, « il y a beaucoup de facteurs de risque communs aux problématiques de toxicomanie et de suicide et il y aurait lieu de développer une approche globale pour agir sur l'ensemble des facteurs et ainsi intervenir en amont des problèmes » (CPLT, 2000, p. 5).

Enfin, depuis quelques années, les problèmes reliés aux jeux de hasard et d'argent sont devenus inquiétants pour la société québécoise. Selon une étude réalisée en Nouvelle-Écosse en 2004, le jeu serait un facteur en cause dans 6,3 % des suicides. Au Québec, les statistiques sur les suicides et les tentatives de suicide liées à la dépendance au jeu de hasard et d'argent ne sont pas disponibles. Il semble que les machines de jeux de hasard électroniques peuvent rendre les personnes dépendantes en un an seulement (Conseil canadien de la sécurité, 2005). Dans ce processus, des pensées erronées font en sorte que le joueur pathologique est convaincu qu'il peut contrôler le jeu. S'il perd, il retourne au jeu pour récupérer son argent. D'autres problèmes font alors leur apparition : ruine financière, agissements illégaux, perte d'emploi, rupture de la famille, isolement social, etc. Le joueur devient obsédé par le jeu, peut développer un état dépressif puis tomber dans le désespoir. Le jeu pathologique peut mener alors aux idées suicidaires et au suicide (Bondolfi, 1998).

Ainsi, les personnes dépendantes et celles qui consomment de façon abusive constituent l'un des groupes les plus à risque de suicide.

2.2.3. Les personnes atteintes d'un trouble mental

Les troubles mentaux les plus fréquemment associés au suicide sont les troubles de l'humeur, notamment la dépression que l'on retrouve chez 30 à 70 % des personnes décédées par suicide. Parmi les autres troubles les plus fréquents, on note la toxicomanie, présentée dans la section précédente et les troubles psychotiques comme la schizophrénie (Santé Canada, 1994).

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer le lien entre suicide et trouble mental. La personne s'enlèverait la vie parce qu'elle ne peut plus supporter sa maladie et sa souffrance. Le trouble mental pourrait aussi enlever à la personne sa lucidité ou ses moyens de trouver des solutions à ses problèmes. Enfin, il se pourrait que la perte de contrôle sur sa vie pousse une personne atteinte de trouble mental au suicide (Tousignant, 1998).

Les personnes qui souffrent d'un trouble mental ont un risque 12 fois plus élevé de suicide que celles qui n'en ont pas. Ainsi, on estime généralement qu'environ 90 % des personnes décédées par suicide avaient un trouble mental (Cavanagh et al., 2003). Par ailleurs, la détresse psychologique peut être facilement associée à un trouble mental même si cette souffrance n'est pas pathologique. La plupart des personnes atteintes d'un trouble mental ne se suicident pas. Ainsi, ce diagnostic ne saurait suffire à expliquer le comportement suicidaire (Santé Canada, 1994). On peut donc conclure, à l'instar de Tousignant, que la relation entre trouble mental et suicide n'est pas simple.

2.2.4. Les autres groupes à risque

Dans la littérature, d'autres groupes à risque sont aussi décrits. Mentionnons les enfants ayant vécu une expérience d'abus sexuel dans leur enfance, les enfants témoins de violence conjugale, les personnes ayant déjà fait une ou plusieurs tentatives de suicide et les personnes ayant de multiples problèmes. Nous présenterons de façon succincte les deux derniers groupes cités.

La fréquence des tentatives de suicide est difficile à établir. L'enquête sociale et de santé l'évaluait à 5 personnes pour 1000 en 1998. Selon Ramsay et Bagley (1985) le ratio pourrait se situer à 100 tentatives pour 1 suicide complété (cité par Racine et collaborateurs, 2003). Les tentatives de suicide sont la manifestation d'une détresse profonde et sont l'un des plus puissants prédicteurs de tentatives de suicide subséquentes et de décès par suicide (Racine et coll., 2003), et plus





spécialement dans les 6 à 12 mois suivant la tentative (AISP, 2006). En Chaudière-Appalaches, 39 % des personnes suicidées auraient déjà fait au moins une tentative de suicide, 7 % n'en auraient jamais fait, et l'information n'a pas été trouvée pour 54 % des dossiers étudiés (Lafleur, 2005).

Enfin, certaines personnes présentent plusieurs problèmes de santé : trouble mental, déficience physique ou intellectuelle, dépendance, idées suicidaires. De plus, il peut arriver qu'une personne soit atteinte de plus d'un trouble mental à la fois. Environ les 2/3 des personnes atteintes d'un trouble mental grave présentent également un problème de toxico-

manie (MSSS, 2005). De plus, 65 % des personnes traitées pour toxicomanie ont des troubles mentaux (CPLT 1997).

Des difficultés importantes ont été constatées dans le traitement de ces personnes présentant de multiples problèmes. Les intervenants se retrouvent souvent confrontés à une méconnaissance de l'une ou l'autre des problématiques. Les clients peuvent alors se promener d'un service à l'autre sans trouver réponse à leurs besoins. De plus, l'approche par programme n'est pas nécessairement adaptée à la présence de multiples problématiques. Parfois, la concomitance de problématiques est même un critère d'exclusion.

Conclusion

Ainsi, bien que le suicide puisse frapper partout, il existe des groupes plus à risque, sur lesquels il est essentiel d'intervenir afin de parvenir à une baisse de la mortalité par suicide. « La reconnaissance des facteurs de protection et des facteurs de risque communs à plusieurs problématiques permet d'envisager des actions auprès de groupes cibles qui non seulement peuvent contribuer à prévenir l'usage inapproprié (de psychotropes), mais également un ensemble de problèmes d'adaptation sociale (délinquance, décrochage scolaire, suicide, violence) » (MSSS, 2001, p. 12). La section suivante présente les actions pour lutter contre le suicide ■





SUICIDE

3

STRATÉGIES D'INTERVENTION



STRATÉGIES
D'INTERVENTION



3

STRATÉGIES D'INTERVENTION

Oui, les hommes ont peur aussi. On les croyait forts, ils sont fragiles. On les croyait prêts à toutes les éventualités, armés pour la vie sociale, on s'aperçoit qu'ils s'écroulent souvent et qu'ils en ont assez. Ils sont à la limite de l'écroulement. (...) Ils n'ont pas réussi à réaliser leurs rêves, et tout le monde sait que c'est dangereux une personne qui n'arrive jamais à vivre un tant soit peu ses rêves.

— — — Marc Chabot

Les sections précédentes démontrent que le suicide est complexe, influencé par de nombreux facteurs de risque et qu'il demeure un important problème de santé publique dans la région de la Chaudière-Appalaches. Que devrions-nous faire afin de réduire l'ampleur de ce problème dans notre région?

Ce chapitre tente de répondre à cette question en présentant les interventions qui ont démontré leur efficacité. Par la suite, les principaux plans d'action développés par certains pays dans leur lutte contre le suicide sont abordés. Enfin, les orientations ministérielles du gouvernement du Québec sont présentées succinctement.

3.1 Les interventions efficaces

Les interventions reconnues efficaces à l'égard de la prévention du suicide par l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2001) et l'Association internationale pour la prévention du suicide (IASP, 2006) sont les suivantes :

- La prévention de certains troubles mentaux et du comportement : que ces interventions soient axées sur l'individu, la famille, l'école ou d'autres secteurs de la communauté ;
- Le traitement efficace, le suivi et l'aide à long terme des troubles mentaux : le

traitement pharmacologique, mais également les thérapies comportementales et psychologiques se sont avérées efficaces dans la réduction des comportements suicidaires ;

- Le dépistage et le traitement précoce de la dépression, de la dépendance à l'alcool et de la schizophrénie ;
- La formation des médecins et du personnel de première ligne au diagnostic et au traitement des dépressions ;
- La réglementation de certaines substances toxiques fréquemment utilisées pour se suicider dans certains pays ;
- La législation limitant la vente et la détention d'armes à feu ;
- Les interventions en milieu scolaire visant la gestion des crises, l'amélioration de l'estime de soi, le développement des habiletés à gérer les difficultés et à prendre des décisions favorables à la santé ;
- Le traitement médiatique approprié en limitant le plus possible les reportages explicites sur ce sujet et en démystifiant le suicide ;
- L'éducation des communautés et des sentinelles, ainsi que la valorisation de la recherche d'aide ;
- Les services d'aide en situations de crise (lignes d'écoute téléphonique, centres de crise et services d'aide sur internet) ;
- Le suivi des personnes ayant fait une tentative de suicide.



Maxcy, Rosenau et Last (1998), référence importante en médecine communautaire, en plus de confirmer certaines interventions efficaces de l'OMS, recommandent de diminuer la vulnérabilité des personnes par des programmes qui renforcent les facteurs de protection comme la résolution de problèmes ou augmentent les connaissances des ressources d'aide dans la communauté. L'autre stratégie est de rendre disponibles des lignes téléphoniques et des centres d'interventions de crise pour les personnes suicidaires. Ces auteurs précisent que les différentes stratégies ont leurs forces et leurs faiblesses et que chacune d'elles a son importance dans la prévention du suicide. Mais, bien que plusieurs interventions aient été mises en place depuis de nombreuses années, très peu ont démontré des résultats à long terme.

3.2 Les stratégies d'interventions dans le monde

Un survol des grandes tendances dans les programmes de prévention du suicide dans le monde montre que, de façon générale, les objectifs retenus tournent autour de trois axes : ceux centrés sur la promotion de la santé de la population, les objectifs centrés sur la prévention des facteurs de risque et la réduction des risques et, enfin, ceux centrés sur la personne suicidaire.

Quelques pays, notamment l'Angleterre, l'Irlande et la Nouvelle-Zélande, ont retenu un objectif visant à promouvoir la santé mentale positive dans la population générale. Les activités visent à renforcer les facteurs de protection (résolution de problème, gestion des conflits interpersonnels et estime de soi). Le Canada prône cette mesure pour les adolescents du réseau scolaire. Des mesures sociales sont aussi proposées, incluant la réduction de la pauvreté, l'amélioration de l'accès à l'éducation et l'emploi (Nouvelle-Zélande, Danemark). Un objectif visant l'information et la sensibilisation du grand public par des campagnes de communication est inclus dans certains plans d'action.

Le but de ces campagnes diffère selon les pays : atténuation de la stigmatisation rattachée à la maladie mentale (Canada, Nouvelle-Zélande, États-Unis et l'Irlande); information sur les signes précurseurs du suicide (Canada).

