

## REGARD SUR LE SUICIDE AU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN : MIEUX COMPRENDRE, MIEUX PRÉVENIR

JANVIER 2017

*La biographie des suicidés est lourde d'une accumulation de tristes expériences.*

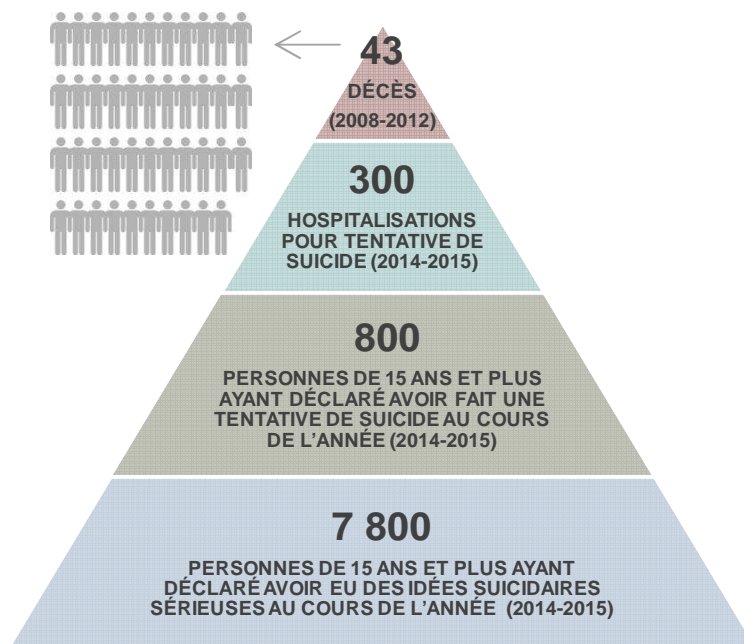
Tousignant, 1994

### INTRODUCTION

Chaque jour, trois Québécois s'enlèvent la vie. Bien que le taux de mortalité par suicide soit en baisse depuis une quinzaine d'années, le suicide demeure un problème majeur de santé publique au Québec. Au Saguenay-Lac-Saint-Jean, chaque année, on estime qu'au moins 800 personnes font une tentative de suicide. De ce nombre, environ 300 sont hospitalisées. Somme toute, dans notre région, on enregistre annuellement en moyenne un peu plus de 40 décès par suicide.


Le présent document s'inscrit en continuité et en complémentarité avec les démarches entreprises depuis quelques années en prévention du suicide au Saguenay-Lac-Saint-Jean. Afin de mieux cibler les actions de santé publique et de mieux soutenir l'intervention auprès des personnes à risque, il présente les plus récentes données disponibles pour la région à ce sujet.

DANS LA RÉGION :



Besoin d'aide pour vous ou un proche?

 1 866 277 3553

 (1 866 APPELLE, accessible aux personnes malentendantes possédant un système ATS.)



CENTRE DE PRÉVENTION  
**Suicide**



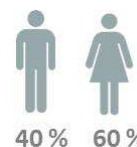
## IDÉES ET COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

Environ 3,4 % de la population de 15 ans et plus de la région déclare avoir sérieusement songé à se suicider uniquement au cours de l'année 2014-2015 et 11 % déclare y avoir songé à un moment ou l'autre de sa vie.



Plus d'une personne sur dix dans la région affirme avoir déjà sérieusement songé à se suicider au cours de sa vie.

Au cours de cette même année, au moins 800 personnes déclarent avoir tenté de se suicider. Somme toute, un peu plus de 4 % de la population régionale disent avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie, ce qui représente environ 9 700 personnes de 15 ans et plus.



Au cours de l'année 2015-2016, 176 hospitalisations pour tentative de suicide ont été enregistrées au Saguenay-Lac-Saint-Jean. Pour 60 % de ces enregistrements, la personne hospitalisée était une femme. Ces données ne représentent cependant que la pointe de l'iceberg, celles-ci ne permettant de mesurer qu'environ 46 % du nombre total d'hospitalisations observées en réalité (Rahme et collègues, 2016).

