

Le coroner en chef

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Le 25 mars 2024

[REDACTED]

N/Réf. : AUT-200

Objet : Demande d'accès à l'information du 13 mars 2024

[REDACTED]

La présente a pour objet le suivi de votre demande d'accès à l'information du 13 mars 2024 visant à obtenir :

Toutes les recommandations formulées jusqu'à ce jour au Bureau du coroner et à l'ensemble des coroners par les chercheurs en prévention du suicide et en santé publique en lien avec la procédure uniforme et les outils de collecte d'information et de données et l'uniformisation des rapports de coroners concernant la prévention du suicide.

Au terme des recherches effectuées dans le cadre de votre demande, un (1) document répond à celle-ci en vertu de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (RLRQ c. A-2.1, ci-après la « LAI »). Vous trouverez en annexe de la présente correspondance l'« Analyse des rapports des coroners concernant les suicides survenus au Bas-Saint-Laurent, de 2006 à 2011 », dans lequel nous vous référons plus précisément à la page 72.

Conformément à l'article 3 de la Loi sur les coroners (RLRQ, c. C-68.01), le coroner peut faire, à l'occasion d'une investigation ou d'une enquête, toute recommandation visant une meilleure protection de la vie humaine. Ces recommandations peuvent notamment porter sur des mesures visant à prévenir des suicides. Ainsi, le document annexé est le seul contenant des recommandations qui auraient pu être formulées à l'endroit du Bureau du coroner, les coroners étant généralement plutôt les auteurs de ces recommandations.

Conformément à l'article 51 de la LAI, nous vous informons que vous pouvez demander la révision de cette décision auprès de la Commission d'accès à l'information. Vous trouverez ci-joint une note relative à ce recours.

Pour la vie !

Veuillez recevoir, [REDACTED] nos salutations distinguées.

[REDACTED]

Reno Bernier, avocat, LL.M, MBA
Responsable de l'accès aux documents et
de la protection des renseignements personnels

RB/ns

**Analyse des rapports
des coroners
concernant les
suicides survenus au
Bas-Saint-Laurent,
de 2006 à 2011**



**Direction de santé publique
Équipe Surveillance et Infocentre
Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent**

Juin 2013

Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

288, rue Pierre-Saindon, bureau 115, Rimouski (Québec) G5L 9A8

Téléphone : 418 724-5231 Télécopieur : 418 723-1597

www.agencesssbsl.gouv.qc.ca

Production

Direction de santé publique, Équipe Surveillance et Infocentre

Édition

© Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales et à condition d'en mentionner la source, ce document peut être reproduit ou téléchargé.

Citation suggérée : Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent (2013).

Analyse des rapports des coroners concernant les suicides survenus au Bas-Saint-Laurent, de 2006 à 2011, Direction de santé publique, 93 pages.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

ISBN : 978-2-923362-94-6 (version imprimée)

ISBN : 978-2-923362-95-3 (version PDF)

DANS CET OUVRAGE, LA FORME MASCULINE EST UTILISÉE SANS DISCRIMINATION DANS LE SEUL BUT D'ALLÉGER LE TEXTE.

Ce rapport est disponible sur le site Internet de l'Agence au www.agencesssbsl.gouv.qc.ca

Table des matières

MOT DU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE	9
1. INTRODUCTION	10
1.1. Problématique	10
1.2. Contexte régional	13
1.2.1. Détresse psychologique, idées suicidaires et tentatives de suicide	13
1.2.2. Hospitalisation pour tentatives de suicide	14
1.2.3. Utilisation de certains services de santé	16
1.2.4. Mortalité par suicide	18
1.3. Rôle des médecins et des coroners	20
2. OBJECTIFS DE L'ANALYSE	21
3. MÉTHODOLOGIE	22
3.1. Population visée, collecte des données et instrument de mesure	22
3.2. Type d'analyse et déroulement	23
3.3. Validation des données	23
3.4. Considérations éthiques	23
3.5. Limites de l'analyse et des résultats	24
4. RÉSULTATS	25
4.1. Renseignements sociodémographiques	25
4.2. Environnement social	33
4.3. Contexte antérieur de vie	34
4.4. Profil de santé	43
4.5. Services reçus	48
4.6. Information sur le geste suicidaire	53
4.7. Judiciarisation	60
4.8. Analyse toxicologique	61
4.9. Suicide par arme à feu	65
5. DISCUSSION	66
6. CONCLUSION	69
7. RECOMMANDATIONS	72
RÉFÉRENCES	76
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE D'ANALYSE DES RAPPORTS DES CORONERS	78

Liste des tableaux et des figures[†]

Tableau 1 : Caractéristiques des personnes hospitalisées pour tentatives de suicide, Bas-Saint-Laurent, 2006-2007 à 2011-2012	15
Tableau 2 : Taux ajusté de mortalité par suicide par année, Bas-Saint-Laurent et ensemble du Québec, 1998 à 2010	19
Tableau 3 : Nombre et proportion de médicaments prescrits selon la catégorie, chez les personnes décédées par suicide, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011	47
Tableau 4 : Nombre et proportion de médicaments retrouvés dans le sang selon la catégorie, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011	63

Figure 1 : Consultation de certains professionnels de la santé et participation à un groupe d'entraide au cours d'une période de 12 mois selon la présence d'idées suicidaires sérieuses, population de 15 ans et plus, Bas-Saint-Laurent, 2005	16
Figure 2 : Nombre de suicides au Bas-Saint-Laurent selon le sexe, 1998 à 2010	18
Figure 3 : Répartition des personnes décédées par suicide selon le sexe, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011	25
Figure 4 : Répartition des personnes décédées par suicide selon les groupes d'âge, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011	26
Figure 5 : Nombre de personnes décédées par suicide selon les groupes d'âge, par sexe, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011	27
Figure 6 : Répartition des personnes décédées par suicide selon le statut marital, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011	29
Figure 7 : Répartition des personnes décédées par suicide selon le nombre d'enfants, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011	30
Figure 8 : Répartition des personnes décédées par suicide selon l'occupation, par sexe, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011	31
Figure 9 : Répartition des personnes occupant un emploi selon le type d'industrie	32
Figure 10 : Répartition des personnes décédées par suicide selon la structure du ménage, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011	33
Figure 11 : Répartition des personnes décédées par suicide selon l'environnement social, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011	34
Figure 12 : Proportion des antécédents personnels, chez les personnes décédées par suicide, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011	35
Figure 13 : Proportion des événements stressants vécus au cours des six derniers mois, chez les personnes décédées par suicide, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011	36

Figure 14 : Proportion des problèmes d'abus selon le type, chez les personnes décédées par suicide aux prises avec un ou des problèmes d'abus, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011	37
Figure 15 : Proportion des problèmes de santé physique, chez les personnes décédées par suicide, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011	39
Figure 16 : Répartition des personnes décédées par suicide selon les idées suicidaires exprimées, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011	40
Figure 17 : Proportion des idées suicidaires exprimées selon le délai écoulé, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011	41
Figure 18 : Répartition des personnes décédées par suicide ayant déjà fait une tentative de suicide ou plus, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011	42
Figure 19 : Proportion des psychopathologies diagnostiquées par un professionnel de la santé, chez les personnes décédées par suicide, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011	44
Figure 20 : Proportion des psychopathologies présumées par un ou des proches, chez les personnes décédées par suicide, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011	45
Figure 21 : Proportion des personnes décédées par suicide ayant ou non des médicaments prescrits, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011	46
Figure 22 : Quantité de services reçus parmi les utilisateurs de services, des personnes décédées par suicide, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011	49
Figure 23 : Proportion de services reçus selon le niveau de risque, chez les personnes décédées par suicide, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011	50
Figure 24 : Proportion de services reçus en fonction du délai écoulé entre les services reçus et le passage à l'acte, des personnes décédées par suicide, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011	51
Figure 25 : Périodicité des services reçus, des personnes décédées par suicide, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011	52
Figure 26 : Répartition des suicides selon le jour de la semaine, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011	53
Figure 27 : Répartition des suicides selon le moment de la journée, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011	54
Figure 28 : Répartition des suicides selon les saisons, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011	55
Figure 29 : Répartition des suicides selon le lieu où il est survenu, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011	56
Figure 30 : Répartition des suicides selon le moyen utilisé pour s'enlever la vie, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011	57
Figure 31 : Répartition des suicides selon le moyen utilisé pour s'enlever la vie, par sexe, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011	58
Figure 32 : Répartition des suicides selon la spontanéité du geste, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011	59
Figure 33 : Répartition des suicides selon la présence ou non de médicaments dans le sang, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011	62

Liste des sigles et des acronymes

Agence	Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
CPSIC-BSL	Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAL	Plan d'action local
PAR	Plan d'action régional
PCS	Plan commun de surveillance
PNSP	Programme national de santé publique
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

Mot du directeur de santé publique

Bien que le taux de suicide ait diminué de manière considérable dans les dernières années au Bas-Saint-Laurent, il demeure toutefois préoccupant. D'ailleurs, notre Plan d'action régional de santé publique 2010-2015 ainsi que le Plan d'action régional en santé mentale 2013-2016 précisent que notre région doit maintenir et consolider les efforts en prévention. Ces actions concordent avec les objectifs provinciaux de réduction du taux de mortalité par suicide prévus à l'intérieur du Programme national de santé publique.

L'un des objectifs de cette analyse est de raffiner nos connaissances sur les personnes qui se sont suicidées dans notre région, et de tenter d'en démystifier les spécificités bas-laurentiennes pour mieux agir en prévention. Ce besoin de documenter la problématique du suicide a aussi été reconnu dans d'autres régions du Québec par diverses études publiées récemment.

Ce portrait s'inscrit dans les activités de surveillance de l'état de santé de la population, tout particulièrement dans le volet des problèmes prioritaires de santé. Outre les rapports des coroners qui ont été la principale source de données dans l'analyse, d'autres informations ont été utilisées pour bien contextualiser la problématique du suicide dans la région du Bas-Saint-Laurent. Nous espérons que cette publication contribuera à vous informer et à vous sensibiliser concernant cette problématique, tout en suscitant des réflexions permettant de renforcer nos actions régionales en prévention du suicide.

Le directeur de santé publique,

Sylvain Leduc, M.D., FRCPC

1. Introduction

1.1. Problématique

Historiquement, le nombre de suicides au Québec a atteint son apogée en 1999 avec 1 620 suicides enregistrés. Une décennie plus tard, 1 146 suicides sont survenus au Québec (2009). Bien que la mortalité par suicide soit en baisse de manière notable depuis les dernières années, le taux de suicide du Québec se situe au 4^e rang à l'échelle des provinces canadiennes (2009¹) [8]. Le suicide est donc une préoccupation incessante pour la santé publique et des objectifs de réduction du taux de mortalité par suicide sont prévus à l'intérieur du Programme national de santé publique (PNSP) [18].

Certains constats généraux ressortent du profil des personnes décédées par suicide au Québec. À la lumière des données de 2009, il est remarqué que la statistique de trois suicides sur quatre concernant les hommes continue à être d'actualité à travers les années (881 hommes, 265 femmes) [8]. Conjointement, tant pour les hommes que pour les femmes, deux groupes d'âge atteignent des taux de mortalité par suicide plus élevés pour la période 2008-2010² soit, respectivement, celui des 35-49 ans et des 50-64 ans [8]. À l'inverse, le groupe d'âge le plus épargné par les suicides et dont le nombre connaît une baisse depuis quelques années est celui des 15-19 ans, et ce, pour les deux sexes. Enfin, pour ce qui est des moyens utilisés pour s'enlever la vie, sexes confondus, une majorité de suicides sont survenus par pendaison, strangulation ou suffocation (2007-2009) comparativement à ceux par armes à feu qui ont connu une diminution considérable [8].

Dans la période où l'ensemble du Québec atteignait des taux de suicide historiquement élevés, notamment de 1999 à 2001, avec un taux annuel moyen de 19,1 décès pour 100 000 personnes, le Bas-Saint-Laurent se situait au cinquième rang des régions sociosanitaires avec un taux de 24,7, ce qui constituait un taux significativement plus

1. Données disponibles les plus récentes.

élevé que celui de la province [21]. Pour la période 2008-2010², à l'échelle des différentes régions du Québec, l'INSPQ relève que la Mauricie-et-Centre-du-Québec, la Côte-Nord et l'Abitibi-Témiscamingue sont les régions qui présentent les plus hauts taux de mortalité par suicide, sexes réunis (taux ajusté selon l'âge, allant respectivement de 18,8 à 19,6 pour 100 000 personnes). Les régions de Laval, Montréal et la Montérégie ont pour leur part les taux de suicide les plus bas (variant respectivement de 10,7 à 12,6 pour 100 000 personnes). L'ensemble du Québec suit ces régions avec un taux de 14,1 pour 100 000 personnes. Quant au Bas-Saint-Laurent, il se retrouve au onzième rang avec un taux de 15,4 [8]. Ainsi, bien que les données pour l'année 2010 soient provisoires, elles laissent entrevoir une amélioration du rang du Bas-Saint-Laurent, en comparaison avec les autres régions du Québec au cours de près d'une décennie.

Comment expliquer que des personnes arrivent à poser un tel geste ? Bien que le suicide demeure en soi un phénomène complexe, quatre principaux facteurs pouvant être associés à la mortalité par suicide sont soulevés dans la littérature. En premier lieu, les **facteurs prédisposants** sont des éléments issus du passé qui contribuent à fragiliser la personne, tels que les problèmes psychiatriques, les antécédents suicidaires familiaux et l'isolement social. En deuxième lieu, les **facteurs contributants** accentuent la vulnérabilité de la personne, comme une consommation excessive de drogue ou d'alcool et l'instabilité familiale. En troisième lieu, les **facteurs précipitants** sont des éléments déclencheurs du comportement ou de l'idée suicidaire, telle une rupture amoureuse ou la mortalité d'un proche. Il peut s'agir également de dimensions sociales provenant de la communauté, telles les croyances, les conditions de vie d'une société, l'accessibilité des moyens pour se suicider et la disponibilité des ressources d'aide. Finalement, les **facteurs de protection** tel le fait d'être entouré d'un réseau social soutenant, d'avoir une bonne santé globale ou d'adopter de bonnes stratégies d'adaptation réduisent l'effet des trois précédents facteurs associés au suicide [13].

2. Données provisoires pour l'année 2010.

Afin de mieux connaître le profil des gens qui se suicident dans notre région et de tenter de documenter de manière plus précise les facteurs associés au suicide qui touchent plus particulièrement les Bas-Laurentiens, une analyse des rapports de coroners des années 2006 à 2011 fut réalisée et constitue le présent document. Tout d'abord, la section qui suit dresse un bref portrait de la situation de la morbidité et de la mortalité par suicide dans la région. Par la suite, les objectifs détaillés de l'analyse et la méthodologie sont énoncés. Finalement, les résultats régionaux sont présentés et certains de ceux-ci, en lien avec la littérature, sont abordés dans la partie de discussion, pour conclure avec quelques caractéristiques du profil plus spécifique de la personne vulnérable au suicide au Bas-Saint-Laurent, tout en traitant de quelques pratiques et services présents sur le territoire à cet égard.

1.2. Contexte régional

Par l'intermédiaire de données relatives à la détresse psychologique, aux idées suicidaires, aux tentatives de suicide, aux hospitalisations pour tentatives de suicide, à l'utilisation de certains services de santé et à la mortalité par suicide, un survol du contexte régional est présenté dans cette section.

1.2.1. Détresse psychologique, idées suicidaires et tentatives de suicide

Les quelques données de cette section proviennent de *l'Enquête québécoise sur la santé de la population* (EQSP) de 2008, première enquête téléphonique d'envergure (impliquant 16 régions sociosanitaires du Québec) effectuée dans le cadre de la mise en œuvre du Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants 2004-2007. L'échantillon comptait 38 154 personnes de 15 ans et plus dont 2 028 Bas-Laurentiens.

Au Bas-Saint-Laurent, en 2008, 22 % des personnes de 15 ans et plus ont été reconnues comme ayant un niveau de détresse psychologique élevé (selon l'échelle de détresse psychologique K6³), ce qui représente environ 37 000 personnes dans la région. Environ 22 % des Québécois sont aussi identifiés dans ce sens.

Pour la même année, on dénombrait régionalement environ 3 200 personnes de 15 ans et plus (2 %⁴) qui auraient sérieusement songé au suicide au cours des 12 derniers mois. Une proportion similaire (2 %) a été observée pour la province.

Enfin, environ 6 Bas-Laurentiens sur 1 000⁵ âgés de 15 ans et plus affirmaient, au cours des 12 derniers mois de leur vie, avoir fait une tentative de suicide en 2008. Pour l'ensemble du Québec, il s'agit de 5 personnes sur 1000.

3. Élaborée par Kessler, cette mesure est fondée sur six questions et établit à quelle fréquence, au cours du dernier mois, la personne s'est sentie nerveuse, désespérée, agitée, si déprimée que plus rien ne pouvait la faire sourire, a eu l'impression que tout lui demandait un effort ou, finalement, le sentiment d'être bonne à rien (EQSP 2008).

4. Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

5. Coefficient de variation supérieur à 25 %; fournie à titre indicatif seulement.

En lien avec ces données, des interventions s'effectuent sur le terrain dans la région. À titre indicatif, selon leur rapport annuel des activités, le Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent (CPSIC-BSL), qui couvre un bassin de population de 201 326 personnes⁶, a effectué 13 868 interventions⁷ en 2011-2012 [3].

1.2.2. Hospitalisation pour tentatives de suicide

Les hospitalisations pour tentatives de suicide demeurent le principal indicateur permettant une certaine mesure du phénomène, mais comportent des limites importantes. Il importe de spécifier que ces données relèvent du nombre d'hospitalisations pour tentatives de suicide et non du nombre de personnes hospitalisées à cet effet. Donc, un individu qui a fait plusieurs tentatives de suicide peut se retrouver plus d'une fois dans ces statistiques. De plus, il est important de tenir compte que si une personne a fait une tentative de suicide et a été traitée à l'urgence, elle n'est pas comptabilisée puisque par définition, une hospitalisation implique un séjour dans un service hospitalier pour plus de 24 heures. Aussi, les données d'hospitalisations pour tentatives de suicide peuvent être sous-estimées par la différence de codification entre établissements.