Enfin, de nombreux pays ont reconnu l'impact des effets négatifs des reportages sur les cas de suicide et ont incorporé un objectif visant à améliorer leurs relations avec les représentants des médias (Canada, Nouvelle-Zélande, États-Unis, l'Angleterre, l'Allemagne).

Plusieurs groupes à risque sont visés par les plans d'action dans le monde. Les interventions visent donc à prévenir ces facteurs de risques, à rechercher plus spécifiquement les facteurs de risque chez la clientèle et mieux intervenir auprès des personnes identifiées. Voici certains groupes à risque mentionnés dans la littérature consultée : personnes atteintes de troubles mentaux, toxicomanes, consommateurs abusifs d'alcool, personnes ayant fait une tentative antérieure de suicide, groupes marginalisés, personnes sans emploi, homosexuels, personnes âgées, personnes abusées.

Le Canada, les États-Unis, la Suède, le Danemark, la Nouvelle-Zélande privilégient les interventions centrées sur la personne suicidaire comme la détection, l'évaluation, le diagnostic, la référence, le traitement et le suivi des personnes à haut risque. L'un des moyens utilisés est d'augmenter la compétence des professionnels en contact avec ces personnes. Selon Santé Canada (1994), il semble qu'un programme de formation postdoctorale pour les omnipraticiens entraîne une diminution des taux de suicide. Cette formation est basée sur le diagnostic et le traitement des troubles affectifs. L'Allemagne propose un objectif plus général avec une « optimisation des soins de santé primaire ».

En général, si les pays ont mis l'accent sur l'un ou l'autre de ces trois axes, ils ont par contre retenu au moins un objectif pour chacun de ces axes d'intervention.



3.3 Les orientations québécoises

À l'instar des nombreux pays ayant élaboré une stratégie afin de lutter contre le suicide, le Québec a aussi proposé des interventions afin de prévenir cette problématique. Dès 1998, la première Stratégie québécoise d'action face au suicide est publiée. Cinq ans plus tard, le Programme national de santé publique 2003-2012 propose quelques activités visant à réduire le nombre de tentatives de suicide et le nombre de suicides (MSSS, 2003). Enfin, en juin 2005, le ministre de la Santé et des Services sociaux dépose le Plan d'action en santé mentale dont certaines parties touchent plus spécifiquement la problématique du suicide. Voici les grandes lignes de ces trois documents d'orientation du gouvernement provincial.

3.3.1 *La Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie*

En vigueur entre 1997 et 2002, la Stratégie a obtenu un large consensus autour de principes visant à stabiliser et éventuellement à diminuer le taux de suicide au Québec.

En promotion, la Stratégie insiste sur l'importance d'agir en amont des problèmes. Ces objectifs visent à favoriser les interventions en promotion et en prévention auprès des jeunes et à contrer la banalisation et la dramatisation du suicide en développant le sens de la solidarité et des responsabilités. Un autre objectif de la Stratégie proposait de cibler des clientèles à risque pour permettre de prévenir les gestes suicidaires. Toutes les régions du Québec étaient alors invitées à développer des projets⁶ visant les hommes de 20 à 55 ans, les toxicomanes, les personnes présentant des troubles mentaux, les hommes présentant plusieurs facteurs de risque et les individus qui avaient déjà manifesté un comportement suicidaire. Deux objectifs

visaient à améliorer les services auprès des personnes suicidaires : premièrement, assurer et consolider une gamme essentielle de services (accessibilité téléphonique, intervention, postvention) et briser l'isolement des intervenants et, deuxièmement, améliorer leurs compétences professionnelles. Enfin, d'autres objectifs visaient à réduire l'accès et minimiser les risques associés aux moyens utilisés pour se suicider et à intensifier la recherche sur la problématique du suicide.

Le MSSS a réalisé une évaluation de l'implantation de la stratégie québécoise d'action face au suicide (MSSS, 2004). Celle-ci révèle entre autres que peu d'interventions en promotion et en prévention auprès des jeunes ont été réalisées. Les interventions ont davantage visé les adultes travaillant en milieu scolaire. Concernant la campagne de communication pour contrer la banalisation et la dramatisation du suicide, les régions attendaient toujours une action gouvernementale. Parmi les groupes à risques, les hommes ont fait l'objet de plusieurs projets pilotes d'intervention, principalement en milieu de travail, comme des projets de Senti-nelles. Concernant la gamme de services, bien que l'accessibilité téléphonique était assurée 24 heures par jour, 7 jours par semaine, l'intervention et les services de postvention connaissaient de multiples difficultés notamment au niveau de la continuité des services. Enfin, un dernier constat faisait état que certaines interventions visant la réduction de l'accès aux moyens (armes à feu, sécurité sur le pont Jacques-Cartier à Montréal, gestion des médicaments, contrôle du monoxyde de carbone) avaient été réalisées.

3.3.2 *Le Programme national de santé publique*

Le Programme national de santé publique (PNSP) 2003-2012 (MSSS, 2003) balise les activités de santé publique à réaliser au

⁶ C'est dans le cadre de ces projets pilotes que le Programme de formation de sentinelles dans la communauté a été développé, expérimenté et évalué dans la région de la Chaudière-Appalaches



cours des dix prochaines années pour améliorer la santé de la population. Les activités visant à contrer le suicide se retrouvent dans deux domaines du PNSP : développement, adaptation et intégration sociale, ainsi que le domaine de la santé au travail.

Dans le domaine du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale, deux objectifs s'adressent à la prévention du suicide : augmenter la proportion de personnes de tous âges en bonne santé mentale et réduire le nombre de tentatives de suicide et le nombre de suicides. Certaines activités en lien avec ces objectifs sont proposées. Les voici :

- Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives incluant la formation des médecins axée sur la prévention du suicide ;
- Sensibilisation du grand public et des professionnels de la santé et des services sociaux aux signes avant-coureurs des troubles anxieux et dépressifs, et diffusion d'information sur les activités et les services qui sont offerts ;
- Intervention globale au regard de la prévention du suicide par la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives, par l'organisation d'activités de sensibilisation aux risques que représentent les médicaments et les armes à feu gardés à la maison ainsi qu'aux mesures pour en limiter l'accès, par l'établissement des réseaux de sentinelles et par la concertation avec les partenaires du réseau et ceux des autres secteurs afin de faire diminuer la tolérance par rapport au suicide et la banalisation de ce problème.

De plus, d'autres activités dans ce domaine visent la promotion de la santé et contribuent, en amont, à la prévention du suicide en renforçant les facteurs de protection. Ces activités s'adressent surtout aux enfants et aux jeunes :

- Établissement du réseau « Amis des bébés » ;

- Services intégrés en périnatalité et petite enfance ;
- École en santé ;
- Développement des habiletés sociales des enfants (Fluppy) ;
- Etc.

Enfin, dans le domaine de la santé au travail, un des objectifs vise à réduire le suicide et les problèmes de consommation de drogues et d'alcool. Une orientation générale est proposée :

- Activités relatives à la promotion de la santé et à la prévention en milieu de travail concernant les habitudes de vie et les maladies chroniques ainsi que l'adaptation et l'intégration sociale.

Actuellement, le PNSP fait l'objet d'une évaluation. Les résultats ne sont pas encore disponibles.

3.3.3 Le Plan d'action en santé mentale : la force des liens

Publié récemment, le Plan d'action en santé mentale (MSSS, 2005) vise à rendre plus efficaces les services en santé mentale, entre autres par la lutte contre la stigmatisation envers la maladie mentale, l'amélioration des services destinés aux enfants, aux jeunes et aux adultes ayant un trouble mental. Il s'attarde également aux personnes ayant plusieurs problèmes et aux personnes à potentiel suicidaire élevé.

À ce sujet, il est mentionné que « des données (..) indiquent que nous ne répondons pas adéquatement aux besoins des personnes à potentiel suicidaire élevé, et ce, dans tous les groupes d'âge. Ces personnes sont celles qui sont aux prises avec des troubles affectifs, des dépendances, des troubles de la personnalité, ou encore celles qui ont déjà fait une tentative de suicide. » (MSSS, 2005, page 57).

Pour ce qui est des interventions préconisées, le Plan d'action en santé mentale réfère au PNSP. Quant à la gamme de services requis pour les différentes clientèles,



il est spécifié que l'organisation des services doit assurer l'accès à une gamme des services de crise intégrés, soit :

- Un service d'intervention téléphonique (un numéro d'accès 24/7 et non uniquement une ligne d'écoute);
- Un service mobile d'intervention de crise « face à face »;
- Des places d'hébergement de crise;
- Un suivi de crise à très court terme;
- Un service hospitalier d'urgence.

Deux groupes à risque sont prioritairement ciblés: les personnes à potentiel suicidaire élevé et les personnes présentant plusieurs problèmes. Un des enjeux majeurs concerne l'amélioration des services destinés à ces deux groupes. Ainsi, les personnes à potentiel suicidaire élevé devront avoir accès à un suivi étroit (médical, psychosocial et dans la communauté) et de durée suffisante. Pour les personnes présentant un diagnostic de comorbidité, il est visé d'établir une collaboration le plus précocement possible entre les divers programmes visés (santé mentale, toxicomanie, déficience intellectuelle, etc.).

La gamme des services requis quant aux personnes à potentiel suicidaire élevé, comprend:

- L'intervention téléphonique 24/7;
- L'intervention en période de crise suicidaire (évaluation, aide, suivi et relance);

- L'intervention préventive, surtout auprès des personnes en difficulté;
- Les services de postvention et les services pour les endeuillés;
- La diffusion d'information et le soutien offert aux proches.

Ce plan d'action est très récent et le réseau de la santé et des services sociaux n'a pas encore complété l'implantation des services pour les personnes suicidaires.

3.3.4. Les autres orientations ministérielles

Outre ces trois grands documents d'orientation, d'autres directives ministérielles concernent la problématique du suicide. Notons, par exemple, la révision du service Info-santé avec l'arrivée imminente de l'Info-Social (MSSS, 2005) qui précise qu'il est nécessaire que les appels de nature psychosociale soient répondus en premier lieu par un intervenant social, reconnaissant que tout comme dans le cas des appels de santé, une compétence particulière est nécessaire au traitement de ces appels et à une évaluation juste et rapide de la situation de l'appelant. De même, le guide de gestion de l'unité d'urgence précise que «Aucun patient suicidaire ou à risque ne devrait quitter l'unité d'urgence sans que l'on se soit assuré de son suivi dans la communauté» (CCNU, version pour consultation, juin 2004, p. 11).