## MORTALITÉ PAR SUICIDE

Les données les plus récentes indiquent que la tendance à la baisse du taux de mortalité par suicide constatée au cours des dernières années s'estompe (Légaré et autres, 2016 : 1). En effet, après avoir connu une augmentation importante entre les années 1970 et 1990, le taux de mortalité par suicide a considérablement diminué au Québec depuis le début des années 2000, pour ensuite se stabiliser. En 2012, le Québec était parmi les trois provinces canadiennes affichant les plus hauts taux de suicide et se classait au 9<sup>e</sup> rang des 34 pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques à ce chapitre (*Ibidem* : 9).

La région suit la tendance observée à l'échelle québécoise. Après avoir atteint un sommet historique de 80 décès en 1999, le nombre de suicides s'est progressivement mis à décliner, pour atteindre un plancher de 41 décès en 2010 (figure 1). Un tel bilan n'avait pas été observé dans la région depuis 1988. Somme toute, 43 décès ont été enregistrés annuellement en moyenne pour la période 2008-2012.

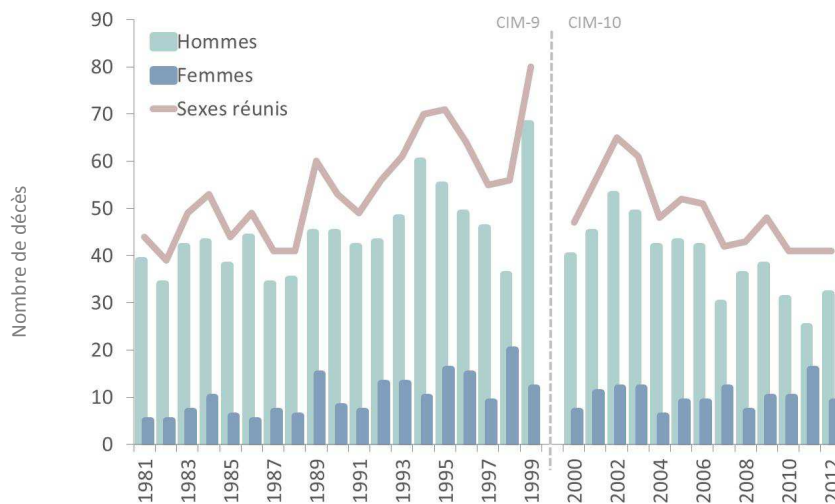
Les taux de suicide, dans la région comme au Québec, ont historiquement été trois à quatre fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes. L'âge est également un facteur déterminant (figure 2). On constate effectivement qu'une majorité de personnes décédées par suicide (44 %) sont âgées de 45 à 64 ans. En somme, les hommes âgés de 25 à 64 ans représentent 58 % de l'ensemble des décès dans la région.

Ratio hommes/femmes (2008-2012)