En 2011-2012, 131 hospitalisations pour tentatives de suicide ont été enregistrées pour l'ensemble du territoire bas-laurentien (tableau 1). La grande majorité de celles-ci concernent des auto-intoxications par médicament, suivi des lésions auto-infligées par utilisation d'objet tranchant ou contondant. Les hospitalisations totales relatives aux tentatives de suicide fluctuent au cours des années, passant de 152 à 131. La moyenne annuelle des six dernières années est de 131 hospitalisations.

6. Institut de la statistique du Québec, Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056, édition 2009.

7. Total des interventions effectuées pour la clientèle (intervention téléphonique, actions de supervision, rencontre externe, appels entrants sur la ligne dédiée). Une personne peut avoir fait l'objet de plusieurs interventions.

Tableau 1 :
Caractéristiques des personnes hospitalisées pour tentatives de suicide,
Bas-Saint-Laurent, 2006-2007 à 2011-2012

Caractéristiques	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Moyenne annuelle
Nombre total d'hospitalisations pour les tentatives de suicide							
Auto-intoxication par médicament	110	95	114	96	98	112	104
Auto-intoxication par l'alcool et exposition à l'alcool	5	3	10	13	2	4	6
Auto-intoxication par gaz et émanations	3	0	2	0	3	1	2
Auto-intoxication par des pesticides et autres produits chimiques	2	1	1	0	0	3	1
Lésion auto-infligée par pendaison, strangulation et suffocation	7	1	1	4	5	2	3
Lésion auto-infligée par arme à feu	1	0	1	0	0	0	0
Lésion auto-infligée par utilisation d'objet tranchant ou contondant	15	6	15	11	7	6	10
Lésion auto-infligée par saut dans le vide ou saut (ou être couché) devant un objet en mouvement	3	0	0	2	1	0	1
Lésion auto-infligée par collision avec un véhicule à moteur	5	0	1	0	0	2	1
Autre	1	1	1	2	5	1	2
Total	152	107	146	128	121	131	131
Caractéristiques des personnes hospitalisées pour les tentatives de suicide							Moyenne annuelle
Sexe	n=152	n=107	n=146	n=128	n=121	n=131	
Hommes	37%	37%	47%	41%	48%	37%	41%
Femmes	63%	63%	53%	59%	52%	63%	59%
Groupe d'âge							
Moins de 20 ans	10%	10%	10%	11%	9%	14%	11%
20-29 ans	13%	13%	16%	17%	12%	13%	14%
30-44 ans	38%	22%	26%	25%	21%	28%	27%
45-64 ans	32%	52%	40%	41%	50%	33%	41%
65-74 ans	3%	2%	4%	5%	6%	11%	5%
75 ans et plus	5%	0%	4%	2%	2%	2%	3%

NOTE 1 : Données présentées à titre indicatif seulement, étant donné les petits nombres, aucune tendance ne peut être relevée.

NOTE 2 : Ces données n'incluent pas les personnes qui ont été traitées à l'urgence, elles ne permettent donc pas de dresser un profil complet des personnes qui ont fait des tentatives de suicide.

* CIM-10 : Codes de diagnostics X60 à X84 et Y87.0 (Lésions auto-infligées ou séquelles).

Source : MSSS, Fichiers MED-Écho, 2006-2007 à 2011-2012.

En analysant les données selon le sexe et le groupe d'âge, il est noté qu'une majorité de femmes sont hospitalisées pour tentatives de suicide avec une moyenne annuelle, pour les six dernières années, de 59 % comparativement à 41 % d'hommes. La tranche d'âge la plus touchée par les tentatives de suicide chez les personnes hospitalisées est celle des 45-64 ans (41 %), suivi par celle des 30-44 ans (27 %), sexes confondus.

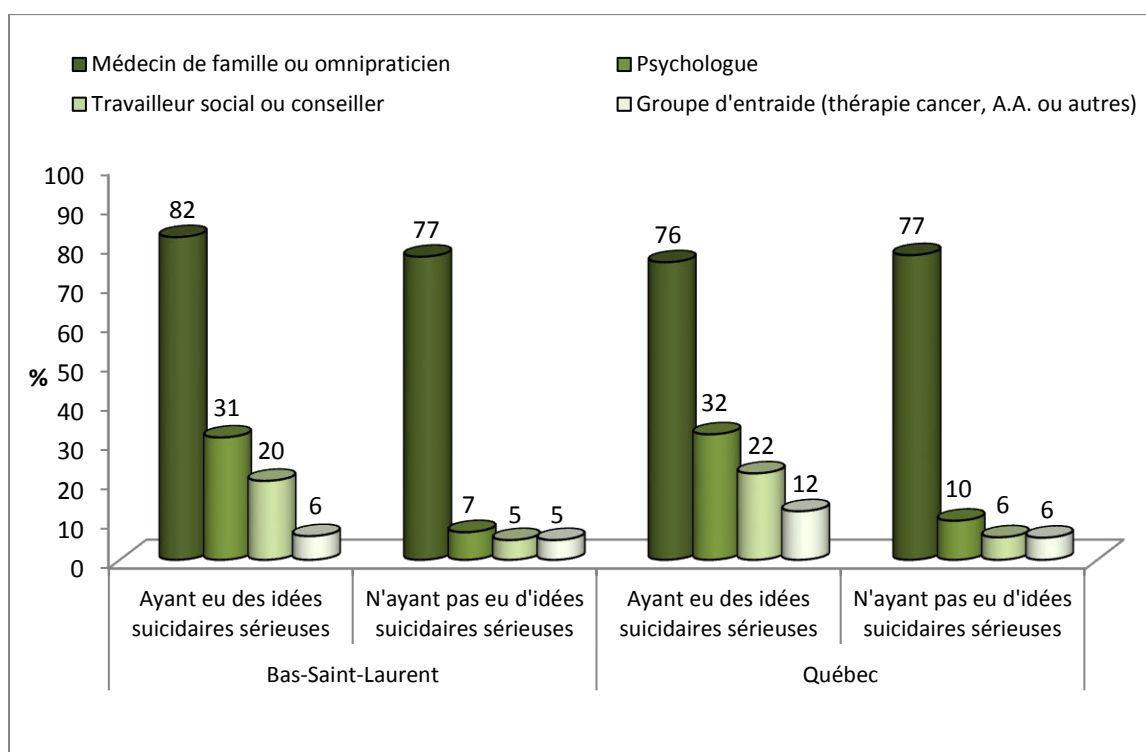
Enfin, outre les données présentées dans le tableau 1, sur les 131 hospitalisations pour tentatives de suicide, en moyenne, de 2006 à 2012, 108 personnes ont fait l'objet d'un ou de plusieurs diagnostics secondaires de troubles mentaux dont, entre autres, ceux

du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives et les troubles de la personnalité et de l'humeur (selon les données extraites des fichiers du MSSS⁸).

1.2.3. Utilisation de certains services de santé

À l'aide des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2005, l'histogramme qui suit (figure 1) présente les données relatives à la consultation de professionnels de la santé ou d'un groupe d'entraide (à l'intérieur d'une période d'une année) par les personnes de 15 ans et plus ayant eu ou non des idées suicidaires sérieuses, et ce, pour le Bas-Saint-Laurent et le Québec.

Figure 1 :
Consultation de certains professionnels de la santé et participation à un groupe d'entraide au cours d'une période de 12 mois selon la présence d'idées suicidaires sérieuses, population de 15 ans et plus, Bas-Saint-Laurent, 2005



Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 3.1, fichier de partage 2005.

Il est constaté pour le Bas-Saint-Laurent que les résultats convergent relativement avec ceux du Québec. Des personnes de la région, de quinze ans et plus, ayant eu des idées suicidaires au cours d'une période de douze mois, 82 % ont consulté un médecin

8. Fichiers MED-Écho, 2006-2007 à 2011-2012.

de famille ou omnipraticien, contre 77 % chez les personnes n'ayant pas eu de telles idées. Pour la province, ces proportions sont respectivement de 76 % et 77 %. Par ailleurs, parmi les individus présentant des idées suicidaires, 31 % ont consulté un psychologue et 20 % un travailleur social ou un conseiller. Au Québec, une proportion similaire a consulté un psychologue (32 %) alors que 22 % des individus ayant des idées suicidaires ont consulté un travailleur social ou un conseiller. Ces proportions sont considérablement plus élevées que pour les individus de la région n'ayant pas eu d'idées suicidaires, avec respectivement 7 % et 5 % (10 % et 6 % pour la province).

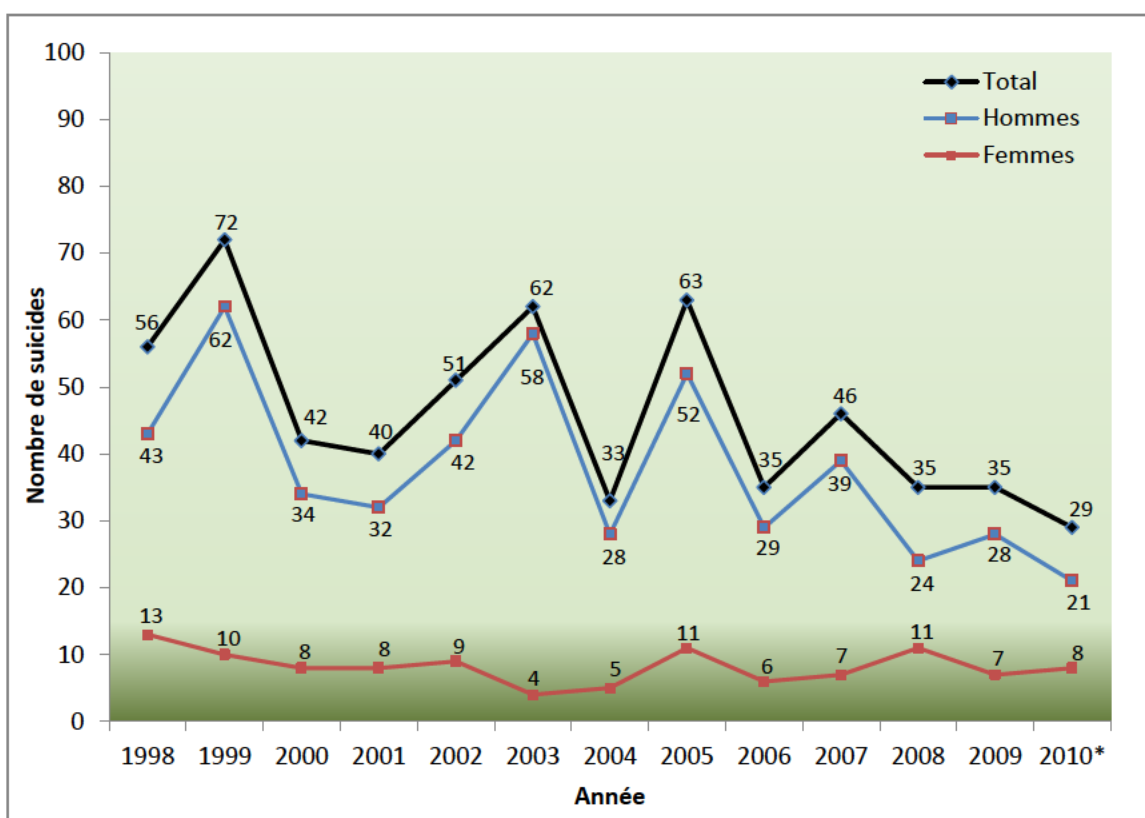
Finalement, le fait d'avoir participé à un groupe d'entraide (groupe de thérapie pour le cancer, les Alcooliques Anonymes ou autres) apparaît en proportions similaires pour les personnes ayant eu des idées suicidaires (6 %⁹) et pour celles n'en ayant pas eues (5 %) dans la région, alors que pour le Québec ces proportions sont de 12 % pour les personnes ayant eu des idées suicidaires comparativement à 6 % pour lesquelles aucune idée suicidaire n'a été répertoriée.

9. Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1.2.4. Mortalité par suicide

Le nombre annuel de suicides au Bas-Saint-Laurent a connu d'importantes fluctuations depuis l'année 1998 (figure 2). La région a atteint un sommet en 1999, tout comme le Québec, avec 72 suicides. Heureusement, le nombre de suicides tend à diminuer ces dernières années. La donnée la plus récente de 2010 enregistre 29 suicides (donnée provisoire). Selon le sexe, il est remarqué que les hommes suivent, pour l'ensemble des années, la tendance du nombre total de suicides de la région, alors que les femmes se retrouvent nettement en-dessous.

Figure 2 :
Nombre de suicides au Bas-Saint-Laurent selon le sexe, 1998 à 2010



Sources : Institut national de santé publique, rapport de l'Infocentre de santé publique, onglet Plan commun de surveillance, octobre 2012.

* Données provisoires pour 2010. Institut national de santé publique, La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2010, Mise à jour 2013.

En comparant les taux de suicide de la région avec ceux de la province, le Bas-Saint-Laurent affiche des taux ajustés de mortalité par suicide plus élevés que le Québec, et ce, depuis 1998 (tableau 2). Ces écarts semblent plus marqués pour les années 1998, 1999, 2002, 2003, 2005 et 2007 où des différences significatives avec les taux du Québec sont relevées. Cependant, une diminution du taux ajusté de mortalité par suicide est toutefois constatée ces dernières années et la région améliore son taux qui, selon les données provisoires, se rapproche de celui du Québec pour 2010.

Tableau 2 :
Taux ajusté¹ de mortalité par suicide par année,
Bas-Saint-Laurent et ensemble du Québec, 1998 à 2010

Année	Région du Bas-Saint-Laurent	Différence significative ²	Ensemble du Québec
1998	27,1	(+)	19,1
1999	34,7	(+)	22,2
2000	20,5		18,0
2001	19,6		18,0
2002	24,7	(+)	18,0
2003	30,2	(+)	16,7
2004	*15,9		15,5
2005	30,6	(+)	16,5
2006	*17,3		15,3
2007	22,2	(+)	14,1
2008	*17,8		14,6
2009	*15,1		14,3
2010 [†]	*13,0		13,7

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

¹ Le taux ajusté annuel est exprimé pour 100 000 habitants et il est ajusté à la structure d'âge de la population du Québec de 2001.

² (+) Différence significativement plus élevée pour la région du Bas-Saint-Laurent lorsque comparée au reste de la province de Québec, au seuil de 0,05.

Sources :

Institut national de santé publique, rapport de l'Infocentre de santé publique, onglet Plan commun de surveillance, octobre 2012.

[†] Institut national de santé publique, *La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2010*, Mise à jour 2013 (données provisoires pour 2010).

1.3. Rôle des médecins et des coroners

Dans le cadre de leur pratique, les médecins vont rencontrer un nombre non négligeable de personnes à risque suicidaire. À cet effet, il a été démontré par certains auteurs, qu'entre 40 % et 70 % des individus décédés par suicide auraient consulté un médecin dans les trente jours précédant l'acte [13]. Les médecins ont donc un rôle primordial dans la prévention du suicide. Concrètement, ils doivent accueillir la personne suicidaire et être en mesure d'évaluer la dangerosité du passage à l'acte. Ainsi, ils se doivent de la prendre en charge et ils peuvent également la référer, l'orienter ou l'accompagner vers des services qu'offrent les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux [13].

Quant aux coroners, en conformité avec la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès*, ils interviennent dans tous les cas de décès violents ou obscurs tout en analysant s'ils auraient pu être évités. Les coroners doivent aussi informer le public sur les causes médicales probables de même que les circonstances des décès en rédigeant notamment un rapport qui fait état de celles-ci. Pour ce faire, les coroners peuvent être appelés à demander certaines expertises telle une autopsie et à rencontrer la famille, les proches et le médecin traitant de la personne décédée. À noter que le rapport final est un document public et accessible à tous. Les coroners ont pour mandat de protéger les vies humaines en formulant, s'il y a lieu, des recommandations pour éviter que des décès semblables se reproduisent. Par exemple, des 201 rapports étudiés dans la région, une dizaine de recommandations ont été émises. En 2012, environ une centaine de coroners étaient en fonction sur le territoire québécois dont trois qui exerçaient leur profession dans la région du Bas-Saint-Laurent [2].

2. Objectifs de l'analyse

Tel qu'énoncé précédemment, les données relatives au suicide pour le Bas-Saint-Laurent ont suscité le besoin d'éclaircir tout ce qui entoure le passage à l'acte chez les individus décédés dans la région ces dernières années. Pour ce faire, le comité Stratégie régionale d'action face au suicide, animé par l'Agence, a sollicité le soutien professionnel de l'équipe Surveillance et Infocentre pour procéder à l'analyse des données. De manière plus concrète, les objectifs principaux poursuivis par l'analyse des rapports de coroners sont :

- de documenter le profil des gens qui se sont suicidés au Bas-Saint-Laurent;
- de faire ressortir les facteurs associés au suicide chez les Bas-Laurentiens;
- d'analyser l'utilisation des services d'aide par les personnes décédées par suicide;
- d'encourager la réflexion du lecteur du rapport d'analyse, œuvrant ou ayant des liens avec le réseau de la santé, à propos de pistes d'intervention ou d'actions en prévention du suicide.

Cette démarche s'inscrit également dans les recommandations émises dans le guide des bonnes pratiques en prévention du suicide des CSSS dans la perspective d'identifier de nouvelles pistes d'action visant la diminution des tentatives suicidaires et des suicides. Par souci d'apporter davantage de connaissances sur certains éléments sous-documentés dans la littérature à l'égard du suicide, les éléments suivants ayant trait aux personnes décédées par suicide au Bas-Saint-Laurent seront notamment approfondis dans l'analyse : les antécédents sociaux et psychiatriques, les événements stressants survenus dans les six mois précédant le décès, l'accès à certains moyens (arme à feu) et la consultation des services de santé avant le décès [22].

3. Méthodologie

3.1. Population visée, collecte des données et instrument de mesure

La population visée par l'analyse concerne tous les cas de suicides survenus sur le territoire du Bas-Saint-Laurent entre le 1^{er} janvier 2006 et le 31 décembre 2011, soit 201 décès. La collecte des données provient des 201 rapports des coroners concernant ces décès. Au moment de la publication de ce document, cinq rapports de coroners ont été exclus dû à leur réception tardive, l'analyse des données étant débutée. Pour faciliter l'analyse des rapports, un questionnaire a été élaboré à cet effet (annexe 1) en s'inspirant d'éléments qui avaient été pris en compte dans celui conçu en 1996 par le MSSS et le Bureau du coroner [22]. D'ailleurs, une consultation a été réalisée auprès de quelques professionnels de l'Agence lors de la création de cet outil. Ce questionnaire comprend 44 énoncés¹⁰ qui se retrouvent subdivisés à l'intérieur de neuf thèmes :

- renseignements sociodémographiques;
- environnement social;
- contexte antérieur de vie;
- profil de santé;
- services reçus;
- information sur le geste suicidaire;
- judiciarisation;
- analyse toxicologique;
- suicide par arme à feu.