Conclusion

De cette section, se dégagent certains constats. D'abord, les actions de prévention, les interventions visant à améliorer les services auprès des groupes à risque ainsi qu'auprès des personnes suicidaires sont clairement à privilégier. Bien qu'un consensus semble s'établir autour de la nécessité de promouvoir la santé mentale, les actions efficaces susceptibles d'être mises en place restent à préciser ■





SUJETS

4

PORTRAIT DES SERVICES



PORTRAIT
DES SERVICES

4

PORTRAIT DES SERVICES

Un suicide est un meurtre. Il y a, à la suite de cet acte, un être parlant de moins dans le monde. Quand un être humain se suicide, c'est une parole en moins. Quelque chose ne sera plus dit, quelque chose sera dit que nous n'entendions pas.

— — — Marc Chabot

Ce chapitre dresse un portrait des services offerts dans la région de la Chaudière-Appalaches. Afin de couvrir l'ensemble des volets, le présent chapitre ainsi que le suivant, sont divisés en six sections. La première, plus générale, concerne l'organisation des services touchant la problématique du suicide dans la région. Ensuite, le continuum des services a été divisé en trois sections : la promotion-prévention, l'intervention (incluant les services de crise) et la postvention. Enfin, les aspects transversaux sont abordés, soit l'expertise régionale et la formation, ainsi que la surveillance, la recherche et l'évaluation.

4.1 L'organisation des services en Chaudière-Appalaches

En 1996, lors de l'évaluation du plan régional d'organisation des services (PROS) en santé mentale, la région⁷ a choisi de se doter d'un modèle décentralisé de services intégrés (toutes problématiques), reposant sur les CLSC⁸. **« Il a été convenu que les CLSC de la région et leur service d'urgence psychosociale⁹ étaient responsables des trois niveaux d'intervention en prévention du suicide : la prévention, l'intervention et la postvention (...) »**. En somme, le rationnel de cette décision, partagée par l'ensemble des partenaires concernés, repose sur des principes d'accessibilité, de

continuité et d'intégration des services» (Jobin, 1997).

À cette responsabilité dédiée aux CSSS s'ajoute d'autres partenaires qui contribuent à l'offre de services régionale. En amont de la crise suicidaire, trois Centres d'écoute téléphonique assurent un service d'écoute téléphonique pour toute personne en détresse. Il s'agit de SOS Ondes Amitié dans la MRC de Thetford, du Centre d'écoute et de prévention du suicide (CEPS) Beauce-Etchemins et de Tel-Écoute du Littoral, qui couvre les 7 autres MRC. Ces trois Centres d'écoute sont financés par le programme de Soutien aux organismes communautaires à titre de Centres d'écoute multiproblématiques. La mission du CEPS Beauce-Etchemins est plus spécifiquement celle d'un centre de prévention du suicide. Toutefois, pour l'Agence de la santé et des services sociaux, seuls ses services d'écoute téléphonique visant toutes les problématiques sont reconnus dans la région. L'intervention de crise auprès des personnes suicidaires étant la responsabilité des CSSS et du service de crise Urgence-Détresse.

Plusieurs autres établissements et organisations, tel que le Centre Jeunesse, rencontrent des personnes suicidaires parmi leur clientèle. Entre autres, les organismes oeuvrant auprès des hommes rencontrent fréquemment des hommes en détresse et peuvent apporter un soutien précieux à ce groupe très touché

⁷ Note : Lors de la création de la région Chaudière-Appalaches, en 1994, aucun budget n'a été transféré pour les services de crise, ceux-ci étant l'œuvre d'organismes communautaires dans la région de Québec, ils n'étaient pas soumis aux protocoles de transfert de l'époque (RRSSS, 2000). C'est donc dans un contexte de rareté de ressources que nous avons dû mettre en place les services de crise dans la région.

⁸ Jusqu'en 2005, la région comptait 11 CLSC. Elle compte maintenant 5 CSSS.

⁹ L'Urgence psychosociale (UPS) a ensuite été renommée Urgence-Détresse.



par le suicide et moins enclin que les femmes à demander de l'aide.

De plus, une multitude d'organismes, de groupes sociaux et de personnes contribuent également à la prévention du suicide en agissant, de près ou de loin, sur les facteurs associés au suicide. Pensons entre autres aux organismes en santé mentale, aux groupes de soutien pour les parents et amis des personnes atteintes d'un trouble mental, etc.

Enfin, quatre centres hospitaliers complètent la gamme de services par le biais de leurs urgences et de leurs services de psychiatrie. Bien que les urgences hospitalières soient souvent considérées comme une porte d'entrée aux soins de santé, il ne s'agit pas toujours du meilleur endroit lors d'une telle situation. De nombreuses crises suicidaires peuvent se résoudre avec l'aide des services de première ligne, sans qu'une visite à l'hôpital ne soit nécessaire. C'est entre autres afin d'offrir aux personnes suicidaires une alternative à l'urgence hospitalière que le Projet RÉMI a été mis sur pieds.



Pour améliorer la continuité des services: Le Projet RÉMI

Afin d'améliorer la continuité entre les différents prestataires de services, tels que les services policiers, les centres d'écoute téléphonique, les CSSS et les urgences hospitalières, des protocoles d'ententes inter-établissements ont été convenus depuis plusieurs années. Pour le territoire du Grand Littoral, ce protocole s'est concrétisé par le biais du Projet RÉMI¹⁰. Ce dernier constitue une façon novatrice d'allier les différents partenaires autour d'un objectif commun : que chacun fasse un pas de plus afin d'assurer une meilleure prise en charge des personnes suicidaires et, ainsi, réduire le suicide.

Le Projet RÉMI est en place sur le territoire du CSSS du Grand Littoral depuis 2004 afin de concrétiser la démarche d'amélioration de la continuité des services offerts aux personnes suicidaires. Devant son succès face à la mobilisation des partenaires, l'Agence a suggéré que le Projet RÉMI soit déployé dans les autres CSSS de la région. Déjà, le CSSS de la région de Thetford, celui de la Beauce et celui des Etchemins ont développé leur Projet RÉMI, adapté à leurs particularités propres. « Le projet RÉMI ne remplace pas les ressources existantes. Il respecte les mandats des partenaires mais délimite les rôles avec plus d'acuité. »¹¹

Malgré qu'il n'ait pas encore été évalué, les commentaires des partenaires impliqués, de près ou de loin, dans le Projet RÉMI laissent croire qu'un tel projet facilite l'amélioration de la continuité des services en facilitant l'arrimage entre les différents prestataires et l'ajustement continu des liens afin d'assurer aux personnes suicidaires les services les mieux adaptés à leurs besoins.

¹⁰ RÉMI est un prénom inspiré de la chanson « Mon chum Rémi » des Cowboys Fringants. Ces derniers ont donné aux conceptrices du projet l'autorisation d'utiliser le titre de leur chanson. L'acronyme RÉMI signifie également RÉagir au phénomène du suicide, Mobiliser les partenaires pour Intervenir en continuité.

¹¹ Tiré de « Le Projet RÉMI expliqué : Complément au protocole d'entente en prévention du suicide liant les partenaires concernés, Région de la Chaudière-Appalaches, 2006, 15 pages »



FORCES ET LACUNES DE L'ORGANISATION RÉGIONALE DES SERVICES EN LIEN AVEC LA PROBLÉMATIQUE DU SUICIDE EN CHAUDIÈRE-APPALACHES

FORCES

- Le modèle régional décentralisé (tant en prévention, intervention que postvention) qui permet une proximité et une adaptation aux milieux
- La présence de trois centres d'écoute pour toute situation non urgente (détresse, anxiété, etc.) qui assurent une oreille attentive à toute personne en détresse, en amont de la crise suicidaire
- Le service régional de crise 24/7 Urgence-Détresse¹² qui permet une intervention téléphonique immédiate et une intervention mobile de proximité, partout dans la région
- La création du Projet RÉMI et son déploiement en cours partout dans la région qui contribuent à l'amélioration de la continuité entre les services
- L'implication de plusieurs autres partenaires dans la prévention du suicide

LACUNES

- Le modèle régional en place, qui repose sur les CSSS, tant pour la prévention, l'intervention, les services de crise que la postvention, semble méconnu
- Il semble qu'une certaine confusion ait pu régner au sein de la population de la Beauce quant aux rôles du CEPS Beauce-Etchemin versus le CLSC et Urgence-Détresse dans l'intervention de crise suicidaire
- La continuité qui n'est pas toujours fluide et optimale entre tous les prestataires de services concernés
- L'absence de structure régionale de concertation intersectorielle pour réunir toutes les organisations intéressées et engagées dans la lutte au suicide
- La couverture médiatique que font les médias locaux et régionaux gagnerait à être améliorée : meilleure collaboration, lignes directrices pour assurer un traitement adéquat du sujet, etc.

4.2 La promotion et la prévention

Plusieurs organisations contribuent à la promotion de la santé et du bien-être et à la prévention, et peuvent ainsi contribuer à réduire le suicide, en renforçant les facteurs de protection ou en réduisant l'impact des facteurs de risque.

D'ailleurs, la région Chaudière-Appalaches fut précurseur en adoptant en 1998 les Orientations régionales en promotion du bien-être et prévention des problèmes psychosociaux chez les enfants, les jeunes et leurs familles. Les budgets en promotion et prévention, historiquement reliés aux programmes Jeunesse, Santé mentale et Toxicomanie ont été mis en commun afin de financer les tables locales de promotion

et prévention animées par les onze CLSC de l'époque et regroupant l'ensemble des partenaires oeuvrant auprès des enfants, des jeunes et de leurs familles (Maisons des jeunes, CPE, milieu scolaire, etc.). Divers projets en promotion et prévention ont ainsi été déployés partout dans la région, par des partenaires du milieu.

Promotion

L'association canadienne pour la santé mentale (ACSM-CA) fait de la promotion de la santé mentale son cheval de bataille. Depuis quelques années, la Semaine de la santé mentale, qui a lieu au début du mois de mai, vise à améliorer la capacité de réagir favorablement au stress.

¹² Depuis le 17 novembre 2006, le service régional de crise Urgence-Détresse est accessible via **Info-Social**.



Les services intégrés en périnatalité et petite enfance, l'initiative École en santé, le travail accompli par les maisons des jeunes, les maisons de la famille, les centres femmes, les organismes pour hommes, et certains clubs sociaux contribuent à la promotion de la santé mentale par leurs actions sur divers facteurs de protection.