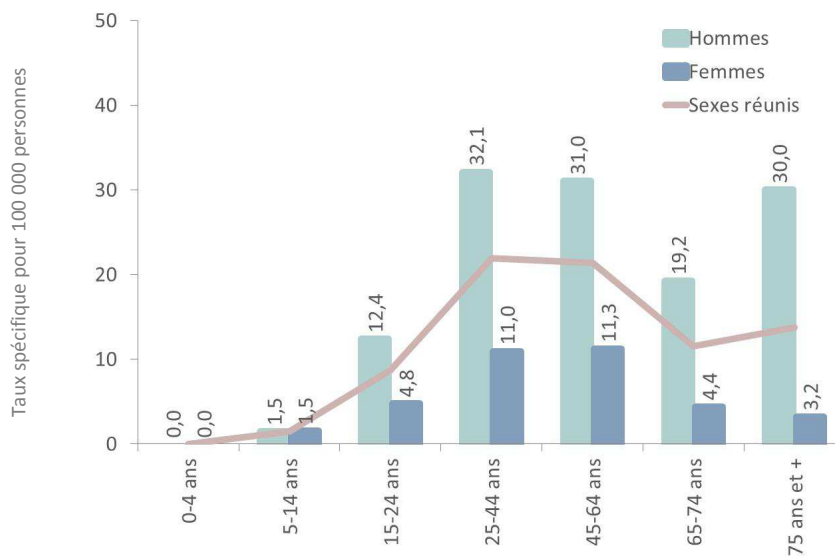


**FIGURE 1**  
Évolution du nombre de décès par suicide, selon le sexe,  
Saguenay–Lac-Saint-Jean, 1981 à 2012



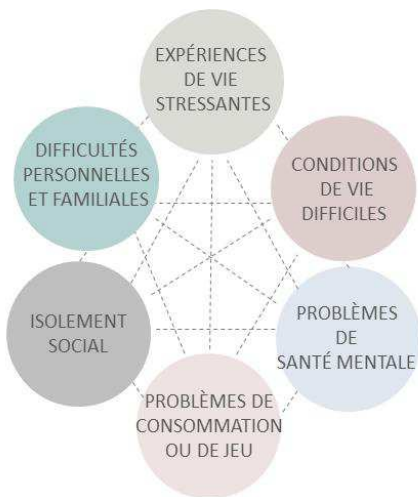
Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016, *Fichier des décès du Québec*.

**FIGURE 2**  
Taux spécifique de décès par suicide, selon l'âge et le sexe,  
Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2008-2012



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016, *Fichier des décès du Québec*.

## LES FACTEURS ASSOCIÉS



Le suicide est avant tout un phénomène social, multidéterminé (Roy, 2012; Mishara, 2003). En effet, « de l’avis des chercheurs et experts, les idées et comportements suicidaires sont généralement liés à une **interaction complexe entre plusieurs facteurs individuels et sociaux** » (Nanhou, Fournier et Audet, 2010 : 1). Une vaste littérature témoigne de l’importance des dimensions sociales associées à la communauté, à la culture et à l’environnement. Les conditions de vie, les croyances, les normes et les attitudes sociales à l’égard du suicide, l’accessibilité des moyens ainsi que la disponibilité des ressources d’aide dans le milieu sont des exemples de facteurs environnementaux déterminants.

L’analyse de 277 rapports de coroners portant sur des cas de suicide survenus dans la région entre 2005 et 2009 démontre bien que **tous les cas sont particuliers** et que, conséquemment, les **profils des personnes décédées** et leur **histoire de vie** sont très **variés**. Somme toute, la plupart des hommes et des femmes décédés par suicide au cours de la période à l’étude (2004-2009) **cumulent, à différents niveaux, plus d’un facteur de risque**.

- > La plupart (7 cas sur 10) ont des **antécédents psychiatriques**, de **dépression** (1 cas sur 2) ou d’**abus/dépendance** (1 cas sur 3);
- > quelques-uns souffrent d’une **maladie chronique** ou d’un **problème de santé physique** (1 cas sur 7);
- > plusieurs ont consulté au moins un **service de santé** dans l’année ou dans les semaines ayant précédé le geste suicidaire (1 cas sur 3) (souvent en santé mentale; 1 cas sur 5);
- > la plupart des victimes ont vécu des **expériences de vie difficiles**, souvent une séparation ou un divorce (1 cas sur 3), ou des problèmes financiers (1 cas sur 4);
- > plusieurs (4 cas sur 10) ont **laissé présager de leurs intentions** par des signes ou des propos, certains (1 cas sur 10) **demandent clairement de l’aide** à un proche avant de poser un geste suicidaire;
- > la majorité (7 cas sur 10) des suicides ont lieu au **domicile de la victime**.



## MIEUX PRÉVENIR

Que peut réellement faire la santé publique face à une problématique aussi complexe que le suicide? Le suicide est effectivement un problème multidéterminé particulier auquel il n'existe pas de solution simple et unique. Inversement, cependant, on peut dire que cette complexité engendre de multiples opportunités d'actions préventives.