10. À noter que l'énoncé 24 du questionnaire portant sur la température a été exclu de l'analyse en raison de la collecte difficile de cette information.

3.2. Type d'analyse et déroulement

L'analyse qualitative se veut descriptive. Elle s'est réalisée par la lecture des 201 rapports de coroners contenant l'information nécessaire pour élaborer le profil des individus décédés par suicide. Un questionnaire a été rempli par les membres de l'équipe Surveillance et Infocentre pour chaque rapport de coroner, et les résultats ont été saisis ainsi que compilés à l'aide du logiciel d'analyse statistique SPSS. Au départ, près d'une cinquantaine de rapports ont été analysés par ce groupe de quatre personnes afin de standardiser cette étape. Par la suite, il y a eu un partage de l'analyse des rapports entre les individus impliqués. De manière générale, l'analyse du contenu des rapports s'est échelonnée de décembre 2011 à juin 2012. À quelques reprises, un retour en groupe sur l'analyse de certains éléments a été nécessaire pour en assurer l'uniformité, ce qui a permis d'atténuer le biais d'information, c'est-à-dire que chaque membre interprète différemment les informations des rapports de coroners.

3.3. Validation des données

Les informations provenant des questionnaires ont été saisies et ensuite vérifiées et nettoyées. De plus, des tests et des croisements de variables ont été effectués afin de valider la banque de données.

3.4. Considérations éthiques

Malgré que les rapports de coroners constituent des documents publics, leur accès a été restreint seulement aux personnes concernées par l'analyse, étant donné la nature des informations qui y apparaissent. De plus, les trop petits nombres pouvant permettre de reconnaître l'identité d'individus de la région n'ont pas été divulgués. À cet égard, les données par territoire de MRC ne sont pas présentées.

3.5. Limites de l'analyse et des résultats

Il a été constaté lors de l'analyse que l'information présente dans les rapports de coroners ne permettait pas d'apporter une réponse à tous les énoncés du questionnaire. Conséquemment, une proportion considérable d'information s'avère non précisée pour ces énoncés d'où certains pourcentages élevés à cet effet dans la présentation des résultats par tableaux et graphiques. La catégorie *non précisé* inclut soit l'information manquante ou une information considérée non pertinente par le coroner à inclure dans le rapport. Également, dans le même sens que Houle et Guillou-Ouellette (2012), les rapports de coroners ne contiennent pas tous le même niveau de détails et donc les informations ne sont pas colligées de manière totalement uniforme entre coroners [9], ce qui a pour effet d'influencer le nombre de réponses non précisées pour certains énoncés du questionnaire versus le nombre de rapports de coroners.

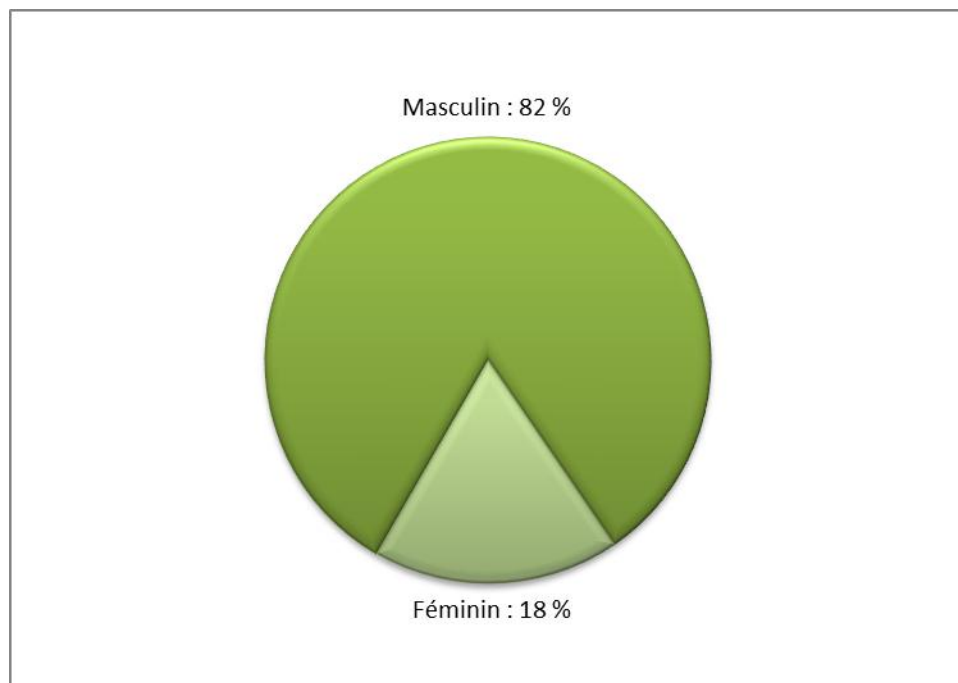
4. Résultats

La présentation des résultats suit l'ordre des thèmes apparaissant au questionnaire soit : les renseignements sociodémographiques, l'environnement social, le contexte antérieur de vie, le profil de santé, les services reçus, l'information sur le geste suicidaire, la judiciarisation, l'analyse toxicologique et le suicide par arme à feu.

4.1. Renseignements sociodémographiques

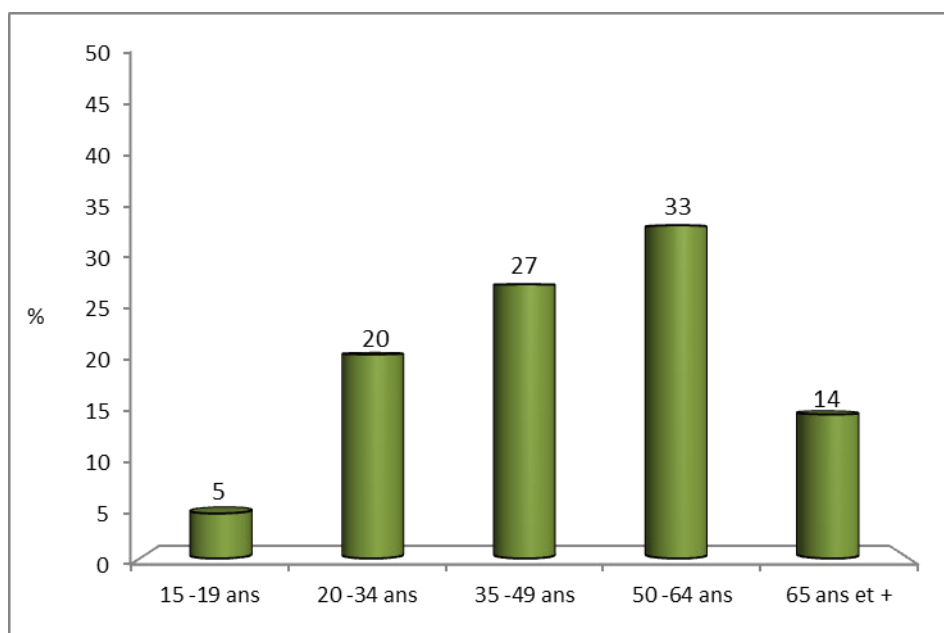
Des 201 décès par suicide au Bas-Saint-Laurent de 2006 à 2011, 165 sont survenus chez les hommes et 36 chez les femmes, ce qui représente des proportions respectives de 82 % et 18 % (figure 3). Quant aux données provinciales, elles sont de l'ordre de 75 % d'hommes et 25 % de femmes [8].

Figure 3 :
Répartition des personnes décédées par suicide selon le sexe,
Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011 (n= 201)



Selon le groupe d'âge, le tiers (33 %) des personnes décédées par suicide au Bas-Saint-Laurent est âgé de 50-64 ans, suivi par le groupe des 35-49 ans avec 27 %. Ensuite, 20 % des personnes décédées par suicide sont âgées de 20-34 ans, 14 % de 65 ans et plus et 5 % de 15-19 ans (figure 4). À noter qu'aucun décès par suicide n'est survenu chez les jeunes de moins de quinze ans dans la région. Au niveau provincial (2009), ce sont d'abord les personnes de 35-49 ans qui représentent plus du tiers (36 %) des personnes décédées par suicide, tandis que le groupe des 50-64 ans en compte 30 %. Pour les autres tranches d'âge, la région rejoint pratiquement le profil des décès par suicide du Québec qui en dénombre 19 % pour les 20-34 ans, 11 % pour les 65 ans et plus et 4 % pour les 15-19 ans. La province a pour sa part 0,5 % de décès par suicide chez les moins de quinze ans¹¹.

Figure 4 :
Répartition des personnes décédées par suicide selon les groupes d'âge,
Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011 (n= 201)



11. MSSS, Fichier des décès, 2009.

Dans le même ordre d'idées, en analysant les données selon le genre, il est constaté que les tranches d'âge de 35-49 ans et de 50-64 ans se rapportent à la majeure partie d'hommes et de femmes s'étant enlevés la vie (figure 5). Les hommes s'avèrent nettement plus représentés que les femmes. Ces dernières suivent une tendance similaire aux hommes en fonction des groupes d'âge, bien que leur nombre soit moindre. Plus précisément, sur les 165 hommes décédés par suicide, il en est dénombré :

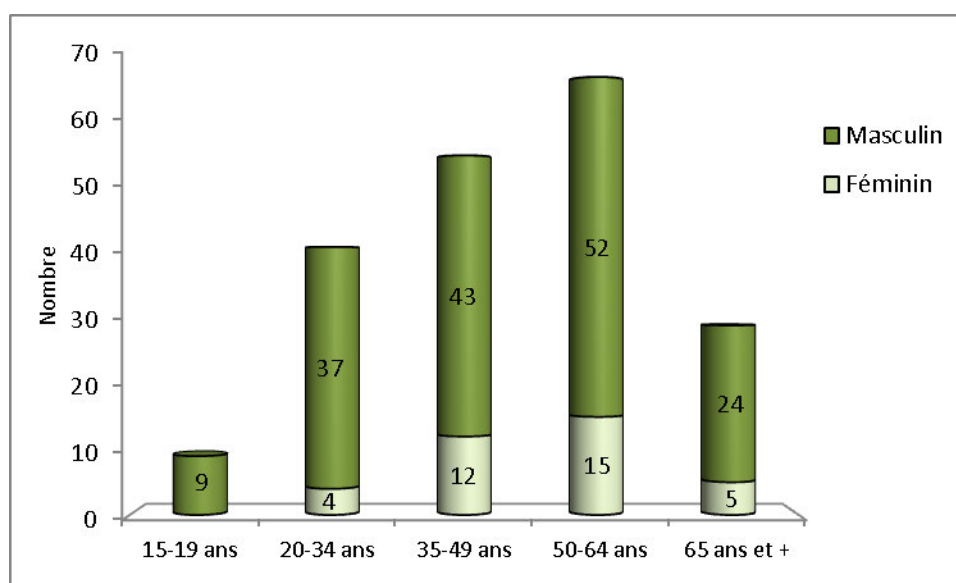
- 52 âgés de 50-64 ans (32 %), 43 de 35-49 ans (26 %),
- 37 âgés de 20-34 ans (22 %), 24 de 65 ans et plus (15 %) et
- 9 âgés de 15-19 ans (6 %).

Du côté féminin, sur les 36 femmes décédées par suicide :

- 15 avaient de 50-64 ans (42 %), 12 de 35-49 ans (33 %),
- 5 de 65 ans et plus (14 %) et 4 étaient âgées de 20-34 ans (11 %).

Finalement, aucun décès par suicide n'a été répertorié pour les filles de 15-19 ans au Bas-Saint-Laurent de 2006 à 2011.

Figure 5 :
Nombre de personnes décédées par suicide selon les groupes d'âge,
par sexe, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011 (n= 201)



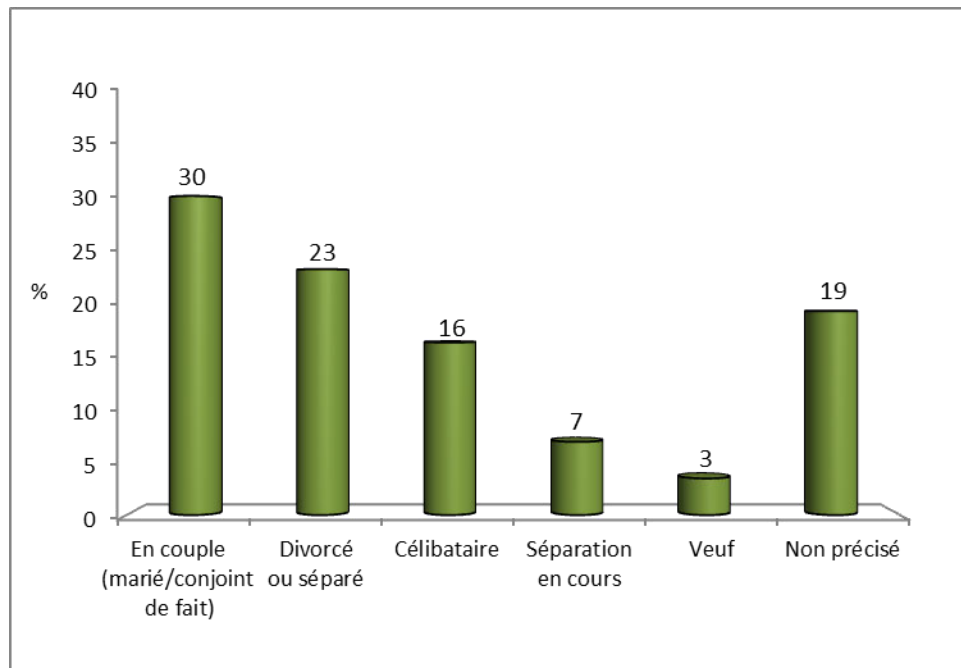
Par comparaison avec la province, le profil des décès de la région selon l'âge et le sexe suit la même tendance globale que le Québec (2009), sauf que pour les hommes de la province, ce sont d'abord les 35-49 ans qui représentent plus du tiers (36 %) des décès par suicide, tandis que le groupe des 50-64 ans en compte 29 %. La région a donc dix points de pourcentage de décès de moins que le Québec pour la tranche d'âge des 35-49 ans, mais affiche proportionnellement plus de suicides que la province dans celle des 50-64 ans.

Du côté féminin, il s'agit du groupe des 50-64 ans qui présente le plus de suicides; 42 % pour le Bas-Saint-Laurent comparé à 34 % pour le Québec. Un autre écart considérable dans les proportions avec le Québec est constaté pour les 20-34 ans, 11 % des femmes ont mis fin à leur vie dans la région comparativement à 17 % pour la province. Enfin, aucun décès par suicide n'a été constaté pour les filles de 15-19 ans dans la région, alors que pour l'ensemble du Québec, une proportion de 4 % est relevée à cet égard¹².

12. MSSS, Fichier des décès, 2009.

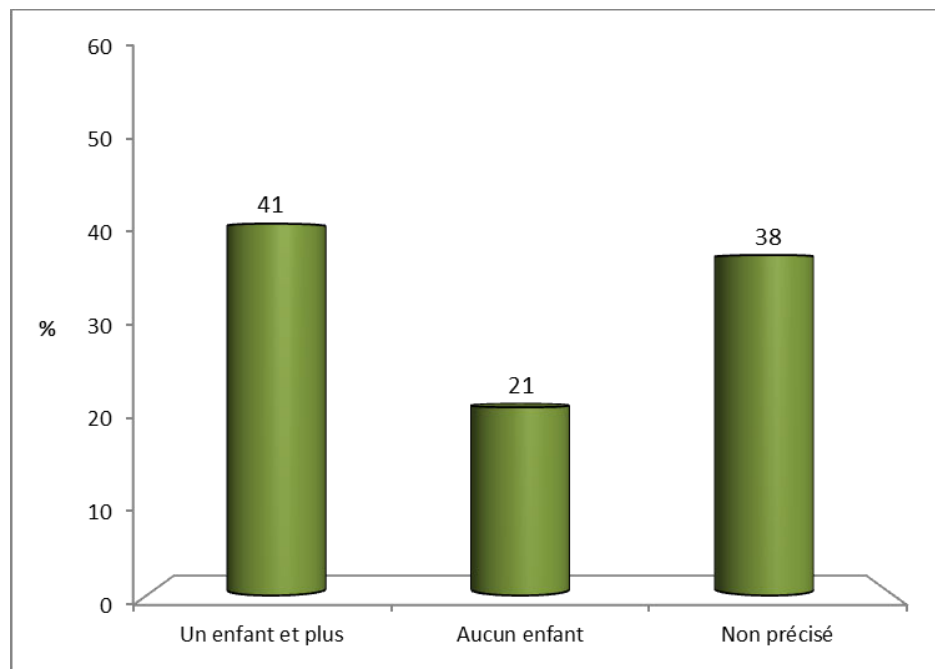
Pour ce qui est du statut marital (la situation de vie et non le statut légal) au moment du décès, indépendamment du sexe, près d'une personne sur trois (30 %) était en couple, mariée ou conjointe de fait, suivie d'une personne sur quatre (23 %) divorcée ou séparée (figure 6). Parallèlement, 16 % des individus décédés par suicide étaient célibataires, 7 % en cours de séparation et 3 % veufs. Sans en constituer un graphique distinct, la distribution par sexe va sensiblement dans le même sens. Il faut néanmoins prendre en compte dans l'interprétation de ces résultats que pour 19 % des gens cette information n'a pu être spécifiée.