Prévention

Pour ce qui est de la prévention, outre les différents projets de prévention existants, la région s'est dotée en 1997 d'un Plan d'action régional pour prévenir le suicide en Chaudière-Appalaches (Jobin, 1997). Lors de son adoption par le conseil d'administration de la Régie régionale, un budget

a été octroyé à chacun des onze CLSC, au prorata de la population adulte masculine, afin qu'un(e) intervenant(e) soit libéré(e) à titre de responsable de la prévention du suicide et ce, à raison de 2 à 4 jours par semaine. La professionnelle responsable à la Direction de santé publique et de l'évaluation et ces onze responsables des CLSC ont formé le Comité régional de prévention du suicide. Chaque responsable a participé au développement régional de la prévention du suicide, par sa présence au Comité régional et sa participation à un ou deux groupes de travail, puis devait déployer diverses activités au sein de sa MRC.

Ce modèle régional semble avoir porté fruits : de nombreux outils ont été développés dans la région (Guide d'intervention en

FORCES ET LACUNES DE LA PROMOTION ET LA PRÉVENTION EN LIEN AVEC LA PROBLÉMATIQUE DU SUICIDE

FORCES

- Un riche historique de promotion et prévention dans la région, entre autres avec les Tables locales préventives, qui fait en sorte que différentes interventions en promotion de la santé et prévention des problèmes psychosociaux chez les enfants et les jeunes sont déjà en place partout dans la région
- Les différentes activités, actions préventives et outils d'intervention qui ont été développés dans le cadre de la mise en œuvre du Plan d'action régional pour prévenir le suicide dans la région
- La présence des responsables de la prévention du suicide dans les CSSS qui ont pour mandat de mettre en œuvre des activités locales s'adaptant aux particularités des communautés visées
- L'implication de plusieurs autres partenaires dans la prévention du suicide, dans la promotion de la santé mentale et la prévention des autres problématiques psychosociales connexes

- La mobilisation importante remarquable dans la région, comme l'indique la participation élevée aux sensibilisations et formations de sentinelles

LACUNES

- Le manque de concertation entre les différentes organisations impliquées dans la prévention du suicide
- L'efficacité de certaines interventions actuellement réalisées en promotion ou prévention pourrait être questionnée, dont les sensibilisations offertes aux groupes de jeunes
- Le plan d'action régional et les responsables de la prévention du suicide dans les CSSS sont peu connus de la population et des partenaires



prévention du suicide Programme Sentinelles, Guide d'animation de sensibilisations avec vidéocassette sur le suicide chez les hommes, etc.) et plusieurs activités se sont déroulées partout dans la région (sensibilisation d'environ 14 000 personnes, formation d'environ 2 330 sentinelles, formation d'environ 200 omnipraticiens, etc.).

Le Plan d'action régional pour prévenir le suicide en Chaudière-Appalaches est actuellement en révision et devra tenir compte des recommandations du présent rapport. Une approche intégrée a été proposée par la Direction de santé publique et de l'évaluation aux CSSS afin d'élargir la prévention du suicide à la prévention des problèmes d'adaptation psychosociale et à la promotion de la santé mentale.

Outre le réseau de la santé, d'autres secteurs d'activités sont préoccupés par la problématique du suicide. C'est le cas de la Conférence régionale des élus (CRÉ) et du Forum régional Jeunesse Chaudière-Appalaches qui ont priorisé cette problématique dans leurs plans d'action respectifs. Des collaborations ont débuté afin d'unir nos forces dans ce domaine.

4.3 L'intervention

Parmi les professionnels susceptibles d'intervenir auprès de personnes suicidaires, outre les médecins, se trouvent principalement les intervenants psychosociaux des différents programmes des CSSS (accueil, services généraux, santé mentale, etc.), des Centres hospitaliers (urgence, psychiatrie, etc.), des Centres jeunesse, des cégeps et d'autres établissements. Les professionnels suivants sont également en contact avec des personnes suicidaires : les psychologues, les travailleurs sociaux et les psychothérapeutes en pratique privée ou oeuvrant dans le cadre des Programmes d'aide aux employés (PAE), les intervenants d'organismes oeuvrant auprès de personnes en difficulté (violence, santé mentale, etc.), les travailleurs de rue ou de milieu, etc.

En fait, tous les professionnels de la santé ou de la relation d'aide sont susceptibles de devoir travailler avec des clients dans un contexte de problématique suicidaire dans le cadre de leur pratique.

Par exemple, les Centres jeunesse sont particulièrement touchés par cette problématique, compte tenu que leur clientèle cumule plusieurs facteurs de risque. Un protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire dans les Centres Jeunesse a d'ailleurs été développé au provincial et appliqué dans la région. Cette démarche impliquait entre autres la formation de l'ensemble des intervenants du CJ ainsi que la mise en place d'une équipe multidisciplinaire de deuxième niveau, en soutien au premier niveau. Ce protocole est maintenant implanté dans notre région et l'équipe multidisciplinaire est en voie d'être consolidée.

Services de crise 24 / 7

Dans la région, les services de crise 24/7 sont assumés par le service Urgence-Détresse, arrimé à Info-Santé/Info-Social. Les numéros de téléphone sont les mêmes pour accéder à ces services. Lors d'un appel, la boîte vocale précise d'appuyer sur le **1** pour Info-Santé ou sur le **2** pour Info-Social.

Les services de crise comportent 3 volets : Intervention téléphonique, intervention en personne dans le milieu et hébergement de crise. Lors de la création du service, l'intervention téléphonique était assumée par les intervenants sociaux des Centres jeunesse, les soirs, nuits et fins de semaine, alors que les appels étaient répondus par l'accueil de chaque CLSC pendant la journée. Depuis avril 2005, la centrale reçoit directement les appels en tout temps. La présence d'intervenants psychosociaux n'étant pas permanente, les appels sont régulièrement répondus par les infirmières de la Centrale Info-Santé qui, après évaluation, réfèrent les clients à leur CSSS pour une prise en charge par l'équipe régulière d'intervention.

L'intervention en personne dans le milieu est réalisée par les intervenants sociaux



de garde, dans chacun des territoires, à la demande de la Centrale ou d'un partenaire « privilégié », comme les policiers, les ambulanciers, le personnel de l'urgence d'un CH, ou l'intervenant d'un centre d'écoute téléphonique.

En cas de crise, trois types d'hébergement sont possibles dans la région : l'hébergement temporaire, l'hébergement de stabilisation et l'hébergement de crise. L'hébergement temporaire s'adresse à une clientèle principalement âgée suivie au secteur du soutien à domicile et est utilisée surtout pour offrir du répit aux familles. L'hébergement de stabilisation s'adresse particulièrement à la clientèle présentant un trouble de santé mentale et comprend un encadrement professionnel et soutenu 24/7. Dans les situations de crise chez les personnes suicidaires, il y a l'hébergement de crise, disponible sur chaque territoire de CSSS. Ces ressources peuvent accueillir des clientèles présentant une déficience intellectuelle, un trouble de santé mentale ou toute autre problématique nécessitant un dépannage (CSSS de Beauce, 2005).

Puisque l'hébergement de crise est une bonne alternative à l'hospitalisation, laquelle est plus coûteuse et moins bien appropriée au contexte de crise suicidaire, certains questionnent le fait qu'il ne soit pas possible de solliciter les ressources d'hébergement de crise autrement qu'en passant par le service Urgence-Détresse, comme il est possible de le faire au Centre de crise de Québec, par exemple. De plus, actuellement, des lits de dégrèvement ne sont pas accessibles partout dans la région, ce qui empêche la clientèle cumulant un problème de consommation abusive et d'idéations suicidaires d'avoir accès à un endroit sécuritaire, autre que le centre hospitalier.

Accès aux services de crise

Chaque site CLSC possède toujours un numéro de téléphone local pour rejoindre Info-Santé/Info-Social¹³ et ce, même si les appels font l'objet d'une bascule automatique à la Centrale. Certains possèdent également une ligne sans frais pour éviter les appels interurbains à leur clientèle. Cette situation fait en sorte que 17 numéros de téléphone différents existent pour désigner le service de crise régional, ce qui complexifie grandement la promotion régionale du service.

La ligne 1-866-APPELLE mise en place par le ministère de la Santé et des Services sociaux afin d'assurer à tous les Québécois un accès sans frais au service d'intervention de crise le plus près, a été programmée pour basculer directement au service Info-Santé/Urgence-Détresse. Ce numéro est publicisé lors de la Semaine de prévention du suicide, d'activités médiatiques portant sur le suicide et par le biais d'un dépliant produit par le MSSS. Ce numéro a facilité la mise en place d'activités régionales de prévention du suicide.

Promotion régionale des services de crise

Une campagne de promotion des services de crise Urgence-Détresse auprès des partenaires a été réalisée au printemps 2000, puis des placements médias ont été réalisés à l'hiver 2003-2004, en plus de la distribution d'affiches et de cartes d'affaires. ***Cependant, tout porte à croire que notre service de crise régional n'est pas suffisamment connu de la population, et même des partenaires (Boivin, 2005).***

Entre autres, le Centre de prévention du suicide de Québec indique recevoir environ 1400 appels par année en provenance de notre région, principalement du territoire du CSSS du Grand Littoral.

¹³ Avec l'implantation de Info-Social, un numéro unique (811) est prévu au cours de l'année 2007.