On sait, par exemple, que les risques de décéder d'un suicide sont respectivement six et huit fois plus élevés chez les hommes et les femmes atteints de troubles mentaux que dans le reste de la population (Émond et Lesage, 2011). En outre, selon Caron, « le risque suicidaire pour les personnes dépendantes de l'alcool serait de 6 fois supérieur à celui de la population générale » (2002 : 285). Dans cette perspective, « **l'accroissement de la détection et du traitement des troubles mentaux** s'avère fort pertinent » afin de lutter contre le suicide (Lesage et autres, 2012 : 247).

Cela dit, on sait bien que « les troubles mentaux sont d'**origine biopsychosociale**. Ils relèvent, comme beaucoup d'autres problèmes de santé, de causalités à la fois biologiques, comportementales et environnementales agissant en interaction sur les individus, les familles et les communautés » (Fleury et Grenier, 2012 : 17). Et, force est de constater, à ce sujet, que **les jeunes ne sont pas tous égaux en ce qui a trait aux facteurs favorables à leur santé mentale** (Tremblay et Lapierre, 2014). En effet, plusieurs problèmes vécus à l'adolescence sont liés au niveau de scolarité des parents, à leur situation financière de même qu'à la structure familiale ou, plus largement, à l'environnement social. Ainsi, toute intervention visant notamment **l'amélioration de la scolarisation, le développement des compétences sociales et la réduction des inégalités socioéconomiques** est souhaitable si l'on veut améliorer l'état de santé mentale de l'ensemble de la population, et, par le fait même, prévenir le suicide.

Le **programme de sentinelles** constitue également une stratégie accessible et efficace en prévention du suicide. « Les réseaux de sentinelles s'inscrivent dans le modèle du continuum de services en prévention du suicide. Plus précisément, les sentinelles ont un rôle de reconnaissance des personnes suicidaires et d'intervention précoce auprès de celles-ci. On les définit comme des adultes qui, par leur travail, leurs activités bénévoles, la place qu'ils occupent dans leur milieu ou leur communauté, ou leurs qualités d'aidants naturels, sont susceptibles d'être en contact avec des personnes suicidaires. Les sentinelles sont des personnes volontaires, recrutées et sélectionnées en raison de leurs liens étroits avec les groupes à risque suicidaire, au sein des milieux ciblés. Les candidats sélectionnés pour jouer ce rôle reçoivent une formation et du soutien leur permettant non seulement de reconnaître les comportements et les idées suicidaires chez les personnes à risque, mais aussi d'orienter ces dernières vers les services d'aide appropriés. » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012 : 3).

D'autres actions de santé publique déjà déployées peuvent également être mises à contribution pour prévenir le suicide. Les efforts consacrés depuis quelques années afin d'améliorer **la santé des hommes** en sont un bon exemple. Ces actions s'inscrivent dans une « tendance [...] en recherche qui consiste à déconstruire le carcan rigide des normes masculines traditionnelles, de mieux connaître les forces et les capacités des hommes et de capitaliser sur celles-ci pour favoriser l'engagement des



hommes dans leur santé et leur bien-être » (Roy, 2012 : 51). En effet, s'il existe une explication sociale à la surincidence du suicide chez les hommes, « c'est aussi dans la socialisation masculine que se trouvent les leviers à l'intervention et à la prévention du suicide » (Roy, 2012 : 50).

Il a notamment été démontré, finalement, que « la personne en crise est particulièrement vulnérable au suicide, surtout lorsque des moyens létaux permettant de mettre un terme à ses jours lui sont accessibles » (Institut national de santé publique du Québec, 2004 : 50). C'est pourquoi, **limiter l'accès aux moyens utilisés est une mesure de prévention reconnue comme efficace** (Lesage et autres, 2012; Miller et Cohen, 1997). Les stratégies de réduction d'accès aux moyens peuvent prendre différentes formes : réduction de l'accès aux armes à feu, aux ponts et aux lieux dangereux ou encore aux médicaments, par exemple.