Figure 6 :
Répartition des personnes décédées par suicide selon le statut marital,
Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011 (n= 201)



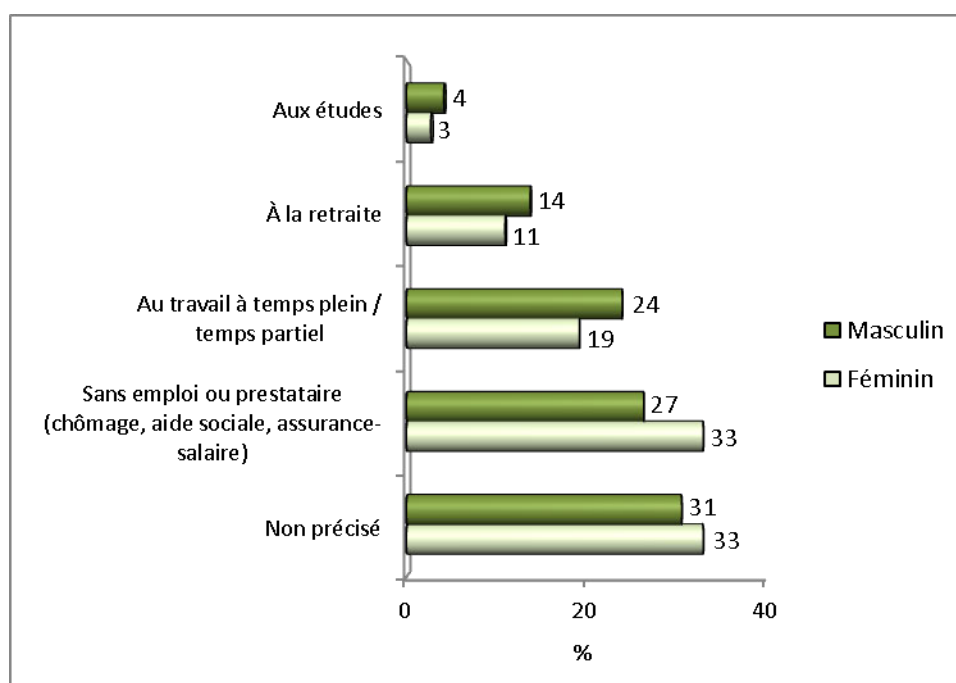
Quant au nombre d'enfants, deux personnes sur cinq avaient au moins un enfant au moment de son décès (41 %), comparativement à une personne sur cinq (21 %) qui n'en avait pas (figure 7). Cependant, pour 38 % des gens, l'information sur les enfants demeure inconnue à la lecture des rapports de coroners, ce qui limite l'interprétation de ces résultats. En référence à la littérature, bien que peu d'auteurs aient abordé la parentalité en lien avec le comportement suicidaire, quelques chercheurs ont évoqué que le fait d'avoir des enfants constituerait une certaine protection contre le suicide [19].

Figure 7 :
Répartition des personnes décédées par suicide selon le nombre d'enfants,
Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011 (n= 201)



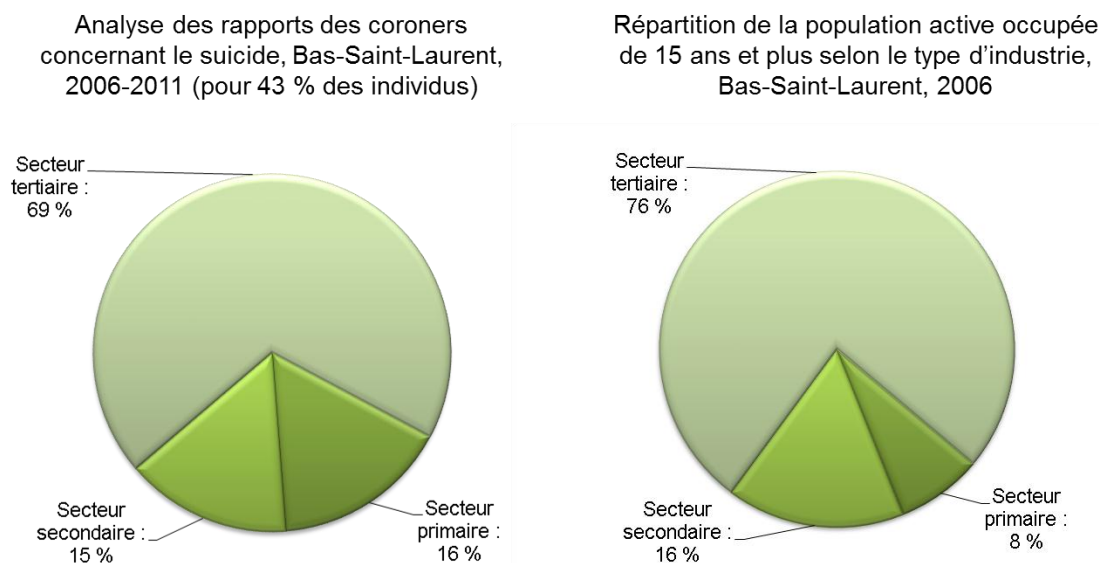
En ce qui a trait à l'occupation au moment du décès, bien que pour le tiers des hommes (31 %) et des femmes (33 %) cette information ne soit pas précisée dans les rapports de coroners, il est remarqué qu'un tiers (33 %) des femmes étaient sans emploi ou prestataires de chômage, d'aide sociale ou d'assurance-salaire, comparativement à 27 % pour les hommes (figure 8). Ces derniers étaient davantage au travail avec 24 % que les femmes (19 %). À cet égard, une étude américaine a démontré des taux de suicide plus élevés chez les sans emploi [12]. Ensuite, d'autres individus qui se sont suicidés étaient à la retraite : 14 % d'hommes et 11 % de femmes. Quelques personnes aux études ont aussi été répertoriées, mais en plus faible proportion.

Figure 8 :
Répartition des personnes décédées par suicide selon l'occupation, par sexe,
Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011 (n= 201)



En lien avec l'occupation, le type d'emploi a pu être relevé auprès de 86 personnes. En regroupant les emplois, une plus grande proportion de personnes travaillaient dans le secteur tertiaire (ex. : services, hébergement et restauration) avec 69 % (figure 9). Les deux autres secteurs d'emploi présentent des proportions similaires de travailleurs soit 16 % dans le secteur primaire (ex. : agriculture, foresterie) et 15 % dans le secteur secondaire (ex. : fabrication, construction). Par comparaison avec la population active occupée de quinze ans et plus de la région, les données de 2006¹³ démontrent 76 % de Bas-Laurentiens travaillant dans le secteur tertiaire, 16 % dans le secteur secondaire et 8 % dans le secteur primaire. Il en est relevé que moins de personnes décédées par suicide travaillaient dans le secteur tertiaire (69 % contre 76 %), tandis que le secteur d'emploi secondaire présentait des proportions comparables (autour de 15 %). Par contre, plus de personnes décédées par suicide travaillaient dans le secteur primaire avec 16 % comparativement aux données de la population active occupée de 2006 (8 %).

Figure 9 :
Répartition des personnes occupant un emploi selon le type d'industrie

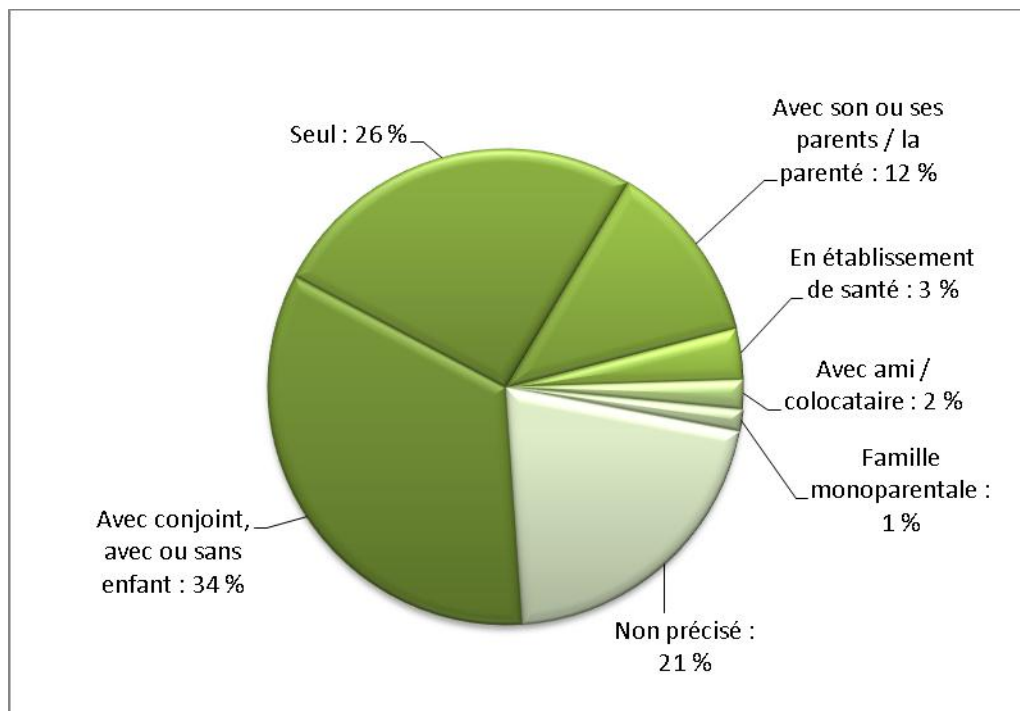


13. Ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec et l'institut de la statistique du Québec (2011), *Pour guider l'action - Portrait de santé du Québec et de ses régions : les statistiques*, gouvernement du Québec, 351 pages.

4.2. Environnement social

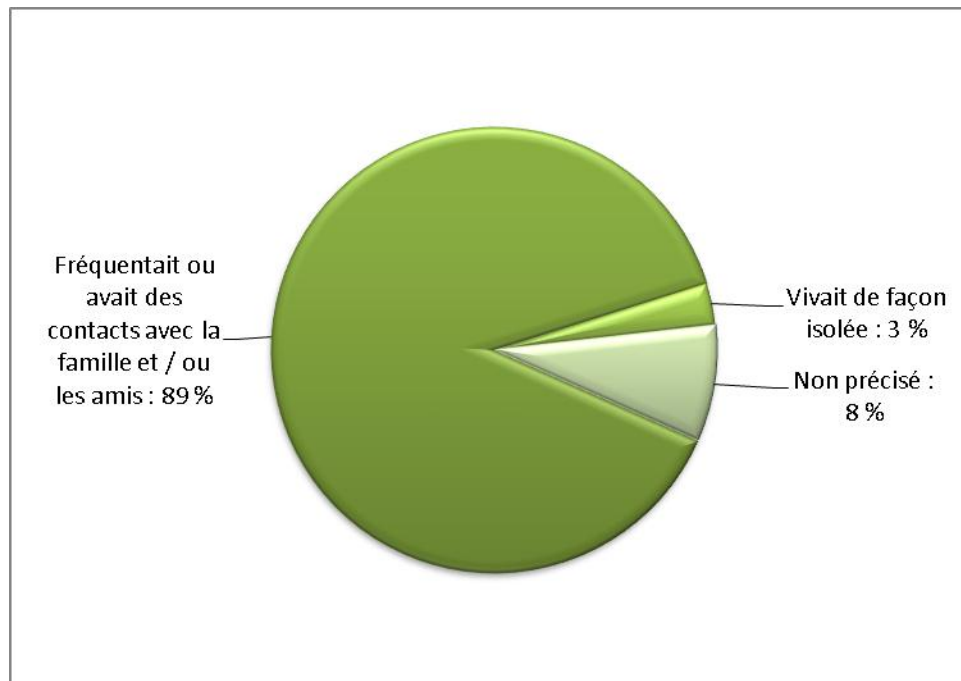
Les énoncés du questionnaire se rapportant à ce thème avaient pour but de recueillir des informations sur la structure du ménage et l'environnement social des personnes décédées par suicide. Il est constaté qu'environ le tiers (34 %) d'entre elles demeuraient avec leur conjoint, avec ou sans enfants (figure 10). Les personnes qui vivaient seules suivent au deuxième rang avec 26 %, suivi de celles qui demeuraient avec leurs parents ou la parenté (12 %), par exemple avec un grand-parent ou un frère. Finalement, de plus petites proportions représentent des gens qui vivaient en famille monoparentale, avec des amis ou des colocataires et en établissement de santé. Il est important de noter que pour 21 % des gens, cette information sur le mode de vie ne peut être précisée.

Figure 10 :
Répartition des personnes décédées par suicide selon la structure du ménage,
Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011 (n= 201)



La figure 11 fournit des informations sur l'environnement social de l'individu dans les six derniers mois précédant son décès par suicide. Il est remarqué que près de neuf individus sur dix (89 %) fréquentaient ou avaient des contacts réguliers avec la famille et/ou les amis. Ainsi, une faible proportion de gens ont été relevés comme vivant de façon isolée (3 %). Bien que le fait d'être entouré d'un réseau social soutenant constitue un **facteur de protection** associé au suicide, cette analyse démontre que la plupart des personnes décédées par suicide entretenaient tout de même certains contacts avec la famille et/ou les amis.

Figure 11 :
Répartition des personnes décédées par suicide selon l'environnement social,
Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011 (n= 201)

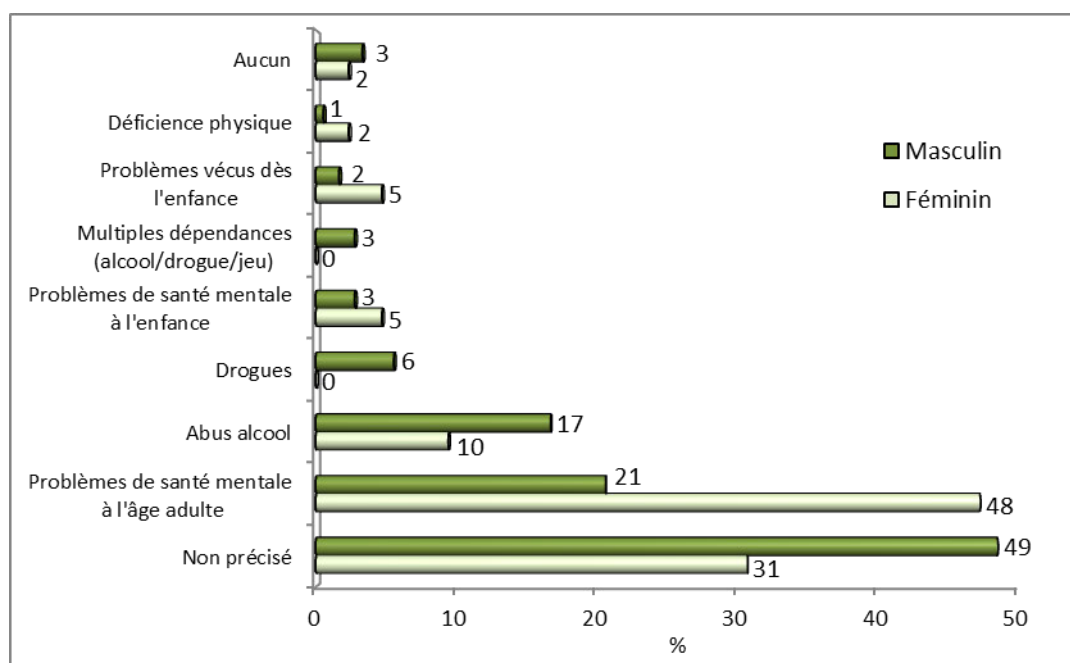


4.3. Contexte antérieur de vie

Tout d'abord, à l'intérieur de ce thème, les antécédents de la personne décédée par suicide ont été abordés dans le questionnaire. Il en résulte, selon les données, que près de la moitié des antécédents chez les femmes (48 %) ont trait à des problèmes de

santé mentale à l'âge adulte (figure 12). Pour ce qui est des hommes, malgré une proportion élevée de données non précisées (49 %), les problèmes de santé mentale à l'âge adulte ressortent aussi avec 21 %, suivi des abus d'alcool (17 %). Ce dernier pourcentage est de 10 % chez les femmes. Tel qu'indiqué dans la figure, d'autres antécédents personnels ont été notés, tels des dépendances et des problèmes vécus à l'enfance (ex. : passages en familles d'accueil, interventions avec la DPJ), mais dans de plus faibles proportions, et ce, pour les deux sexes.

Figure 12 :
Proportion des antécédents personnels*, chez les personnes décédées par suicide, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011 (n= 220)

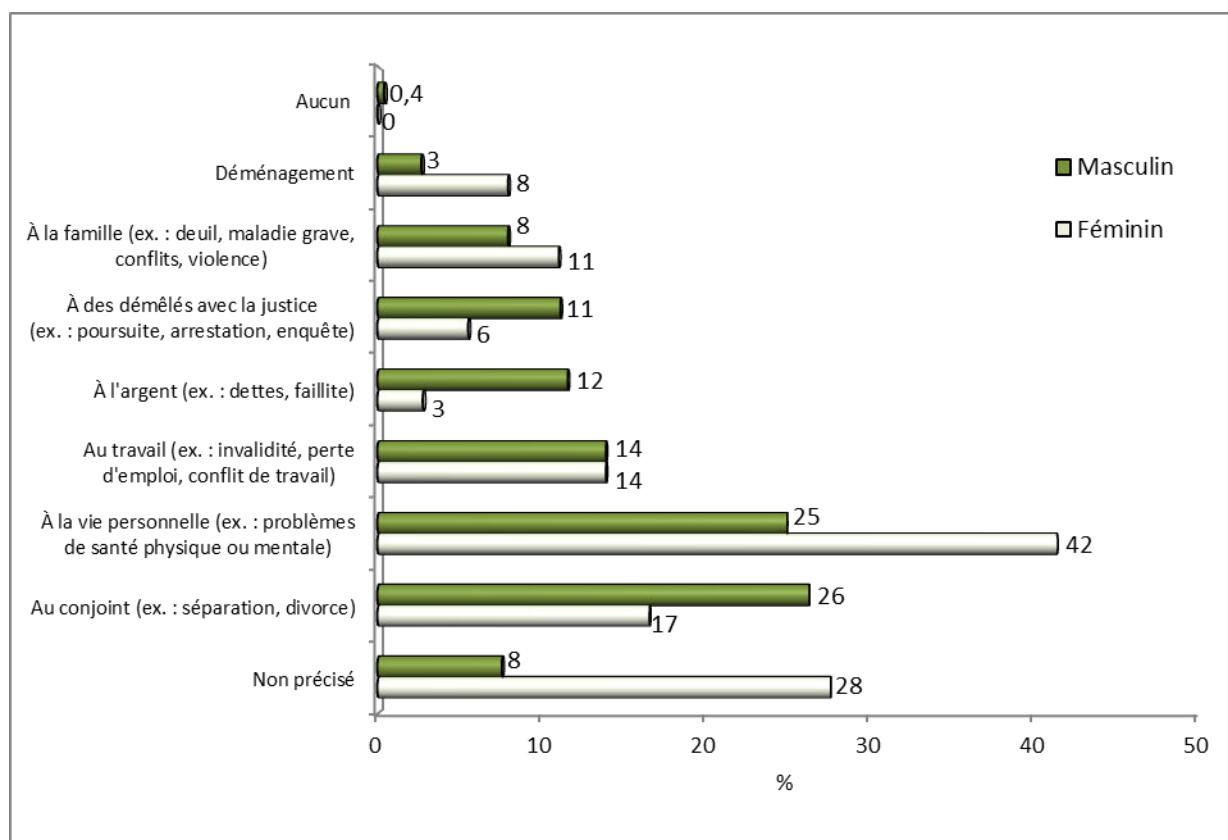


*Une personne peut avoir plus d'un antécédent personnel, ce qui explique le total (n) supérieur au nombre de rapports analysés.