FORCES ET LACUNES DES *SERVICES D'INTERVENTION* AUPRÈS DES PERSONNES SUICIDAIRES ET LEURS PROCHES

FORCES

- La gamme des services requis qui est en place, de façon générale, partout dans la région :
 - L'intervention téléphonique 24/7 ;
 - L'intervention en période de crise suicidaire (évaluation, aide, suivi et relance) ;
 - L'intervention préventive, surtout auprès des personnes en difficulté ;
 - Les services de postvention et les services pour les endeuillés ;
 - La diffusion d'information et le soutien offert aux proches.
- La distribution d'outils d'intervention à grande échelle dans le réseau (Guide d'intervention en prévention du suicide, Petit Guide d'intervention, Grilles d'évaluation du risque et de l'urgence suicidaire, formation médicale) qui a permis une certaine uniformisation de l'intervention
- Le Projet RÉMI, en déploiement dans la région, qui facilite la continuité des services entre les partenaires et favorise ainsi une meilleure prise en charge des personnes suicidaires
- Le modèle régional décentralisé dans les CSSS qui favorise la prise en charge des personnes suicidaires dans leur milieu et par le programme-service concerné
- L'implantation du protocole d'intervention en situation de crise suicidaire dans les Centres jeunesse, qui améliore la sécurité de leur clientèle à l'interne et l'externe

LACUNES

- La prise en charge et la continuité des services ne sont pas toujours suffisantes
- La mise en œuvre du suivi étroit préconisé dans le plan d'action en santé mentale (MSSS, 2005) qui n'est pas réalisée dans la région et bénéficierait de balises régionales afin de favoriser un déploiement plus uniforme
- Certaines habitudes ou croyances des intervenants du réseau quant à la responsabilisation de la clientèle, qui peuvent être contradictoires avec des mesures préconisées, comme l'offre de service aux proches ou aux endeuillés ou la relance d'une personne suicidaire à la demande d'un proche (« reaching out »)
- Les services de crise Urgence-Détresse qui pourraient être améliorés :
 - Services méconnus de la population, et même de certains partenaires
 - La réponse téléphonique n'est pas toujours assurée par un intervenant social expérimenté (24 heures par jour, 7 jours/semaine)
 - Le nombre important d'intervenants en disponibilité pour Urgence-Détresse et la mobilité du personnel qui rendent complexe le maintien d'un certain niveau d'expertise au sein des services de crise Urgence-détresse puisqu'ils doivent tous être en mesure d'intervenir dans toutes situations psychosociales, dont certaines situations de crise complexes (suicide, violence, problème de santé mentale, agression sexuelle, etc.)
 - Les critères d'admission à l'hébergement de crise qui semblent restrictifs et varient d'un territoire à l'autre. Par exemple, la clientèle présentant un abus d'alcool et des idées suicidaires ne peut profiter de ce service partout



4.4 La postvention et les services aux endeuillés

Suite à un suicide ou à une tentative, il importe d'intervenir afin de réduire les impacts de cet événement et de prévenir la contagion. Qu'il s'agisse de l'annonce de la nouvelle aux proches ou aux élèves de la classe de la personne décédée, de l'offre de services individuels ou de groupe aux personnes endeuillées ou de séances de ventilation, les CSSS sont responsables d'assurer que les services appropriés soient offerts. Il faut noter que la population ne semble pas toujours informée de la présence et de la pertinence des activités de postvention, ce qui peut empêcher plusieurs personnes de se prévaloir de ces services. D'où l'importance que les services soient offerts systématiquement par les CSSS.

D'autres partenaires s'impliquent en postvention dans la région. C'est le cas du Centre

d'écoute et de prévention du suicide Beauce-Etchemins qui offre le Groupe Survivre pour les personnes endeuillées par suicide. Les milieux scolaires sont également impliqués dans la mise en place de mesures de postvention, le plus souvent en collaboration avec le CSSS de leur territoire. Plusieurs d'entre eux possèdent un protocole de postvention et une équipe de crise, mais certains ne sont pas toujours bien préparés à intervenir à la suite d'un suicide ou d'une tentative, puisqu'il s'agit somme toute d'un événement assez rare.

Le programme Postvention en milieu scolaire: Stratégies d'intervention à la suite d'un suicide (Séguin et coll., 2004) propose un changement de pratique quant à la postvention, qui repose davantage sur le jugement clinique des intervenants que sur l'application d'un protocole étape par étape. Cinq intervenants de la région ont été formés afin de transmettre ces nouvelles connaissances à l'ensemble des milieux scolaires. Cette diffusion devrait se poursuivre en 2007.

FORCES ET LACUNES DE LA POSTVENTION ET DES SERVICES AUX ENDEUILLÉS

FORCES

- L'équipe de formateurs en postvention qui déploie actuellement la nouvelle approche de postvention dans les milieux scolaires de la région, en plus d'une centaine d'intervenants et de gestionnaires du réseau qui ont été formés
- La disponibilité des CSSS qui peuvent intervenir en postvention sur demande (d'un milieu scolaire ou de travail, suite à une référence de Urgence-Détresse, etc.)
- Les protocoles de postvention qui sont déjà en place dans plusieurs établissements scolaires et certains établissements de santé

LACUNES

- Un très grand nombre d'intervenants sont susceptibles d'intervenir en situation de postvention alors qu'il s'agit malgré tout d'un événement peu fréquent: cela rend difficile le développement et le maintien de l'expertise
- Dans certaines sous-régions, la population n'a pas accès à un groupe pour personnes endeuillées, et il semble difficile d'offrir ce service compte tenu du petit nombre de personnes concernées
- Dans certains établissements scolaires, malgré la présence d'un protocole de postvention, il n'y a pas d'équipe de postvention active et outillée, prête à intervenir en cas de besoins
- Les services pour les personnes endeuillées à la suite du suicide d'un proche se limitent parfois à une offre ponctuelle et individuelle



Par ailleurs, une centaine d'intervenants et une vingtaine de gestionnaires ont été formés par l'une des co-auteurs du programme afin d'assurer la diffusion de ces nouvelles connaissances, applicables non seulement dans les milieux scolaires, mais également dans les autres milieux touchés par un suicide (familial, social ou de travail).

4.5 L'expertise régionale

Intervenir en situation de crise suicidaire, accompagner une personne suicidaire dans un suivi thérapeutique, intervenir dans un milieu à la suite d'un suicide, soutenir des personnes endeuillées par le suicide d'un proche, utiliser le réseau personnel d'une personne suicidaire pour mieux l'aider... toutes ces situations nécessitent des compétences et des connaissances spécifiques. Malgré que les intervenants sociaux détiennent une formation universitaire ou collégiale appropriée, il est plutôt rare que la problématique du suicide soit incluse dans le curriculum de formation de base de ces futurs-intervenants.

De plus, ***bien que ces professionnels soient des spécialistes de la relation d'aide, intervenir dans des situations où il est question de vie ou de mort est exigeant.*** De fait, Lafleur (1999, cité par AQPS, 2003) précise que le risque d'épuisement professionnel dans certains environnements de travail est encore plus grand qu'ailleurs, c'est le cas des milieux où la restructuration est quasi-permanente, où la relation d'aide occupe une grande place, où la vie et la mort sont en jeu. De plus, les intervenants de crise sont à risque de développer des symptômes de « fatigue de compassion », soit des réactions émotives similaires à celles du trouble de stress post traumatique (Hamel, 2003). Par ailleurs, une récente étude menée au Québec démontre que des réactions de stress similaires au stress aigu ont été rapportées pour 44 % des professionnels ayant vécu le suicide d'un de leurs clients (Henry et coll., 2004).

Notre modèle régional décentralisé rend difficile le transfert des connaissances et le développement des compétences, puisque plusieurs centaines d'intervenants sont susceptibles de

travailler auprès de personnes suicidaires. Dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'action régional en prévention du suicide, plus de 300 intervenants ont bénéficié de la formation de base sur le suivi thérapeutique auprès des personnes suicidaires et leurs proches et le suivi auprès des personnes endeuillées par suicide. D'autres formations adaptées aux besoins des intervenants de première ligne ont été offertes, dont l'intervention de crise téléphonique, les clientèles récurrentes, les personnes âgées ou en perte d'autonomie, la thérapie de groupe auprès d'enfants endeuillés par suicide, l'intervention auprès des clientèles masculines et l'intervention de crise suicidaire. Près de 200 omnipraticiens ont également bénéficié de la formation médicale développée et donnée par deux médecins de la région.

Afin de contribuer au développement, au maintien et à la consolidation de l'expertise régionale en prévention du suicide, un modèle régional ciblant 3 à 4 « experts-clinique » par site CLSC a été mis en place en 2001. L'expérience actuelle ne semble pas très concluante, entre autres compte tenu de la grande mobilité qui a affecté ces équipes locales d'expertise et du fait que plusieurs de ces professionnels nommés « experts » ne se considèrent pas comme tels et souhaitent être davantage outillés, soutenus et libérés afin de jouer ce rôle auprès de leurs collègues. Le leadership régional qui fut assumé pendant quelques années s'est estompé, entre autres avec les fusions d'établissements. La journée régionale de ressourcement, particulièrement appréciée des « experts » semble insuffisante pour stimuler le développement et le transfert de l'expertise auprès de tous les intervenants concernés. Malgré tout, il





semble que certains intervenants de notre région ignorent à qui s'adresser lorsqu'ils ont besoin de soutien professionnel (validation, support clinique, etc.) et plusieurs réfèrent alors au Centre de prévention du suicide de Québec, bien que cet organisme ne dessert pas notre région.

Pour toutes ces raisons, *il s'avère primordial de se préoccuper de la formation de base, de la formation continue, du soutien et de la supervision clinique pour préserver la santé mentale et assurer l'efficacité de*

tous ces intervenants, appelés à travailler sur diverses problématiques souvent très exigeantes.

Consolider et maintenir un certain niveau d'expertise régionale dans le contexte de notre modèle régional, constitue tout un défi! Sans doute plus grand que dans les régions comptant sur l'expertise de pointe d'un certain nombre d'intervenants spécialisés dans l'intervention de crise suicidaire, qui ont l'avantage de travailler constamment dans un tel contexte et de développer une assurance plus rapidement.

FORCES ET LACUNES DE L'EXPERTISE RÉGIONALE EN LIEN AVEC LA PROBLÉMATIQUE DU SUICIDE

FORCES

- Plusieurs formations ont été offertes dans la région pour répondre aux différents besoins exprimés par les intervenants de première ligne, dont une formation médicale qui a rejoint plus de 200 omnipraticiens
- Chaque site-CLSC a identifié des « experts-clinique » mobilisés par la problématique du suicide et intéressés à consolider leur expertise
- Des formateurs-régionaux ont été identifiés récemment pour faciliter la formation de base des intervenants Urgence-Détresse et d'autres sont accrédités pour offrir la formation Intervenir en situation de crise suicidaire

LACUNES

- Notre modèle régional décentralisé implique qu'un très grand nombre d'intervenants différents sont confrontés à la problématique du suicide (intervention, suivi de crise, suivi thérapeutique, postvention, endeuillés, etc.) sans nécessairement détenir une expertise spécifique ou suffisante
- Plusieurs intervenants dénoncent l'insuffisance de supervision clinique dans le cadre de leur pratique
- Le modèle d'expertise régionale expérimenté jusqu'à présent n'a pas donné les fruits escomptés: la majorité des équipes d'expertise locale ont eu besoin d'un leadership régional et plusieurs des professionnels nommés « experts-clinique » ne se sentent pas suffisamment outillés pour jouer pleinement leur rôle





4.6 La surveillance, la recherche et l'évaluation

Afin de mieux connaître la problématique du suicide, il importe d'en assurer une surveillance et de mener certaines recherches et évaluations lorsque c'est approprié. Au cours des dernières années, la Direction de santé publique et de l'évaluation compte plusieurs réalisations en lien avec le suicide : l'évaluation de l'implantation de la

formation de sentinelles en prévention du suicide (St-Hilaire, 2002), l'évaluation du projet pilote CLEF en main pour prévenir le suicide chez les jeunes en difficultés (Rousseau, 2003), le Profil statistique du suicide en Chaudière-Appalaches (Roy, 2005), l'étude de cas de suicide en Chaudière-Appalaches-Éléments permettant l'identification de stratégies d'intervention (Lafleur, 2005) et la mise à jour du Profil statistique du suicide (Roy, 2007).