## CONCLUSION

La diminution des taux de suicide observés depuis les débuts des années 2000 s'est estompée et il reste encore beaucoup à faire en matière de prévention du suicide dans notre région. Rappelons à cet égard qu'il n'existe pas de solution simple et unique au suicide, mais que cette problématique complexe et délicate nécessite de multiples actions préventives. Soulignons, de plus, qu'une vaste littérature atteste de **l'influence de ces facteurs sociaux** dans la genèse du stress et de la détresse vécus dans nos sociétés contemporaines (Mikkonen et Raphael, 2011). Ainsi, en plus de celles déjà reconnues comme efficaces, **d'autres actions, encore plus en amont, peuvent permettre de prévenir les idéations suicidaires qui résultent de facteurs de stress**. Leur déploiement, cependant, **nécessite la mobilisation de nombreux acteurs** qui, au-delà du réseau de la santé, ont tous un rôle essentiel à jouer.

## RÉFÉRENCES

CARON, J. (2002). « Hypothèses macrosociales sur le suicide des hommes au Québec : l'éclairage de l'Abitibi », *Santé mentale au Québec*, 27, 2 : 281-301.

ÉMOND, V. (2012). Le projet de surveillance des maladies chroniques, Journées annuelles de santé publique, 12 novembre, F://jasp.inspq.qc.ca/Data/Sites/1/SharedFiles/presentations/2012/jasp2012\_27nov\_maladieschroniques\_vemond.pdf (dernière consultation le 20 décembre 2016).

FLEURY, M.-J., et G. GRENIER (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*, Québec, Commissaire à la santé et au bien-être, 243 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2004). *Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes*, 50 p.

LÉGARÉ, G., C. ALIX, et P.-A. PERRON (2016). *La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2013*, Institut national de santé publique du Québec, 24 p.

LESAGE, A., et autres (2012). « Perspectives de la santé publique pour la prévention du suicide », *Santé mentale au Québec*, 37, 2 : 239-255.



NANHO, V., C. FOURNIER et N. AUDET (2010). « Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec : un regard sur les liens avec l'état de santé physique ou mental et le milieu social », *Zoom santé*, 20, 8 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012). *Implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide dans quatre régions du Québec : Rapport d'évaluation*, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 66 p.

MIKKONEN, J., et D. RAPHAEL (2011). *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*, École de gestion et de politique de la santé de l'Université York, 63 p.

MISHARA, B. (2003). « Des pratiques novatrices pour la prévention du suicide au Québec : un défi de société », *Santé mentale au Québec*, 28, 1 : 200-215.

RAHME, E., et collègues (2016). "Correlates of attempted suicide from the emergency room of two general hospitals in Montreal, Canada", *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61, 7 : 382-393.

ROY, P. (2012). « La sociologie du genre : une contribution originale à la compréhension du suicide chez les hommes », *Santé mentale au Québec*, 37, 2 : 45-55.

TOUSIGNANT, M. (1994). « Le suicide et les comportements suicidaires », *Traité des problèmes sociaux*, chapitre 37, 8 p.

TREMBLAY, F., et R. LAPIERRE (2014). *Santé mentale et adaptation sociale chez les jeunes des écoles secondaires du Saguenay-Lac-Saint-Jean*, Saguenay, Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, 9 p.

#### AUTEUR

Fabien Tremblay, agent de planification, programmation et recherche, Direction de santé publique

#### RÉVISION DU CONTENU

Ann Bergeron, médecin-conseil responsable de la surveillance de l'état de santé de la population, Direction de santé publique

#### RELECTURE

Audrey Bolduc, adjointe à la direction, Direction de santé publique  
Annie Girard, agente administrative, Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

Ce document est disponible sur le site Internet du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean à l'adresse suivante : [www.santesaglac.com](http://www.santesaglac.com) (section : Documentation).

#### DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017  
Bibliothèque et Archives Canada, 2017  
ISBN (version PDF) : 978-2-550-77578-2

Toute reproduction partielle ou totale de ce document est autorisée à la condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2017