Un autre énoncé relatif au même thème concernait les événements stressants vécus par la personne décédée au cours des six derniers mois. Pour les femmes, ils ont trait principalement dans 42 % des cas à la vie personnelle (ex. : problèmes de santé physique ou mentale), 17 % au conjoint (ex. : séparation, divorce), 14 % au travail (ex. : invalidité, perte d'emploi, conflit de travail), 11 % à la famille (ex. : deuil, maladie

grave, conflits, violence) et 8 % à un déménagement (figure 13). Pour les hommes, ces événements stressants réfèrent en plus grande proportion avec 26 % au conjoint, suivi de 25 % à la vie personnelle, 14 % au travail, 12 % à l'argent (ex. : dettes, faillite) et 11 % à des démêlés avec la justice (ex. : poursuite, arrestation, enquête). Conséquemment, plus d'événements stressants liés au conjoint, à l'argent ou à des démêlés avec la justice ont été vécus par les hommes. À l'inverse, plus d'événements stressants vécus chez les femmes sont liés à la vie personnelle, à la famille ou relatifs à un déménagement. À considérer toutefois que pour ces dernières, il y a 28 % d'information non précisée à cet égard. Des auteurs relèvent qu'en lien avec le suicide, le conflit avec le conjoint et la maladie grave avec hospitalisation prolongée sont considérés généralement comme les deux événements stressants les plus souvent rapportés dans la littérature [22].

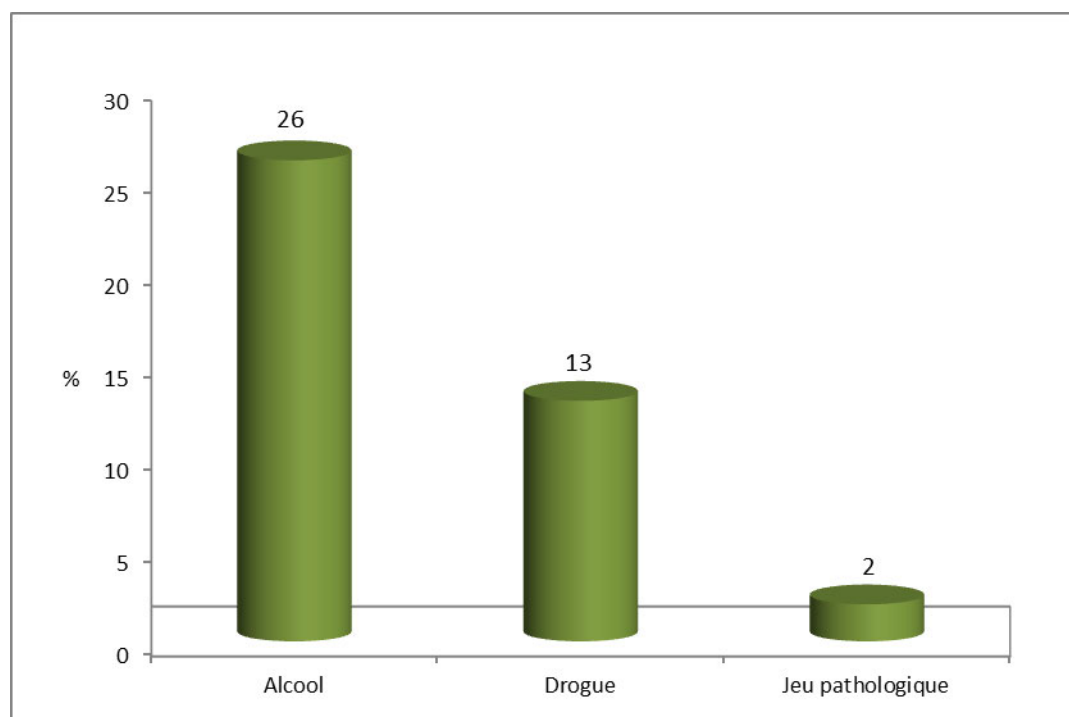
Figure 13 :
Proportion des événements stressants* vécus au cours des six derniers mois, chez les personnes décédées par suicide, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011 (n= 259)



*Une personne peut avoir vécu plus d'un événement stressant.

Certains événements stressants vécus dans le passé par les personnes décédées par suicide peuvent être en lien avec un abus soit d'alcool, de drogue ou encore de jeu pathologique. Ces abus accentuent la vulnérabilité de la personne et réfèrent à des **facteurs contributants** en lien avec la mortalité par suicide. À cet effet, des 201 rapports analysés, en excluant les données non précisées, près de 34 % des personnes ont été répertoriées comme ayant un ou des problèmes d'abus. Au total, il est dénombré 82 problèmes d'abus relevés chez ces dernières. Plus d'un quart des abus se rapportent à l'alcool (26 %) et 13 %, à la drogue (figure 14). Enfin, une faible proportion est liée au jeu pathologique (2 %). Il est rapporté par la littérature que « les personnes qui souffrent d'un trouble d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues sont particulièrement à risque de suicide, ce trouble étant présent chez 30 à 50 % des personnes qui s'enlèvent la vie » [11]. Les résultats de la région semblent converger avec ce constat, puisqu'un peu plus de 30 % d'individus décédés par suicide étaient aux prises avec soit un abus d'alcool et/ou de drogue.

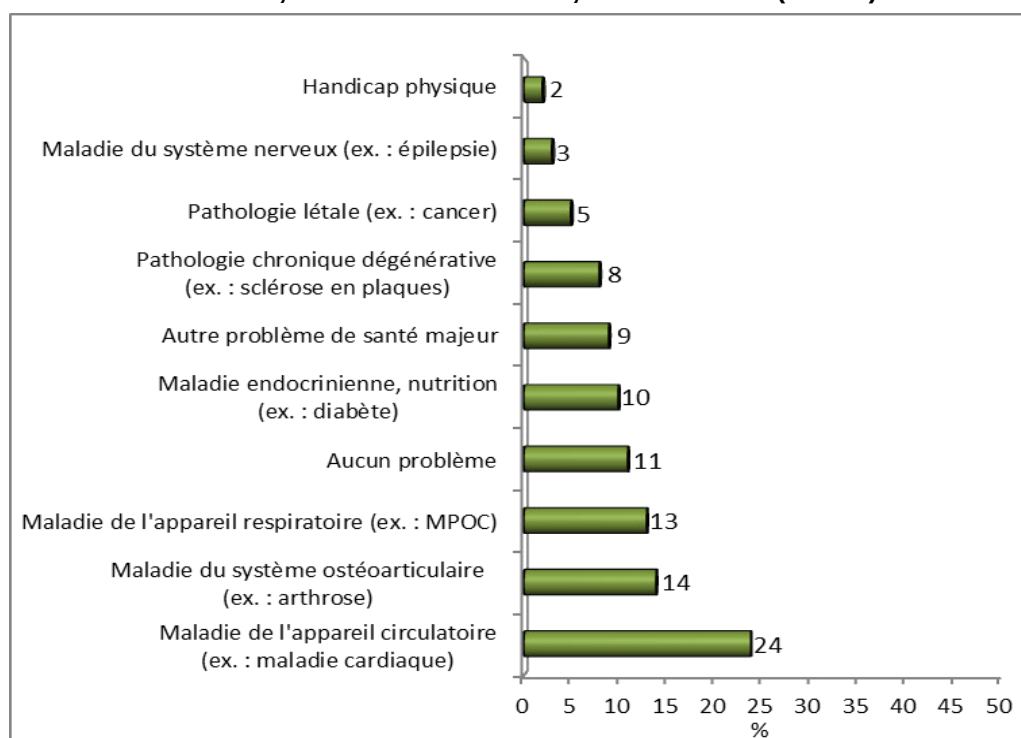
Figure 14 :
Proportion des problèmes d'abus selon le type, chez les personnes décédées par suicide aux prises avec un ou des problèmes d'abus,
Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011 (n= 82)



D'autres circonstances vécues dans la vie d'une personne ayant passé à l'acte ne doivent pas être négligées dans l'analyse. Notamment, le fait d'avoir été confronté au suicide d'une personne de sa famille ou de son entourage constitue un ***facteur prédisposant*** qui contribue à fragiliser la personne. Cette situation a été vécue pour 7 % des personnes décédées par suicide dans la région. Comme les données qui suivent en témoignent, la présence de problèmes de santé physique, d'idées suicidaires ou de tentatives de suicide précédentes sont autant d'événements qui ont pu perturber la vie d'individus avant de poser le geste suicidaire.

Un énoncé du questionnaire d'analyse avait pour but de décrire la santé physique de la personne ayant passé à l'acte. Cependant, il s'est révélé une proportion élevée de rapports de coroners pour lesquels l'information à cet effet ne fut pas précisée (59 %). En excluant ces derniers, donc pour 82 cas de suicides, 124 informations relatives à des problèmes de santé physique ont été relevées dans les rapports (une personne peut présenter plus d'un problème de santé physique). À noter que 11 % des informations ne relèvent aucun problème de santé physique chez la personne s'étant suicidée (figure 15). En plus grande proportion, il est observé que près d'un quart (24 %) des problèmes de santé physique étaient reliés à la maladie de l'appareil circulatoire (ex. : maladie cardiaque), 14 % à la maladie du système ostéoarticulaire (ex. : arthrose), 13 % à la maladie de l'appareil respiratoire (ex. : MPOC) et 10 % à la maladie endocrinienne ou de nutrition (ex. : diabète). En outre, des plus petites proportions de maladies reliées à la santé physique qui ont été répertoriées, 8 % concernent une pathologie chronique dégénérative (ex. : sclérose en plaques) et 5 % une pathologie létale tel le cancer.

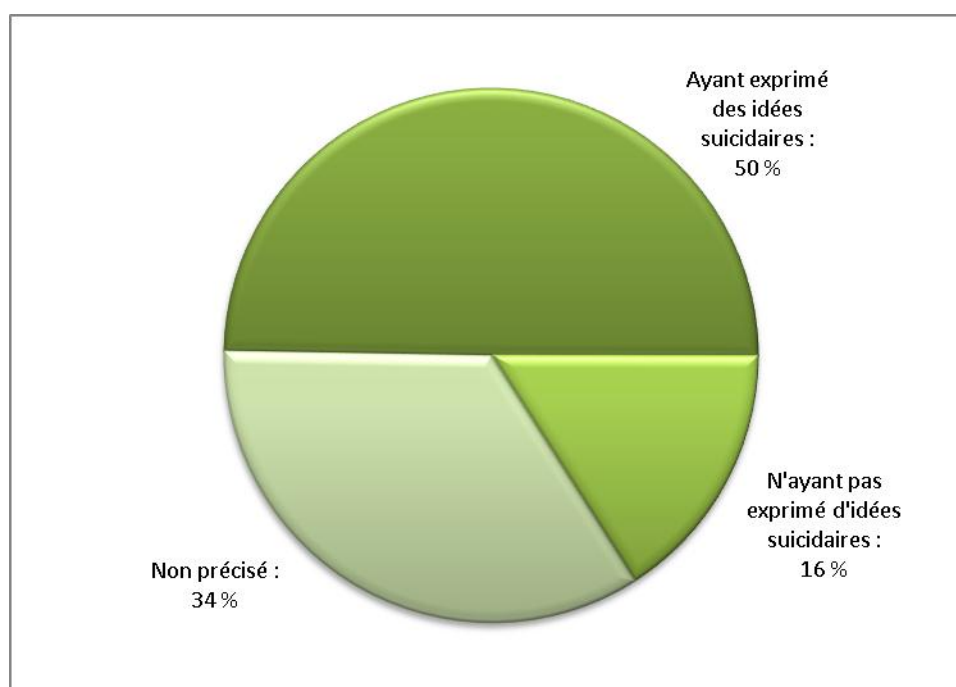
Figure 15 :
Proportion des problèmes de santé physique*, chez les personnes décédées par suicide, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011 (n= 124)



* Une personne peut présenter plus d'un problème de santé physique.

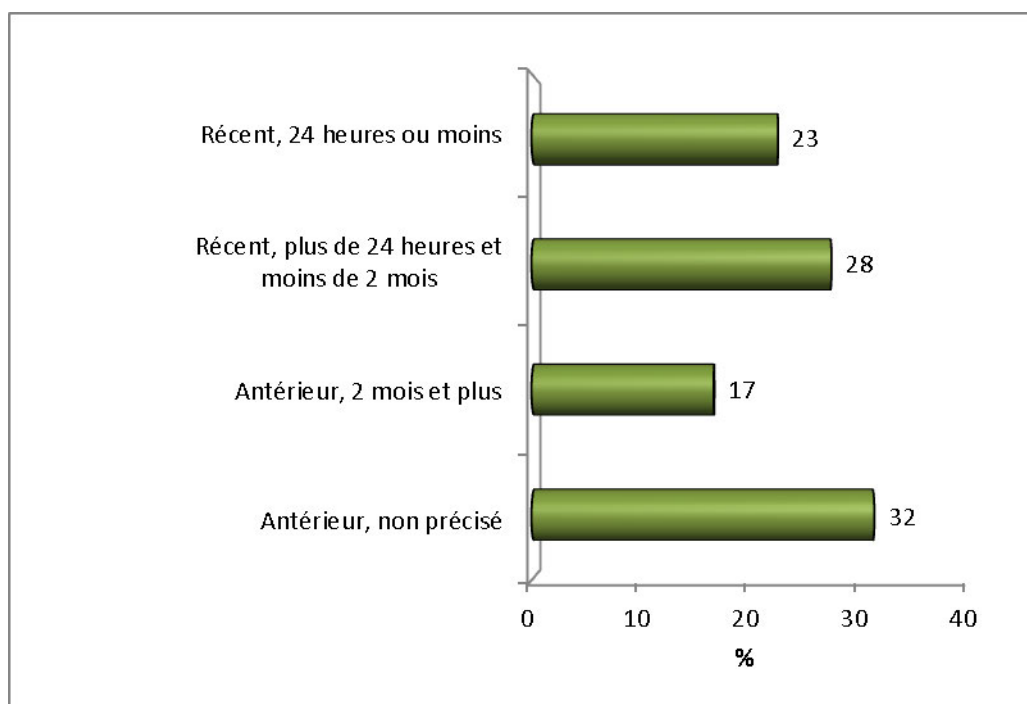
Concernant les idées suicidaires, une personne sur deux (50 %) en a exprimées, soit environ 100 personnes, comparativement à 16 % n'ayant exprimé aucune idée suicidaire, selon le rapport du coroner (figure 16). Toutefois, pour un tiers des gens (34 %) cette information n'a pas été précisée. Au Québec, dans une précédente étude (1996), il a été révélé que pratiquement la moitié des personnes décédées par suicide avaient exprimé des idées suicidaires peu de temps avant de passer à l'acte [22].

Figure 16 :
Répartition des personnes décédées par suicide selon les idées suicidaires exprimées, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011 (n= 201)



Parmi les 100 personnes ayant exprimé des idées suicidaires, 117 ont été formulées de façon plus ou moins récente. Ainsi, une personne peut avoir énoncé plus d'une idée suicidaire, et ce, à différents moments. Concrètement, le délai écoulé est déterminé par le délai entre le moment où les gens ont exprimé des idées suicidaires et le moment où l'acte s'est produit. La moitié des gens (51 %) ont exprimé ces idées suicidaires moins de deux mois avant de passer à l'acte (figure 17). Une personne sur six (17 %) a exprimé des idées suicidaires dans un délai de deux mois et plus. Enfin, pour près d'un tiers des informations (32 %), le délai écoulé entre les idées et le geste ne fut pas précisé.

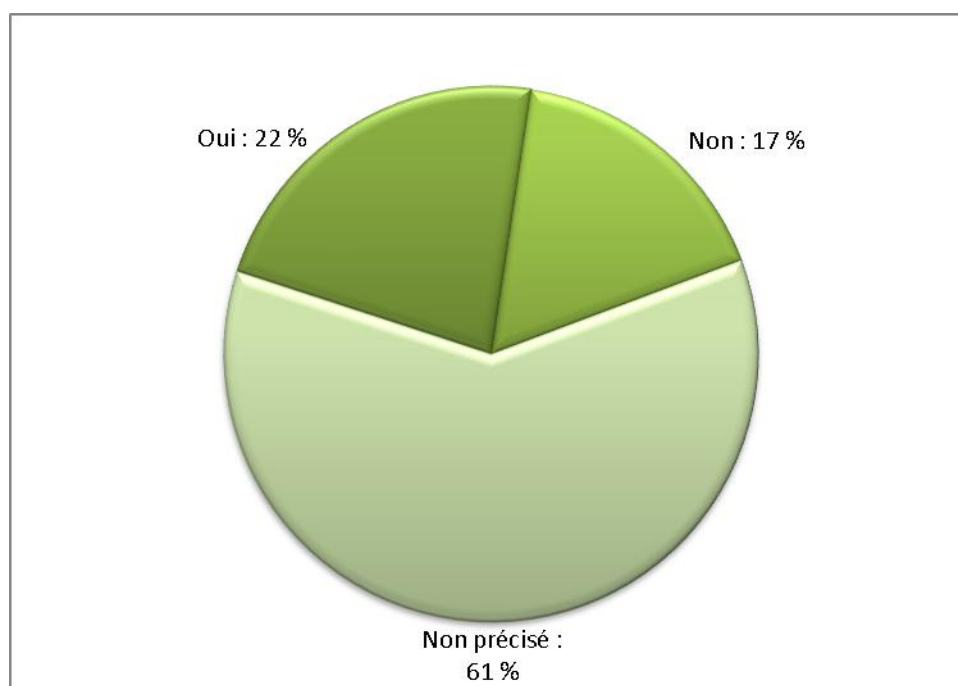
Figure 17 :
Proportion des idées suicidaires* exprimées selon le délai écoulé,
Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011 (n= 117)



* Une personne peut avoir exprimé des idées suicidaires à différents moments.