FORCES ET LACUNES DE LA SURVEILLANCE, LA RECHERCHE ET L'ÉVALUATION EN LIEN AVEC LA PROBLÉMATIQUE DU SUICIDE

FORCES

- Les différentes réalisations de l'équipe surveillance, recherche et évaluation de la Direction de la santé publique et de l'évaluation qui ont permis l'amélioration de nos connaissances
- L'intérêt du réseau à mieux connaître et comprendre la situation régionale

LACUNES

- Manque de données sur les tentatives de suicide
- Manque de données sur les trajectoires qu'empruntent les personnes suicidaires et l'utilisation des services
- Manque de connaissances sur les caractéristiques de certains groupes à risque (personnes ayant déjà fait une tentative) ou en émergence (personnes âgées)
- Manque de connaissances objectives de la qualité des services offerts, de l'efficacité des interventions réalisées, de la satisfaction de la clientèle et de la continuité entre les services

Conclusion

Pour conclure ce portrait des services offerts dans la région de la Chaudière-Appalaches, il semble que plusieurs services existent en lien avec la problématique du suicide et ce, tant en promotion et en prévention, qu'en intervention, et en postvention. Toutefois, l'analyse critique effectuée pour les fins de ce rapport permet de dégager certains constats généraux. **Bien que de nombreux services existent,**

plusieurs sont méconnus et pourraient s'avérer sous-utilisés. De plus, la région gagnerait à améliorer la concertation régionale afin d'unir les efforts des différents partenaires impliqués.

Le chapitre suivant présente les recommandations du directeur de santé publique pour parvenir à une réduction des suicides en Chaudière-Appalaches ■



SUGGESTIONS

5

RECOMMENDATIONS



RECOMMENDATIONS



5 RECOMMANDATIONS

On se trompe lorsqu'on évacue la question du suicide en essayant de faire croire qu'il s'agit d'un choix pour l'être humain. On se trompe. On ne choisit pas toujours le suicide, on est plus souvent obligé d'en arriver là. Le suicide est un échec. Pas seulement l'échec du suicidé, mais l'échec d'une société, l'échec d'une famille, l'échec d'une histoire d'amour.

— — — Marc Chabot

A la lumière des informations présentées dans les chapitres précédents, il est possible de dégager certains écarts entre ce qui devrait être réalisé (interventions reconnues efficaces, orientations ministérielles) et le portrait régional des services. Le présent chapitre identifie les recommandations du directeur de santé publique afin d'améliorer la situation régionale en lien avec la problématique du suicide, et ainsi parvenir à une réduction du suicide dans la région.

Considérant:

- Le profil statistique du suicide, qui démontre que cette problématique est très préoccupante dans la région de la Chaudière-Appalaches;
- La complexité de la problématique du suicide, qui nécessite d'agir à la fois en promotion, en prévention, en intervention et en postvention, et par une intervention globale, intense et durable, fondée sur l'engagement soutenu d'un grand nombre d'acteurs;

- L'existence d'interventions reconnues efficaces et d'orientations ministérielles en lien avec la problématique du suicide;
- Le modèle décentralisé qu'a choisi la région afin d'offrir des services universels (multi-problématiques plutôt que spécialisés), à proximité des milieux de vie;
- Les forces et les lacunes des services déployés dans la région, tel que présenté au chapitre 4.





LE DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE ÉMET LES RECOMMANDATIONS SUIVANTES :

En matière d'organisation régionale des services :

1 Consolider le modèle régional mis en place afin d'en optimiser l'efficacité.

- Assurer une réponse téléphonique 24/7 à la centrale Urgence-Détresse (Info-Social) par des intervenants sociaux expérimentés en intervention de crise téléphonique ;
- Confirmer et faire connaître le rôle majeur des CSSS, tant en prévention, en intervention (incluant les services de crise), qu'en postvention ;
- Augmenter la notoriété des CSSS, c'est-à-dire la connaissance des services par les partenaires et la population et ce, tant pour les services de prévention, d'intervention, de postvention que pour les services de crise Urgence-Détresse.

2 Améliorer la concertation régionale entre l'ensemble des partenaires concernés.

- Créer une instance régionale de concertation intersectorielle réunissant les principaux partenaires du réseau de la santé et des autres secteurs, sous la coordination de l'Agence ;
- Améliorer la concertation locale dans chaque Réseau local de services (RLS), entre le CSSS et ses partenaires, ainsi qu'en lien avec la concertation régionale ;
- Consolider le Projet RÉMI partout dans la région et en assurer un suivi constant afin d'améliorer la continuité des services.

En matière de promotion et de prévention :

3 Consolider les activités de promotion et de prévention qui agissent sur les facteurs de risque et de protection, en amont de la problématique du suicide (Services intégrés en périnatalité et petite enfance, École en santé, etc.).

4 Mettre en œuvre l'ensemble des mesures préventives préconisées dans le Programme national de santé publique (PNSP) ainsi que les autres interventions reconnues efficaces.

- Par exemple, implanter des réseaux de sentinelles.

5 Accentuer les actions de promotion de la santé mentale et de prévention du suicide par la mise en œuvre d'une approche intégrée de prévention du suicide et des problèmes d'adaptation psychosociale.

- Élargir la prévention du suicide vers une approche intégrée afin d'agir en amont sur les facteurs de risques et de protection communs ;
- Accentuer les activités régionales et locales de promotion de la santé et de prévention des problèmes d'adaptation psychosociale, principalement auprès des groupes à risque.





En matière d'intervention auprès des personnes suicidaires et leurs proches :

6 Mettre en œuvre des campagnes régionales et locales de promotion des services de crise Urgence-Détresse (Info-Social).

7 Améliorer l'intervention auprès des personnes suicidaires, les personnes à potentiel suicidaire élevé, ainsi que leurs proches.

- Encourager l'évaluation du potentiel suicidaire pour toute clientèle présentant des facteurs de risque et s'assurer que les différents programmes concernés sont en mesure d'évaluer le potentiel suicidaire de leur clientèle (Jeunes en difficulté, PPALV, etc.);
- S'assurer que toute personne suicidaire et proche d'une personne suicidaire reçoive des services adéquats et ce, dans l'immédiat lorsque l'urgence est élevée (par exemple : chaque homme qui demande de l'aide devrait bénéficier d'une réponse immédiate avec évaluation de l'urgence suicidaire);
- Améliorer les services de crise Urgence-Détresse en tant que maillon central de l'intervention de crise.

8 Améliorer l'arrimage et la continuité des services offerts aux personnes suicidaires, aux personnes à potentiel suicidaire élevé, et leurs proches.

- Poursuivre le déploiement du Projet RÉMI partout dans la région et en assurer un suivi constant afin d'améliorer la continuité des services;
- Privilégier la relance systématique et l'offre de services auprès des personnes suicidaires plutôt que la responsabilisation de la clientèle à demander de l'aide;

- Mettre en œuvre l'ensemble des mesures préconisées dans le Plan d'action en santé mentale à l'égard des personnes à potentiel suicidaire élevé, dont particulièrement le suivi étroit;
- Améliorer les liens entre les différents secteurs (santé mentale, toxicomanie, hommes en difficulté) afin de mieux répondre aux besoins des personnes présentant des troubles concomitants ou plusieurs facteurs de risque;
- Développer davantage de services aux proches et les impliquer dans le traitement des personnes suicidaires.

En matière de postvention et de services aux endeuillés :

9 Cibler, dans chaque CSSS, une équipe d'intervenants psychosociaux pour la postvention, afin de faciliter l'acquisition et le maintien de l'expertise nécessaire.

10 Poursuivre le déploiement du programme de postvention en milieu scolaire secondaire et collégial, par le transfert des connaissances de l'équipe de formateurs régionale en postvention aux intervenants des milieux scolaires, ainsi qu'aux autres intervenants des CSSS appelés à intervenir lors de postvention.

11 Assurer la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services aux personnes endeuillées partout dans la région (individuel, familial et de groupe, lorsque possible¹⁴).

¹⁴ Les groupes pour endeuillés sont plus difficiles à implanter dans les plus petits milieux, compte tenu de la faible densité de population.





En matière d'expertise régionale:

- 12** Développer, dans chaque CSSS, des moyens pour mettre en place des procédures formelles et explicites de soutien clinique et de supervision clinique, afin d'encadrer les professionnels dans leurs interventions auprès de personnes suicidaires et suite au suicide d'un client.
- 13** Développer des moyens pour consolider l'expertise clinique dans le cadre de notre modèle régional décentralisé impliquant un grand nombre d'intervenants différents.
- 14** Améliorer la formation de base des intervenants de première ligne, et particulièrement ceux de l'accueil et de Urgence-Détresse, et offrir de la formation continue au besoin.
- 15** Développer des moyens pour poursuivre la formation des omnipraticiens afin d'améliorer le dépistage, le suivi et la référence de leurs personnes suicidaires, des personnes à potentiel suicidaire élevé, personnes dépressives.

En matière de surveillance, de recherche et d'évaluation :

- 16** Définir un processus d'évaluation du Projet RÉMI.
- 17** Définir un processus d'évaluation et d'amélioration des services en lien avec la problématique du suicide afin d'identifier les forces et les faiblesses et d'apporter les correctifs nécessaires.

Autres recommandations :

- 18** Susciter la collaboration des médias locaux et régionaux pour assurer une couverture médiatique adéquate du sujet du suicide.
- 19** Favoriser l'approche différenciée selon les sexes (ADS) afin de tenir compte des particularités des hommes et des femmes dans la problématique du suicide.