Parallèlement, pour les tentatives de suicide, 61 % de l'information n'a pu être discernée dans les rapports de coroners (figure 18). Il demeure toutefois que des 201 personnes décédées par suicide, 22 % ont été repérées comme ayant déjà fait une tentative dans le passé, comparativement à 17 % qui n'en ont jamais fait. Une enquête provinciale antérieure (1996) avait soulevé qu'une personne sur trois avait, dans les cinq années précédant le suicide, fait une ou des tentatives de suicide [22].

Figure 18 :
Répartition des personnes décédées par suicide ayant déjà fait une tentative de suicide ou plus, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011 (n= 201)



4.4. Profil de santé

Dans cette section, le profil de santé des personnes décédées par suicide a été analysé selon les informations suivantes :

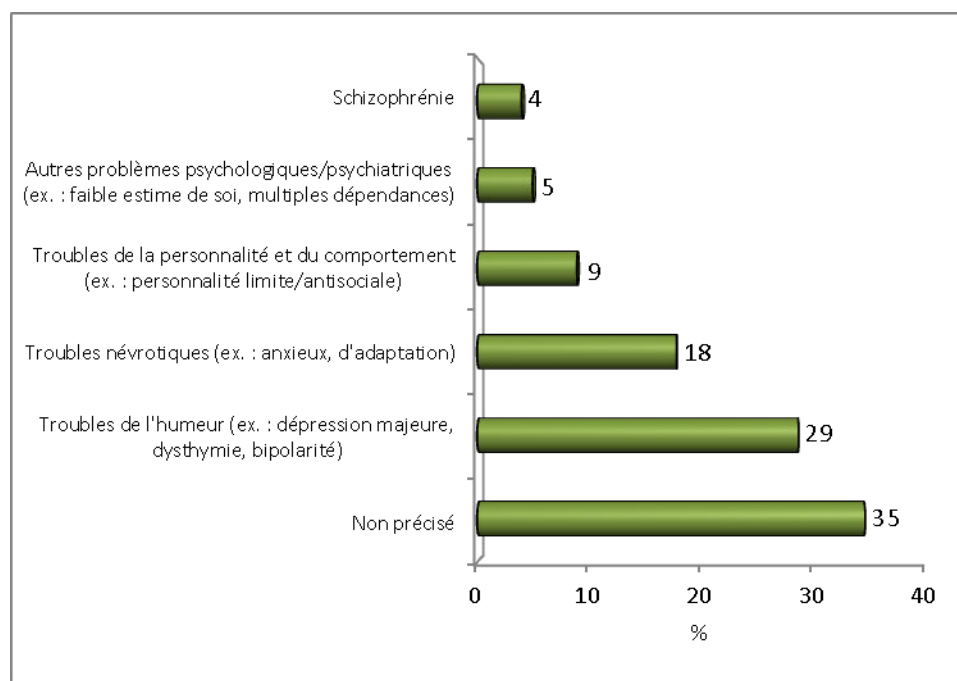
- présence de psychopathologie diagnostiquée par un professionnel de la santé;
- présence de psychopathologie présumée par un proche;
- prescription de médicaments.

Concernant l'information sur la présence d'une psychopathologie diagnostiquée par un professionnel de la santé, dans l'ensemble des 201 personnes :

- 91 personnes avaient au moins une psychopathologie diagnostiquée;
- 32 personnes n'avaient aucune psychopathologie diagnostiquée;
- 78 personnes pour lesquelles l'information n'était pas précisée.

Il est constaté que pour 29 % des psychopathologies diagnostiquées, celles-ci concernaient les troubles de l'humeur (ex. : dépression majeure, dysthymie, bipolarité). Il s'en suit des diagnostics de troubles névrotiques (ex. : troubles anxieux, d'adaptation) qui ont été répertoriés dans 18 % des cas et des troubles de la personnalité et du comportement (ex. : personnalité limite/antisociale) pour 9 % des psychopathologies relevées (figure 19). En outre, la schizophrénie a été rapportée dans 4 % des psychopathologies et dans 35 % des cas l'information ne fut pas précisée à cet égard. Des chercheurs rapportent que la dépression majeure est le désordre de santé mentale le plus fréquemment associé au suicide, suivi par la dépendance à l'alcool ou à la drogue et par la personnalité limite [23].

Figure 19 :
Proportion des psychopathologies diagnostiquées¹⁴ par un professionnel de la santé*, chez les personnes décédées par suicide, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011 (n= 223)

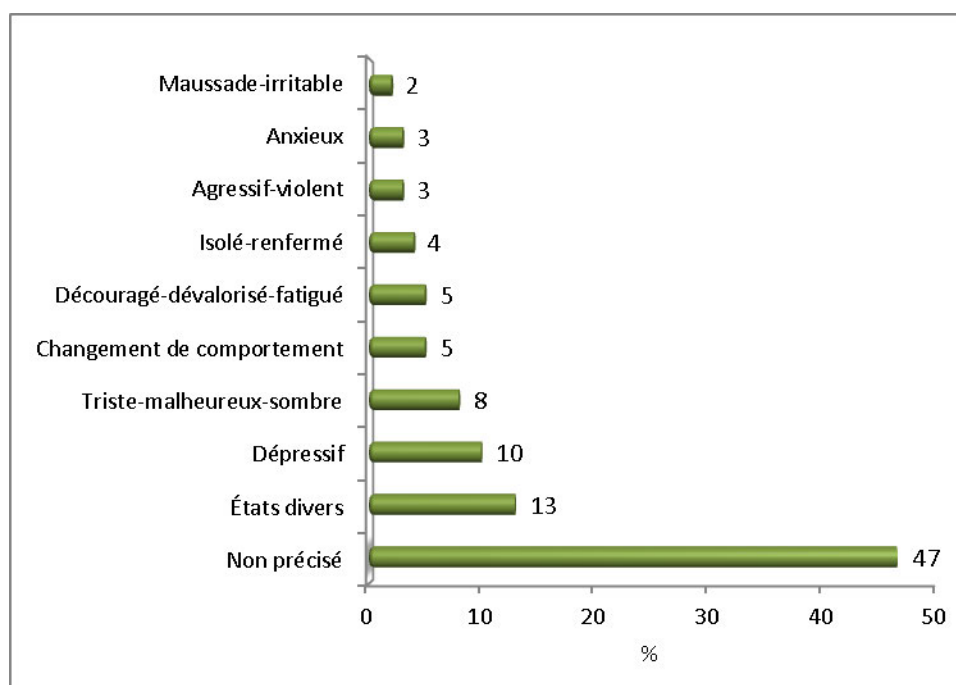


* Une personne peut présenter plus d'une psychopathologie diagnostiquée par un professionnel de la santé.

14. Les psychopathologies diagnostiquées ont été catégorisées selon la classification CIM-10. À titre indicatif, certains troubles de santé mentale seraient regroupés autrement si la classification DSM-IV avait été utilisée. Par exemple, avec la DSM-IV les troubles anxieux et les troubles d'adaptation constituent deux catégories différentes.

Dans un peu plus de la moitié des rapports de coroners (53 %), l'information qu'un ou des proches présumaient une psychopathologie chez la personne décédée par suicide fut abordée (47 % non précisé). Les qualificatifs les plus utilisés par l'entourage pour décrire celle-ci sont : *dépressive*, *triste-malheureux-sombre*, *changement de comportement* et *découragée-dévalorisée-fatiguée* (figure 20). Le regroupement des *états divers* réfèrent à différents qualificatifs utilisés par les proches pour décrire la personne tels que *stressée*, *préoccupée*, *insomniaque*, *impulsive* et *songeuse*. À noter que pour 2 % des personnes, l'information à l'effet qu'aucune psychopathologie n'avait été présumée par un ou des proches a été mentionnée dans le rapport. Ces cas ont donc été exclus de la figure suivante.

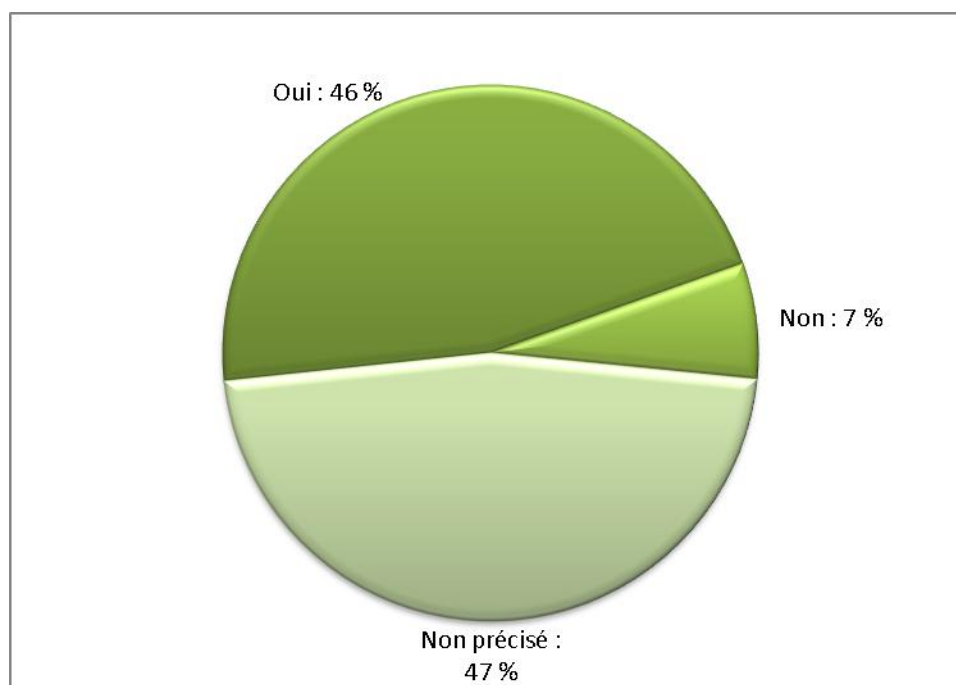
Figure 20 :
Proportion des psychopathologies présumées par un ou des proches*, chez les personnes décédées par suicide, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011 (n= 246)



* Plus d'une psychopathologie a pu être présumée par un ou des proches.

Un peu moins de la moitié des personnes décédées par suicide avaient des médicaments prescrits (46 %), soit 93 personnes (figure 21). Cependant, pour pratiquement la même proportion des gens (47 %) ce renseignement ne fut pas précisé dans les rapports de coroners. Pour 7 % des personnes ayant passé à l'acte, il a été relevé qu'aucune médication n'était prescrite. Des 93 personnes ayant des médicaments prescrits, 25 femmes sur un total de 36 (69 %) en avaient, tout comme 68 hommes sur un total de 165 (41 %). Une personne peut avoir eu plus d'un médicament prescrit. Ainsi, les femmes avaient en moyenne 3,9 médicaments prescrits comparativement à 2,7 pour les hommes. En analysant en profondeur les cas des personnes ayant des médicaments prescrits, soit les 93 personnes, la moitié (50 %) sont répertoriées comme ayant eu au moins un problème de santé physique identifié et 70 % avaient au moins un problème de santé mentale reconnu.

Figure 21 :
Proportion des personnes décédées par suicide ayant ou non des médicaments prescrits, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011 (n= 201)



Pour les 46 % d'individus qui ont été répertoriés comme ayant des médicaments prescrits (93 personnes), 280 médicaments ont été identifiés et regroupés dans 8 catégories (tableau 3)¹⁵. Pour 9 % de ceux-ci, la catégorie de médicaments n'a pu être relevée. Par conséquent, il a été répertorié dans l'analyse qu'une personne avait en moyenne 3 médicaments prescrits. Il est constaté que les quatre catégories de médicaments qui se sont révélées les plus prescrits chez les personnes décédées par suicide sont : les antidépresseurs (20 %), les benzodiazépines (18 %), les antipsychotiques (9 %) et les médicaments cardiovasculaires (8 %).

Tableau 3 :
Nombre et proportion de médicaments prescrits selon la catégorie, chez les personnes décédées par suicide, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011 (n= 278)

Catégorie de médicaments	Nombre	%
Antidépresseurs	56	20
Benzodiazépines	51	18
Antipsychotiques	26	9
Médicaments cardiovasculaires	22	8
Narcotiques	18	6
Analgésiques	12	4
Somnifères	9	3
Autres	62	22
Sous-total	256	91
Non précisé	24	9
Total	280	100

15. Les médicaments ont été identifiés et ensuite classifiés en catégorie selon la pratique clinique proposée par Dr Dorval, médecin-conseil et Dr Turmel, psychiatre-conseil à l'Agence.

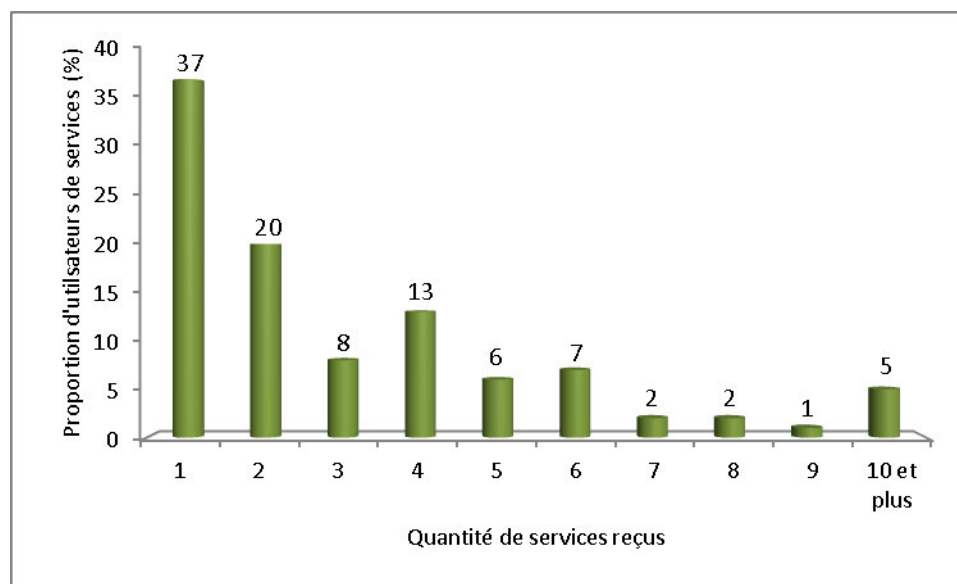
4.5. Services reçus

L'utilisation de services de santé ou de services sociaux, antérieure à l'acte, chez la personne décédée par suicide a été documentée en fonction des informations révélées dans les rapports de coroners. Des 201 personnes décédées par suicide au Bas-Saint-Laurent de 2006 à 2011, il est soulevé que 63 % ont déjà eu recours à des services de santé ou de services sociaux, comparativement à 3 % n'ayant pas utilisé de tels services (34 % non précisé). En distinguant les données selon le sexe, il semblerait que plus de femmes que d'hommes en ont reçus. Ainsi, des 36 femmes s'étant enlevé la vie de 2006 à 2011, 75 % ont eu recours à des services de santé, alors que cette information demeure non précisée pour 25 % des cas. Pour ce qui est des 165 hommes, 61 % ont utilisé des services contre 3 % qui n'en ont pas utilisés, alors que pour 36 % de ces hommes le renseignement n'est pas mentionné.

En lien avec ces résultats, en 2008, 52 % de la population québécoise ayant songé sérieusement au suicide avait consulté un professionnel de la santé à ce sujet. Parmi eux, 60 % étaient des femmes et 43 %, des hommes [14].

À titre indicatif, la quantité de services a été comptabilisée pour chacune des 127 personnes qui ont été répertoriées comme en ayant reçus (figure 22). Il en est ressorti qu'une majorité d'utilisateurs de services ont reçu un seul service de santé (37 %), suivi par un individu sur cinq (20 %) qui en a reçu deux, alors qu'un sur huit (13 %) en a reçu quatre. Les proportions d'utilisateurs de trois, cinq et six services sont comparables (de 6 % à 8 %). Enfin, 5 % des gens ont reçu dix services et plus.