CONCLUSION

«Une vie humaine est une vie où on a à penser à demain, à regarder les autres, à transformer les choses. Alors, je crois que le message d'espoir est un message de lucidité: chacun est quelqu'un dont les autres ont besoin pour faire avancer les choses et il n'y a personne de trop sur cette terre.»

— — — Albert Jacquard

Le rapport du directeur de santé publique sur une problématique préoccupante pour la région de la Chaudière-Appalaches se veut une première expérience dans la région. L'objectif de cet exercice était de faire le point sur cette problématique majeure en Chaudière-Appalaches, de présenter les facteurs associés au suicide et les groupes les plus à risque, de dresser le portrait des services offerts dans la région, d'en faire l'analyse critique et, enfin, d'émettre des recommandations afin de parvenir à une réduction des suicides dans la région.

Nous espérons vivement avoir identifié des recommandations pertinentes, réalistes et mobilisantes, afin d'amorcer un virage régional pour améliorer à la fois l'organisation régionale des services, la prévention, l'intervention, la postvention, l'expertise régionale, ainsi que la surveillance, la recherche et l'évaluation en lien avec cette problématique.

Comme le précise le ministère de la Santé et des Services sociaux, la problématique du suicide nécessite «une intervention globale, intense et durable, fondée sur l'engagement

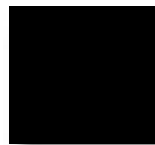
soutenu d'un grand nombre d'acteurs». La Direction de santé publique et de l'évaluation ne peut, à elle seule, parvenir à une réduction durable de la mortalité par suicide en Chaudière-Appalaches. Plusieurs autres acteurs sont interpellés pour contribuer à la mise en œuvre de ces recommandations et ainsi participer à cet effort collectif régional visant à renverser la situation.

Avec la publication de ce rapport sur la problématique du suicide en Chaudière-Appalaches, le directeur de santé publique invite les partenaires à unir leurs forces afin de contrer ce problème majeur dans notre région. À cette fin, les principaux acteurs régionaux, tant du réseau de la santé et des services sociaux que de l'intersectoriel, seront convoqués pour une première journée de partage et de réflexion sur les suites à donner à ce rapport. Nous espérons qu'à l'issue de cette rencontre, la table de concertation intersectorielle recommandée dans les pages précédentes pourra voir le jour et travailler à l'élaboration d'un plan d'action intersectoriel ■





SUICIDE



BIBLIOGRAPHIE



BIBLIOGRAPHIE



BIBLIOGRAPHIE

ASSOCIATION INTERNATIONALE POUR LA PRÉVENTION DU SUICIDE en collaboration avec l'**ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ**. Journée mondiale de prévention du suicide: La connaissance apporte de nouveaux espoirs. 2006, 4 p.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE PRÉVENTION DU SUICIDE. Programme accrédité de formation: Intervenir en situation de crise suicidaire, Association québécoise de prévention du suicide, 2003.

BATT, A. « Les programmes nationaux de prévention du suicide en Europe » Actualité et dossier en santé publique, no 45, décembre 2003, 44-49 p.

BLANCHET ET COLLABORATEURS. « La promotion de la santé mentale ». Santé-Société, cahier 5, Ministère de la santé et des services sociaux, Québec, 1990, 57 pages.

BOIVIN, F. Projet clinique Jeunes en difficultés : grille de travail, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux Chaudière-Appalaches, Sainte-Marie, 2005, 25 p.

BOIVIN, F. Projet clinique Santé mentale : grille de travail, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux Chaudière-Appalaches, Sainte-Marie, 2005, 29 p.

BONDOLFI G. Quand le jeu devient pathologie, [En ligne], Genève, 1998, www.graap.ch/dossier/jeuPathologie.html, page consultée le 12 juillet 2006.

BRISSON, P. et L. MASSICOTTE. Le phénomène-drogue et les jeunes, document d'information. Ministère de l'éducation, Gouvernement du Québec, 1987, 75 p.

BROFENBRENNER, U. The ecology of human development. Cambridge, Harvard University Press. 1979.

CAVANAGH, J.T. et autres. « Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review » Psychological Medicine. [En ligne], 33(3), 2003. http://www.cri-seapplication.uqam.ca/theme3.asp?partie=partie2_1, page consultée le 14 juillet 2006.

CHABOT, M. En finir avec soi : les voix du suicide. Montréal: VLB, 1997, 161 p.

CONSEIL CANADIEN DE LA SÉCURITÉ. Le visage hideux du jeu, Conseil canadien de la sécurité, vol. XLIX, no 1, janvier 2005, 4 p.

CENTRE DE COORDINATION NATIONALE DES URGENCES. Guide de gestion de l'unité d'urgence. Clientèles particulières: Santé mentale. Version pour consultation, juin 2004, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, 34 p.

CENTER OF DISEASE CONTROL. Summary of National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action, [En ligne], États-Unis, 2001, <http://mental-health.samhsa.gov/> site consulté le 21 mars 2006.

COLLINGS, S. & A. BEAUTRAIS. Suicide Prevention in New Zealand: A contemporary perspective. Wellington, Ministry of Health, 2005, 84 p.

COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE. Le suicide et la toxicomanie : Avis du Comité Permanent de Lutte à la Toxicomanie, Québec, 1998, 19 p.

COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE. Le point sur la situation de la toxicomanie au Québec en l'an 2000. Québec, 2000, 21 p.

COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE. Suicide et toxicomanie: deux phénomènes interreliés. Québec, 1997, 45 p.

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE BEAUCE. Urgence-détresse: description du service. Document interne, 2005.

DEPARTMENT OF HEALTH AND CHILDREN. Reach Out: National Strategy for Action on Suicide Prevention 2005-2014, Ireland, Health Service Executive, 2005, 83 p.

DULAC, G. Les demandes d'aide des hommes, Montréal, Centre d'études appliquées sur la famille, École de service social, Université McGill, 1997, 38 p.

DULAC, G. et J., Groulx. Intervenir auprès des clientèles masculines. Théories et pratiques québécoises. Montréal, Centre d'études appliquées sur la famille, École de service social, Université McGill, 1999, 81 p.

HAMEL, V. L'intervention de crise auprès des intervenants oeuvrant dans le domaine des crises et traumatismes. Document non publié, Département de psychologie, Université de Montréal, 2003, 24 p.



HENRY, M., M. SÉGUIN et M.-S. DROUIN. « Les réactions des professionnels en santé mentale au décès par suicide d'un patient. » *Revue québécoise de psychologie*, 25 (3), 2004, p.241-257.

JOBIN, L. Plan d'action global pour prévenir le suicide dans la région Chaudière-Appalaches. Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation. Sainte-Marie, 1997, 14 p.

JOBIN, L. Un langage commun... pour bien suivre les investissements en promotion de la santé et du bien-être et en prévention. Service des orientations stratégiques de santé publique, Québec, 2000, 24 p.

KRUG, R.-. et autres. Rapport sur la violence et la santé, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002, 376 p.

LAFLEUR, I. Étude de cas de suicide dans Chaudière-Appalaches: Éléments permettant l'identification de stratégies d'interventions, Sainte-Marie, Agence de développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, Direction de santé publique et de l'évaluation (SRE), 2005, 73 p.

LEFEBVRE, C. Un portrait de la santé des hommes québécois de 30 à 64 ans. Institut national de santé publique, Québec, 2004, 19 pages.

LEWIS, L. Le suicide: un saut dans le néant. Éditions Nouvelles, 2001,

L.R.Q. chapitre S-4.2. Loi sur les services de santé et les services sociaux. Québec, [En ligne], <http://www.gouv.qc.ca/sp.htn> page consultée le 4 juillet 2006.

L.R.Q. chapitre S-2.2. Loi sur la santé publique, Québec, [En ligne], <http://www.gouv.qc.ca/sp.htn> page consultée le 4 juillet 2006.

MAXCY, ROSENAU, LAST. Public health and Preventive Medicine, 14th ed., Robert B. Wallace, 1998, 1291 P.

MARTIN, C. et L. ARCAND. École en santé. Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires. Gouvernement du Québec. Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 2005. p.11.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Programme national de santé publique 2003-2012, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 133 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. La santé des hommes au Québec, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, 179 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Les hommes: s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, 42 p. et annexes.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Plan d'action en santé mentale 2005-2010. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, 96 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Révision du rôle et de l'organisation du service de réponse téléphonique INFO-SANTÉ, rapport final, 4 avril 2005. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie: orientations, axes d'intervention, actions. Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, , 2001, 57 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Stratégie québécoise d'actions face au suicide : S'entraider pour la vie, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 94 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Évaluation de l'implantation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, 114 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Guide-mémoire de l'analyse différenciée selon les sexes, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, 15 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. L'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide : Cadre de référence, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, 70 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. L'invalidité pour cause de troubles mentaux chez le personnel du réseau de la santé et des services sociaux: Rapport et recommandations du groupe de travail, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, 48 p.

MISHARA, B. L. Succès, échecs et défis en prévention du suicide. *Revue québécoise de psychologie*, 2003, 24 (1), 125-134.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. The world health report 2001, Mental health: new understanding, new hope, Geneva, 2001, 196 p.



PAYETTE, T. et M. TOUSIGNANT. Polytoxicomanies et suicide chez les hommes, Association québécoise de prévention du suicide, Vis-à-vis, volume 8, no, 1998, 5 p.

RACINE, P., L. CARDINAL et C. GAGNON. Expérimentation d'un service de suivi communautaire intensif auprès des personnes ayant fait une tentative de suicide et se présentant dans une salle d'urgence. Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Capitale nationale, Québec, 2003, 77 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE CHAUDIÈRE-APPALACHES. Les services de crise dans la région Chaudière-Appalaches. Rapport du comité de travail sur les services de crise. Sainte-Marie, 2000, 22 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC. Cibles d'action en promotion de la santé et en prévention pour la période 2000-2003. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Québec. 2000, 26 p.

RÉGION DE LA CHAUDIÈRE-APPALACHES. Le Projet RÉMI expliqué : Complément au protocole d'entente en prévention du suicide liant les partenaires concernés. 2006, 15 pages.

ROUSSEAU, J. Évaluation du projet pilote Clef en main, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2003.

ROY, L. Profil statistique du suicide en Chaudière-Appalaches, Agence de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, Sainte-Marie, 2005, 39 p.

ROY, L. Mise à jour du profil statistique du suicide en Chaudière-Appalaches, Agence de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, Sainte-Marie, 2007.