Figure 22 :
Quantité de services reçus parmi les utilisateurs de services, des personnes décédées par suicide, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011 (n= 127)



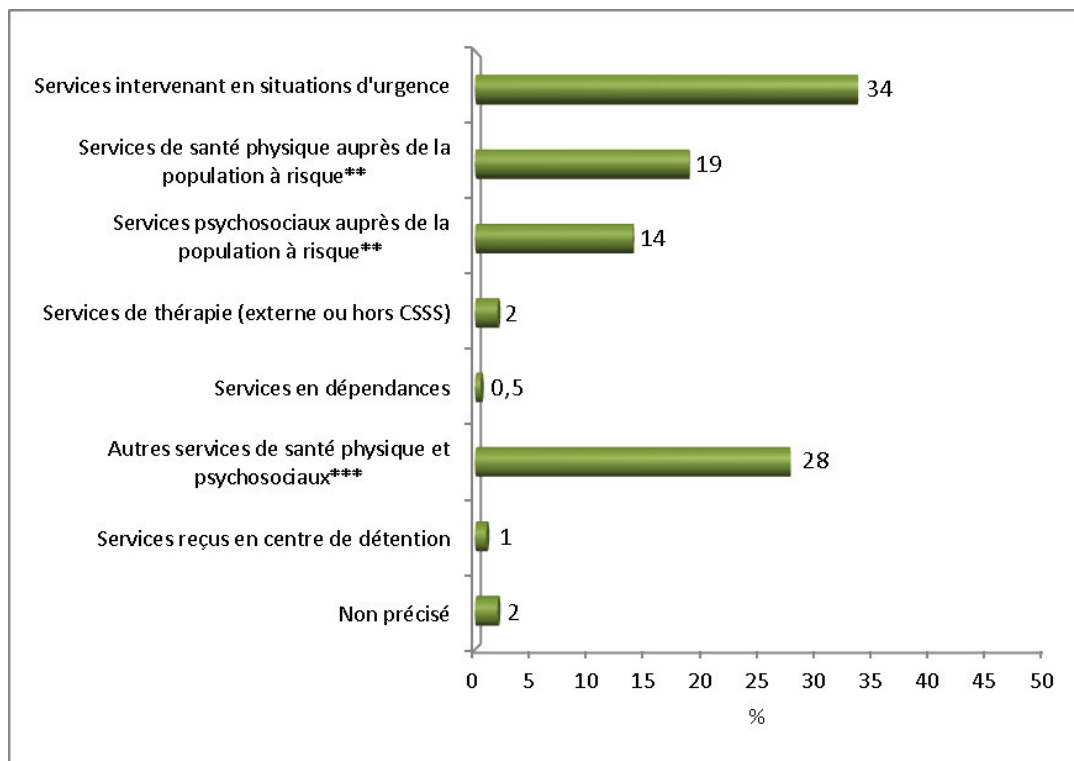
Globalement, 402 services ont été comptabilisés pour les 127 personnes répertoriées comme ayant utilisé des services de santé avant leur passage à l'acte (figure 23). En conséquence, une personne peut avoir reçu le même type de service plusieurs fois ou plusieurs types de services. En classifiant les services consultés par niveau de risque¹⁶ :

- plus d'un tiers (34 %) relèvent de services intervenant en situations d'urgence (centre de prévention du suicide, hospitalisation en psychiatrie, urgence, SOS suicide, suivi étroit et centre de crise);
- 19 % concernent les services de santé physique auprès de la population à risque, excluant les situations d'urgence (clinique de la douleur, clinique externe/spécialisée, hospitalisation en santé physique et neurologue);

16. Classification proposée par Dr Roger Turmel, psychiatre-conseil à l'Agence.

- 14 % concernent des services psychosociaux auprès de la population à risque excluant les situations d'urgence (évaluation/consultation en psychiatrie, hôpital de jour en psychiatrie, clinique sans mur et évaluation en pédopsychiatrie);
- 2 % sont des services de thérapie externe ou hors CSSS (psychologie, thérapie et Trajectoires Hommes);
- 0,5 % des services relèvent de services en dépendances (centre de réadaptation en toxicologie et Estran);
- 28 % réfèrent aux autres services de santé physique et psychosociaux, excluant les services en situation d'urgence et ceux auprès de la population à risque, (CLSC, médecin de famille, médecin de clinique sans rendez-vous, professionnel de la santé, physiothérapie, CRDP et CHSLD en hébergement);
- 1 % se rapportent à des services reçus en centre de détention;
- 2 % des services étaient non précisés.

Figure 23 :
Proportion de services reçus* selon le niveau de risque, chez les personnes décédées par suicide, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011 (n= 402)



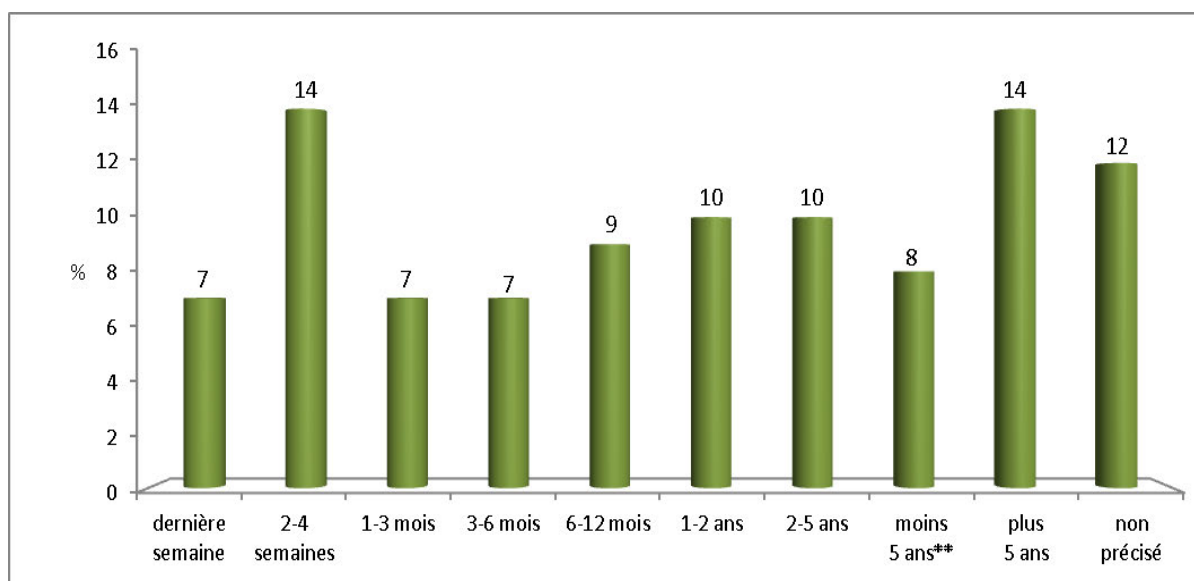
* Une personne peut avoir reçu le même type de services plusieurs fois ou plusieurs types de services.

** Excluant les services en situations d'urgence.

*** Excluant les services en situations d'urgence et ceux auprès de la population à risque.

Par investigation du délai écoulé entre les services reçus et le passage à l'acte, il est constaté que des 402 services, 7 % ont été utilisés dans la dernière semaine et 14 % dans les deux à quatre semaines précédant le suicide (figure 24). Donc, 21 % des services ont été reçus dans le mois avant l'acte suicidaire. De plus, 7 % des services ont été utilisés de un à trois mois ou de trois à six mois antérieurs au geste suicidaire. Près de 10 % des services ont été reçus distinctement dans des délais allant de 6 à 12 mois, de 1 à 2 ans et de 2 à 5 ans précédant le suicide. Enfin, un service sur sept (14 %) a été utilisé plus de cinq ans auparavant, alors que pour 12 % le délai écoulé n'est pas précisé.

Figure 24 :
Proportion de services reçus* en fonction du délai écoulé entre les services reçus et le passage à l'acte, des personnes décédées par suicide, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011 (n= 402)



* Une personne peut avoir reçu des services dans plus d'un intervalle de temps.

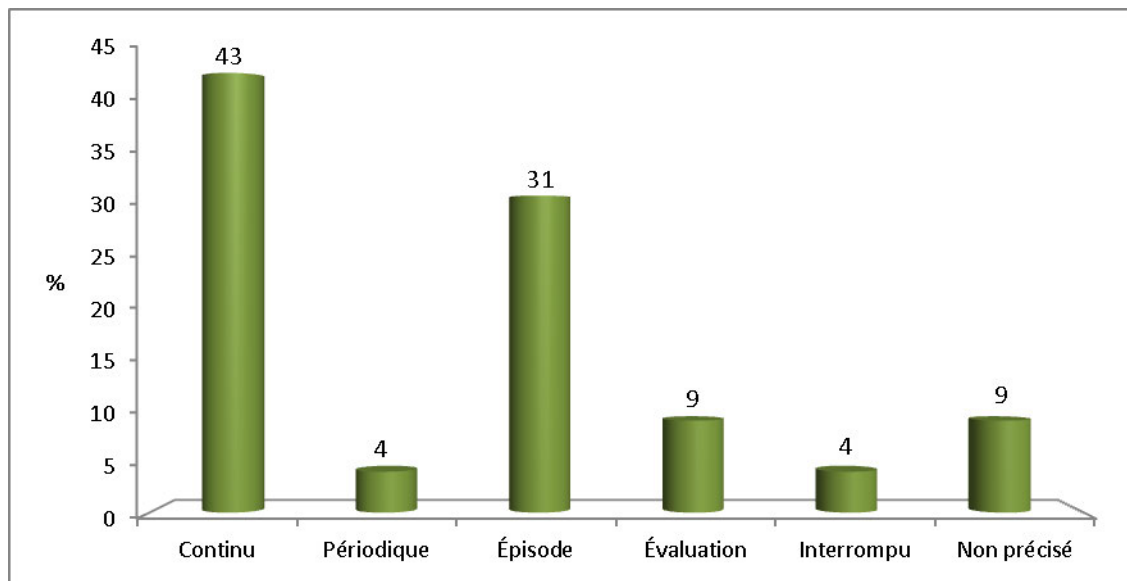
** Sans précision sur le délai écoulé à l'intérieur de cinq ans.

Conjointement, la périodicité des services reçus pour chacune des personnes décédées par suicide a été investiguée (figure 25) dans le but de classer les services reçus comme :

- ***continu*** (liens entre les soins avec un retour vers le même type de service);
- ***périodique*** (sans lien entre les soins);
- ***épisode*** (consultation unique);
- ***évaluation***;
- ***interrompu par l'utilisateur***.

Il en résulte que plus de deux services sur cinq (43 %) sont catégorisés comme *continu*, près d'un tiers (31 %) d'*épisode*, 9 % d'*évaluation* et 4 % de *périodique* ou d'*interrompu* (9 % ne sont pas précisés).

Figure 25 :
Périodicité des services reçus*, des personnes décédées par suicide,
Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011 (n= 402)



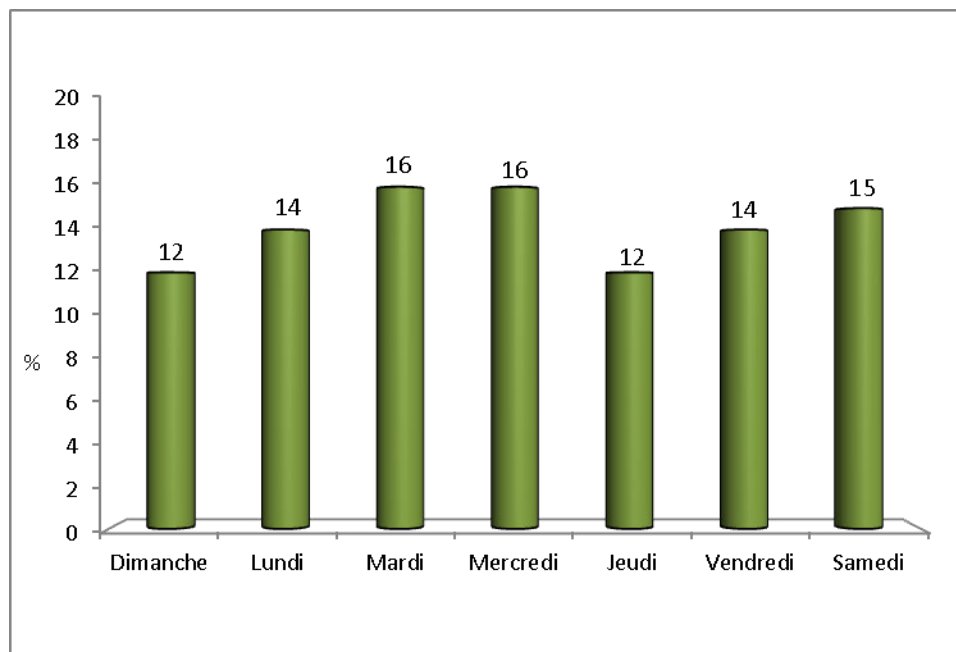
* Une personne peut avoir reçu des services dans plus d'un type de périodicité.

4.6. Information sur le geste suicidaire

Ce thème apporte des détails précis sur l'événement. Il fait état, entre autres, du jour de la semaine, du moment de la journée, de la saison et du lieu où l'acte suicidaire s'est produit. Le ou les moyens utilisés par les personnes s'étant enlevé la vie sont également documentés, de même que la spontanéité du geste.

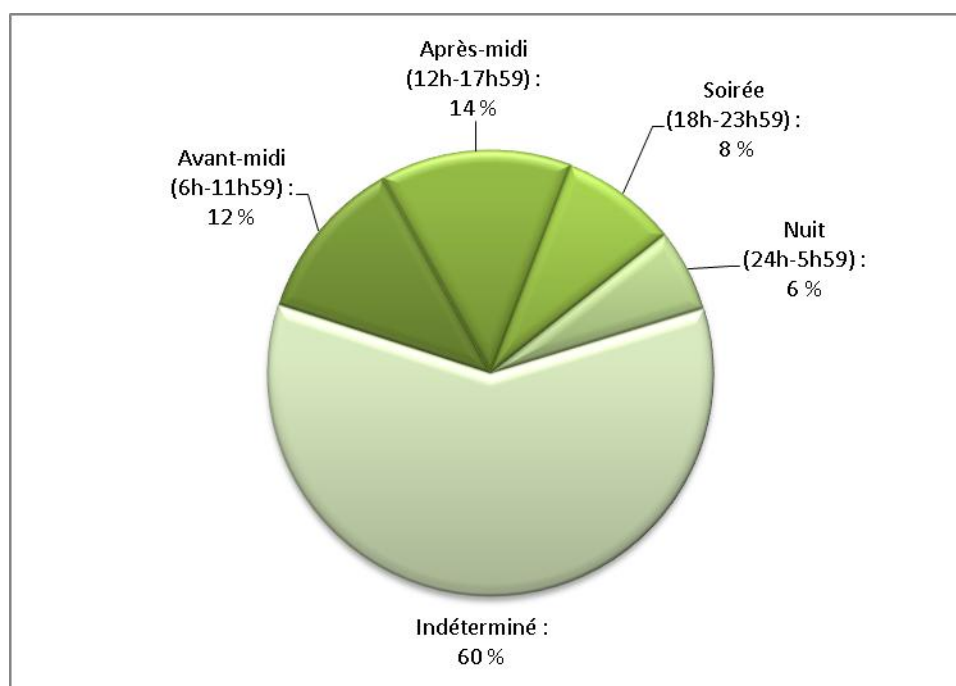
Les suicides survenus au Bas-Saint-Laurent de 2006 à 2011 se répartissent en proportions relativement comparables entre les jours de la semaine (figure 26). Un pourcentage légèrement plus élevé de personnes se sont suicidées un mardi et un mercredi (16 %), alors qu'un peu moins de suicides sont survenus un dimanche et un jeudi (12 %). Dans la littérature, certains sociologues ont avancé l'idée que les suicides seraient plus nombreux en début de semaine qu'à la fin de la semaine [6].

Figure 26 :
Répartition des suicides selon le jour de la semaine,
Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011 (n= 201)



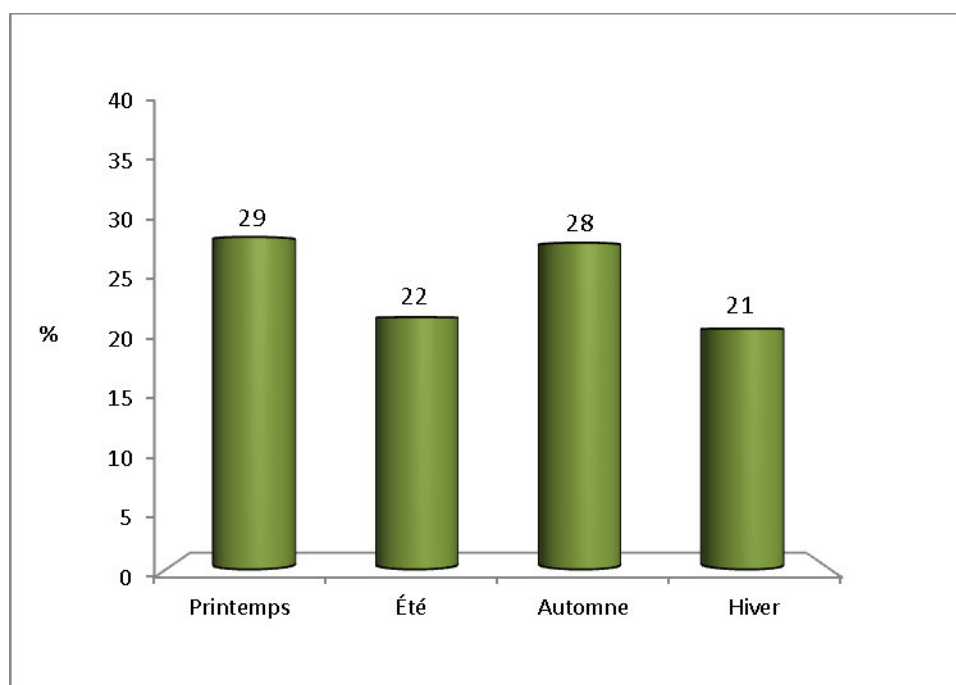
Concernant le moment de la journée, pour 60 % des suicides, l'heure est indéterminée par le coroner. Sinon, 14 % des suicides dans la région se sont produits l'après-midi, 12 % l'avant-midi, 8 % en soirée et 6 % la nuit (figure 27). Des travaux datant de Durkheim (père de la sociologie) qui concernaient la France valent encore aujourd'hui pour la France et même le Québec, selon certains auteurs. Il y est rapporté, notamment, que le suicide se commettrait plus souvent de jour que de nuit [6].

Figure 27 :
Répartition des suicides selon le moment de la journée,
Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011 (n= 201)



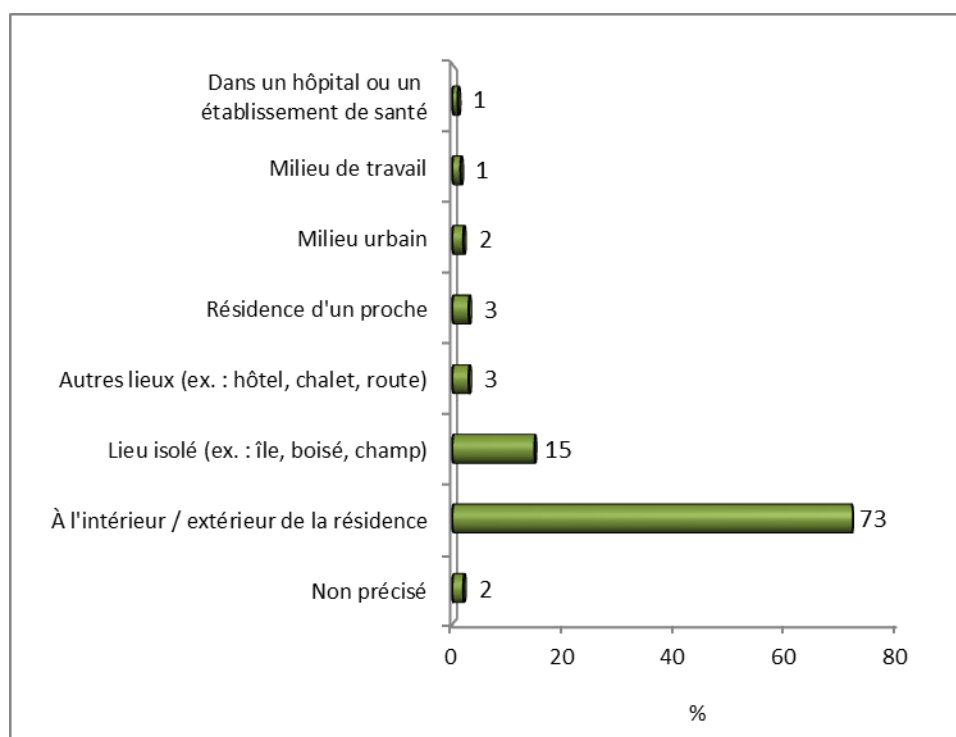
Pour ce qui est de la saison (figure 28), un peu plus de suicides au Bas-Saint-Laurent sont survenus le printemps (29 %) et l'automne (28 %), comparativement à l'été (22 %) et l'hiver (21 %). À noter que plus de femmes (42 %) ont mis fin à leur vie à l'automne et plus d'hommes au printemps (30 %). Au niveau provincial, le pic des suicides se situerait au mois de mai, donc à la saison du printemps. Ces derniers ne seraient pas associés nécessairement aux saisons froides, humides et brumeuses tel qu'on pourrait le penser [6].