SANTÉ CANADA. Le suicide au Canada: Mise à jour du Rapport du Groupe d'étude sur le suicide au Canada. Ottawa, Division de la santé mentale, 1994, 83 p.

SÉGUIN, M., A. LESAGE, G. TURECKI, F. DAIGLE, et A. GUY. Projet de recherche sur les décès par suicide au Nouveau-Brunswick, entre avril 2002 et mai 2003. Gouvernement du Nouveau-Brunswick, 2005, 32 p.

SÉGUIN, M. et J. PHANEUF. Suicide, prévention et intervention, guide à l'usage des intervenants. Dossier technique. C.E.Q.J., 1987, 26 p.

SÉGUIN, M., F. ROY, M. BOUCHARD, R. GALLAGHER, S. RAYMOND, C. GRAVEL & R. BOYER. Programme de postvention en milieu scolaire : Stratégies d'intervention à la suite d'un suicide. Montréal : Éditions AQPS. 2004, 81 p.

ST-HILAIRE, É. Évaluation de l'implantation du programme de formation de sentinelles. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, Sainte-Marie, 2002, 125 p.

ST-LAURENT, D., et S. TENNINA. Résultats de l'enquête portant sur les personnes décédées par suicide au Québec entre le 1er septembre et le 31 décembre 1996, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, 59 p.

TOUSIGNANT M. « Maladie mentale, suicide et prévention. Faut-il changer son fusil d'épaule ? » Équilibre en tête, [En ligne], Vol. 13, no 4, <http://www.acsmmontreal.qc.ca/publications/equilibre/suicide.html> page consultée le 4 juillet 2005.

TREMBLAY, G. Portrait des besoins des hommes québécois en matière de santé et de service sociaux, Québec, 2003, 68 pages.

VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC. Rapport à l'Assemblée Nationale pour l'année 2002-2003, tome II, chapitre 2, Québec, Vérificateur général du Québec, 2003, p. 14-46.

WHITE, J. et N. JODOIN. Before the facts interventions: A manuel of best practice in youth suicide prevention. Victoria (British Columbia), Ministry for Children and Families, 1998, 276 p ■





SUICIDE

ANNEXES

FACTEURS ASSOCIÉS AU SUICIDE
SELON LE GROUPE D'ÂGE



FACTEURS



FACTEURS ASSOCIÉS AU SUICIDE CHEZ LES ENFANTS

	FACTEURS PRÉDISPOSANTS	FACTEURS CONTRIBUANTS	FACTEURS PRÉCIPITANTS	FACTEURS DE PROTECTION
INDIVIDU	Dépression, problèmes psychiatriques Facteurs génétiques ou biologiques Conception de la mort plus ou moins mature Lacunes dans la capacité de résolution de problèmes	Impulsivité, hypersensibilité Abus sexuel ou physique	Échec personnel Humiliation Traumatisme individuel	Tempérament facile Habilités de résolution de problèmes Capacité à exprimer son vécu et ses émotions
FAMILLE ET PAIRS	Antécédents suicidaires familiaux Relation de violence, d'abus Isolement social et aliénation Absence de liens significatifs	Conflits persistants Instabilité des relations	Décès, surtout par suicide Séparation, divorce	Climat chaleureux Rôles et limites clairs Sentiments d'appartenance Entraide
COMMUNAUTÉ	Acceptation, banalisation du suicide	Traitement sensationnaliste dans les médias Accessibilité aux moyens Ressources peu accessibles Pauvreté économique Hésitation, incertitude des proches à aider	Décès d'une célébrité par suicide	Espoir en l'avenir Disponibilité des ressources

Adapté de White, J., Jodoin, N. Before the fact intervention : a manuel of best practice in youth suicide information and resource. Center of British Colombia. 1998 par Association québécoise de prévention du suicide (2003). Programme de formation accréditée : intervenir en situation de crise suicidaire



FACTEURS ASSOCIÉS AU SUICIDE **CHEZ LES ADOLESCENTS**

	FACTEURS PRÉDISPOSANTS	FACTEURS CONTRIBUANTS	FACTEURS PRÉCIPITANTS	FACTEURS DE PROTECTION
INDIVIDU	Tentatives de suicide antérieures Deuil prolongé ou non résolu Facteurs génétiques ou biologiques Dépression, problèmes psychiatriques	Style cognitif rigide Faible capacité d'adaptation Abus de substances Difficultés d'orientation sexuelle Impulsivité Hypersensibilité	Échec personnel Humiliation Traumatisme individuel Crise développementale Rupture amoureuse	Tempérament facile Habiletés de résolution de problèmes Autonomie Expérience dans la maîtrise de soi Optimisme Sens de l'humour Spiritualité
FAMILLE	Antécédents suicidaires familiaux Relation de violence, d'abus dans la famille Problèmes psychiatriques dans la famille Séparation/deuil durant l'enfance	Abus de substances dans la famille Conflits familiaux persistants Instabilité familiale	Perte d'un membre significatif de la famille Décès, spécialement par suicide	Relations familiales chaleureuses favorisant l'appartenance Modèles d'adultes équilibrés Attentes élevées et réalistes
PAIRS	Isolement social et aliénation	Attitudes négatives des jeunes face à la recherche d'aide Imitation de comportements inadaptés des pairs	Moqueries, cruauté Perte d'amis, de réseau, rejet Décès, surtout par le suicide	Habiletés sociales Modèles de pairs sains Acceptation et soutien



FACTEURS ASSOCIÉS AU SUICIDE CHEZ LES ADOLESCENTS (SUITE)

	FACTEURS PRÉDISPOSANTS	FACTEURS CONTRIBUANTS	FACTEURS PRÉCIPITANTS	FACTEURS DE PROTECTION
ÉCOLE	Longue histoire d'expérience scolaire négative	Coupure durant les étapes de transition à l'école Hésitation, incertitude dans l'aide du personnel scolaire	Échec, expulsion Crise disciplinaire	Adultes qui croient en eux Implication des parents Encouragement à participer
COMMUNAUTÉ	Acceptation, banalisation du suicide Absence d'engagement politique	Traitement sensationnaliste dans les médias Accessibilité aux moyens Hésitation, incertitude des proches à aider Ressources peu accessibles Pauvreté économique	Décès d'une célébrité par suicide Conflit avec la loi, incarcération	Possibilité de participation Espoir en l'avenir Solidarité communautaire Disponibilité des ressources

Adapté de White, J., Jodoin, N. Before the fact intervention : a manuel of best practice in youth suicide information and resource. Center of British Columbia. 1998 par Association québécoise de prévention du suicide (2003). Programme de formation accréditée : intervenir en situation de crise suicidaire





FACTEURS ASSOCIÉS AU SUICIDE CHEZ LES ADULTES

	FACTEURS PRÉDISPOSANTS	FACTEURS CONTRIBUANTS	FACTEURS PRÉCIPITANTS	FACTEURS DE PROTECTION
INDIVIDU	Tentatives de suicide antérieures Deuil prolongé ou non résolu Dépression, problèmes psychiatriques Facteurs génétiques ou biologiques	Abus de substances Difficultés d'orientation sexuelle Impulsivité, hypersensibilité, anxiété, sentiment de perte de contrôle, faible estime de soi Abus sexuel ou physique	Échec personnel Humiliation Traumatisme individuel Crise développementale Présence d'une maladie grave (sida, cancer...)	Tempérament facile Habilités de résolution de problèmes Autonomie Maîtrise de soi Respect de ses limites Sens de l'humour Capacité à exprimer son vécu et ses émotions Spiritualité
FAMILLE ET PAIRS	Antécédents suicidaires familiaux Relation de violence, d'abus Isolement social et aliénation Absence de liens significatifs	Conflits persistants Instabilité des relations	Fin d'une relation significative Décès, surtout par suicide Problèmes interpersonnels importants	Climat chaleureux Rôles et limites claires Sentiment d'appartenance Entraide
TRAVAIL	Longue expérience négative avec le milieu de travail Perspective d'emploi limitée	Conflits persistants Mauvaises conditions de travail Surinvestissement dans le travail Instabilité	Perte d'emploi Pression dans le milieu de travail	Bonne relation de travail Bonnes conditions de travail Actualisation dans le travail Reconnaissance
COMMUNAUTÉ	Acceptation, banalisation du suicide Marginalisation Absence d'engagement politique	Traitement sensationnaliste dans les médias Accessibilité aux moyens Hésitation, incertitude des proches à aider Ressources peu accessibles Pauvreté économique Taux de chômage élevé	Décès d'une célébrité par suicide Conflit avec la loi, incarcération	Possibilité de participation Espoir d'avenir Solidarité communautaire Disponibilité des ressources

Adapté de White, J., Jodoin, N. Before the fact intervention : a manual of best practice in youth suicide information and resource. Center of British Columbia, 1998 par Association québécoise de prévention du suicide (2003). Programme de formation accrédité : intervenir en situation de crise suicidaire



FACTEURS ASSOCIÉS AU SUICIDE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

	FACTEURS PRÉDISPOSANTS	FACTEURS CONTRIBUANTS	FACTEURS PRÉCIPITANTS	FACTEURS DE PROTECTION
INDIVIDU	Dépression, problèmes psychiatriques associés à une comorbidité physique Maladie chronique Perte d'autonomie Deuil prolongé et non résolu	Consommation abusive de médicaments et d'alcool	Humiliation Traumatisme individuel Placement en famille d'accueil Pertes	Tempérament facile Habiletés de résolution de problèmes Capacité à exprimer son vécu et ses émotions Vision positive de la retraite Spiritualité
FAMILLE ET PAIRS	Relation de violence, d'abus Isolement social et aliénation Absence de liens significatifs	Conflits persistants Instabilité des relations	Veuvage, surtout chez les hommes	Climat chaleureux Entraide, support dans la famille
COMMUNAUTÉ	Acceptation, banalisation du suicide chez les personnes âgées	Télédiffusion des comportements suicidaires chez les personnes âgées Accessibilité aux moyens Ressources peu accessibles Pauvreté économique Hésitation, incertitude des proches à aider	Décès d'une célébrité par suicide, surtout une personne âgée	Rôle actif dans la communauté Vision positive du vieillissement dans l'entourage Disponibilité des ressources

Adapté de White, J., Jodoin, N. Before the fact intervention : a manual of best practice in youth suicide information and resource. Center of British Columbia. 1998 par Association québécoise de prévention du suicide (2003). Programme de formation accréditée : intervenir en situation de crise suicidaire