Figure 28 :
Répartition des suicides selon les saisons,
Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011 (n= 201)



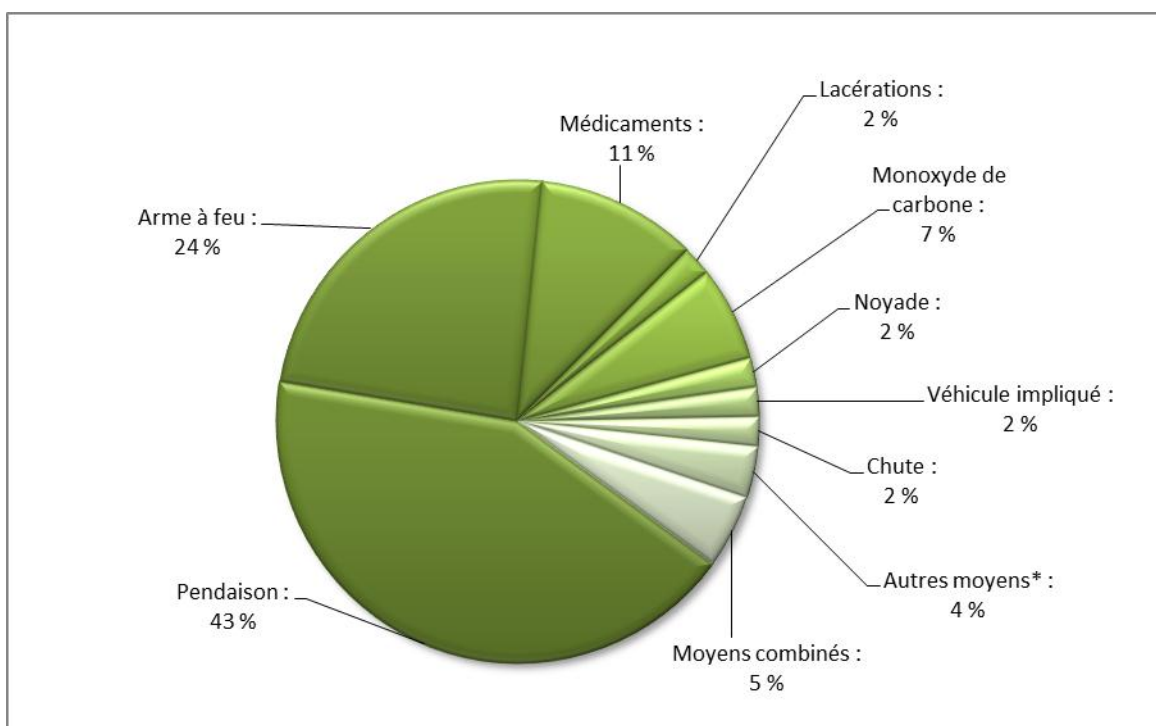
En ce qui a trait au lieu où le geste suicidaire a été commis, près de trois suicides sur quatre (73 %) se sont produits à l'intérieur ou à l'extérieur de la résidence de la personne décédée, suivi par un lieu isolé (ex. : île, boisé, champ) avec 15 % (figure 29). Enfin, de plus petites proportions d'individus ont mis fin à leur jour dans d'autres lieux (ex. : hôtel, chalet, route), dans la résidence d'un proche, en milieu urbain, en milieu de travail ou dans un établissement de santé.

Figure 29 :
Répartition des suicides selon le lieu où il est survenu,
Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011 (n= 201)



Le moyen utilisé par les personnes pour s'enlever la vie diffère (figure 30). Plus de deux personnes sur cinq (43 %) ont utilisé la pendaison, près d'une personne sur quatre (24 %) l'arme à feu, une sur dix (11 %) les médicaments, 7 % le monoxyde de carbone et 5 % des moyens combinés (ex. : médicaments et pendaison). En croisant certaines données, il a été constaté que 14 % des personnes qui ont utilisé la pendaison avaient un taux d'alcool dans le sang supérieur à 80 milligrammes (mg) par décilitre (dl). Au Québec, un taux d'alcool de 80 mg/dl constitue la limite légale pour la conduite automobile et sous-tend que, dépassé ce taux, les facultés de la personne seraient affaiblies. Pour ce qui est des gens qui ont utilisé l'arme à feu, 16 % de ceux-ci dépassaient la limite légale d'alcool dans le sang. Enfin, à proportion égale, 2 % des individus sont décédés par lacérations, par noyade, par implication d'un véhicule ou par chute d'un lieu élevé.

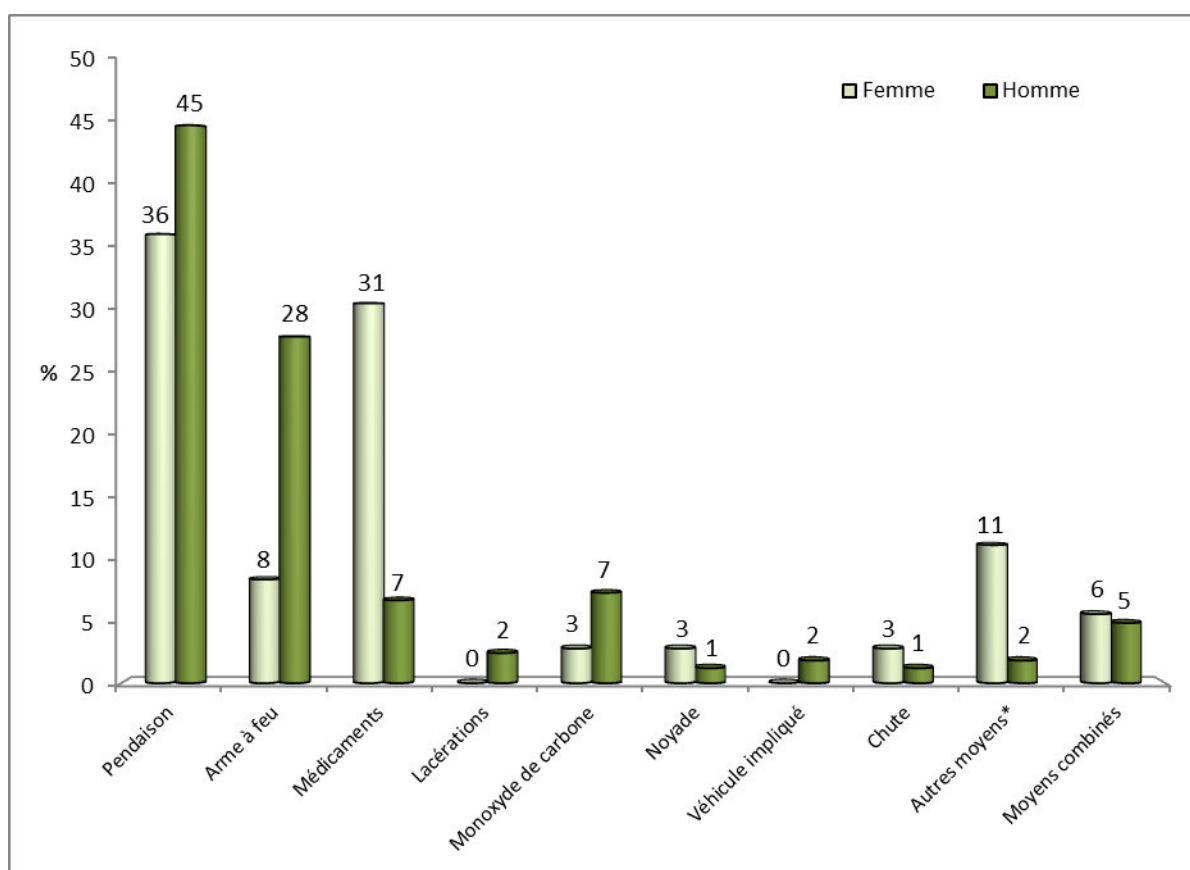
Figure 30 :
Répartition des suicides selon le moyen utilisé pour s'enlever la vie,
Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011 (n= 201)



* Exemples : absorption d'une substance toxique, asphyxie par sac, etc.

En faisant la distinction des moyens utilisés selon le sexe, les hommes ont mis fin à leur jour en plus grande proportion par la pendaison (45 %), suivi par l'arme à feu (28 %). À proportion égale, 7 % des hommes se sont suicidés par auto-intoxication de médicaments ou de monoxyde de carbone (figure 31). Pour leur part, les femmes se sont enlevé la vie en plus grande proportion par la pendaison (36 %), suivi par l'auto-intoxication de médicaments (31 %) et par l'arme à feu (8 %).

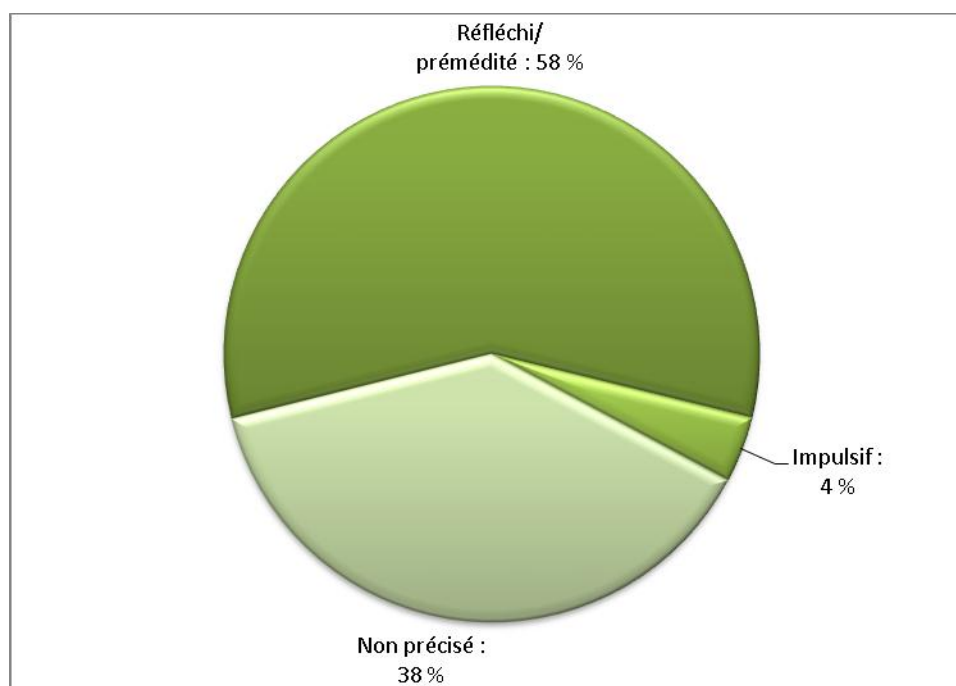
Figure 31 :
Répartition des suicides selon le moyen utilisé pour s'enlever la vie,
par sexe, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011 (n= 201)



* Exemples : absorption d'une substance toxique, asphyxie par sac, etc.

Finalement, concernant la spontanéité du geste, près de trois suicides sur cinq (58 %) ont été analysés comme étant *réfléchis/prémédités*, c'est-à-dire qu'à la lecture des rapports de coroners il y avait mention de la présence de signes avant-coureurs (autres que des propos suicidaires) de préparation avant l'acte, par exemple une mise en scène, un appel téléphonique, des écrits tels qu'une note, une lettre ou un testament laissés à la vue (figure 32). Pour 38 % des cas, la spontanéité du geste n'a pu être établie. Enfin, 4 % des gestes suicidaires ont été catégorisés comme étant *impulsifs* lorsque le coroner indiquait dans le rapport que rien ne laissait présager le geste. À cet effet, il a été démontré une relation entre l'impulsivité et l'augmentation du risque des comportements suicidaires particulièrement chez les adolescents. « L'impulsivité ne serait cependant pas caractéristique de toutes les tentatives de suicide. Elle caractériserait seulement une partie des adolescents suicidaires, plus particulièrement les garçons. » (Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie, 2008) [4].

Figure 32 :
Répartition des suicides selon la spontanéité du geste,
Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011 (n= 201)



4.7. Judicialisation

Ce thème constitue une brève section du questionnaire (3 énoncés) et a pour but de documenter le passé judiciaire, s'il y a lieu, de la personne qui s'est suicidée. Concrètement, il décrit si la personne décédée a fait l'objet d'interventions policières, d'une mise en accusation ou d'une sentence au cours de la dernière année et si elle a déjà été emprisonnée. Les personnes incarcérées sont considérées dans la littérature comme un groupe vulnérable au suicide [13]. Sans toutefois être emprisonnées, les personnes qui ont des ennuis avec la justice peuvent aussi être plus à risque que les autres, ce qui se rapporte aux **facteurs précipitants** liés au suicide. Ainsi, les croyances de la communauté peuvent avoir pour effet d'exacerber les sentiments personnels de honte et de déception associés au fait d'avoir enfreint la loi.

Tout d'abord, selon les rapports des coroners, une personne décédée par suicide sur dix (10 %) aurait fait l'objet d'interventions policières (autre que reliées au code de la route) telle une enquête, soit 8 % au cours de la dernière année et 2 % il y a plus d'un an.

Pour ce qui est des mises en accusation et des sentences, près d'une personne sur huit (12 %) a été mise en accusation ou sentenciée (concernant par exemple une conduite avec les facultés affaiblies, le commerce de drogue, un acte de vandalisme, etc.) au cours des derniers mois précédant le suicide. Plus précisément, 10 % dans la dernière année et 2 % il y a plus d'un an.

Enfin, selon les renseignements divulgués dans les rapports de coroners, environ 2 % des personnes décédées par suicide ont été répertoriées comme ayant déjà été emprisonnées, et ce, dans la dernière année.

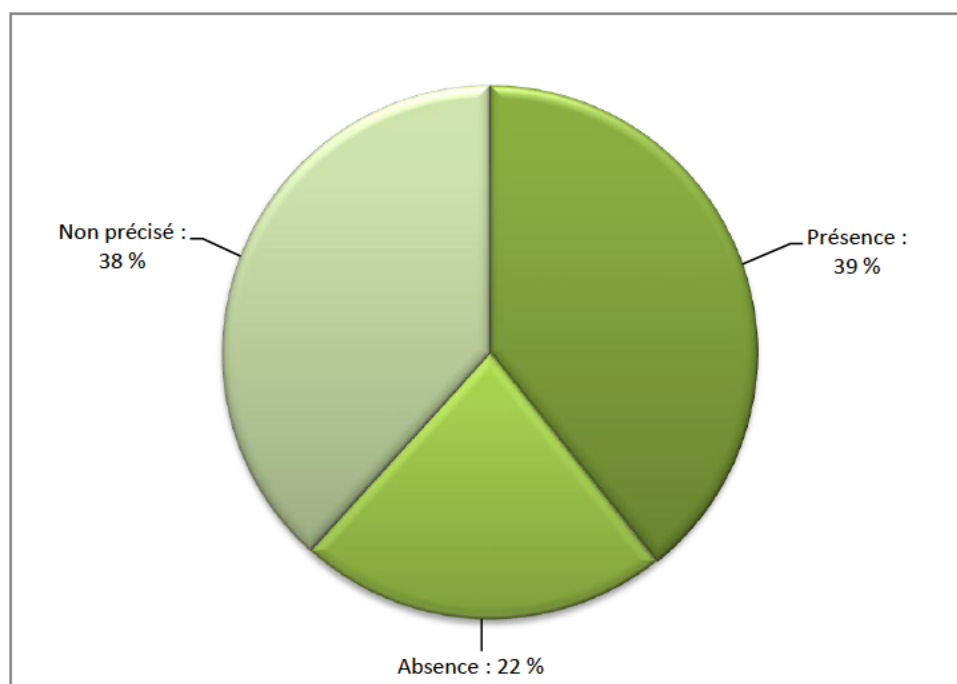
4.8. Analyse toxicologique

Dans les rapports de coroners, il est indiqué que les expertises effectuées sur la personne décédée, lorsque celles-ci sont jugées pertinentes par le coroner, permettent de détecter la présence de drogues, de médicaments, d'alcool ou de monoxyde de carbone dans le sang.

En ce qui a trait à la drogue dépistée, il s'agit de 10 % des personnes décédées par suicide (soit 20 personnes) pour qui les renseignements des rapports de coroners ont permis de répertorier la présence de drogue dans le sang (majoritairement de la cocaïne). À titre indicatif, ces personnes sont décédées principalement par pendaison (45 %). Ensuite, pour 29 % des individus s'étant enlevé la vie, aucune drogue dans le sang n'a été décelée. Dans 61 % des cas, la détection de drogue dans le sang n'a pas été requise par le coroner ou l'information n'a pas été précisée dans le rapport.

Ensuite, dans 39 % des cas (19 femmes et 60 hommes), l'analyse toxicologique a relevé la présence de médicaments dans le sang chez la personne décédée par suicide (figure 33). À la suite de croisements de données, il est constaté que pour ces 79 personnes, les deux troubles de santé mentale les plus fréquents sont les troubles de l'humeur (ex. : dépression majeure, dysthymie, bipolarité) avec 37 % et les troubles névrotiques (ex. : troubles anxieux, d'adaptation) avec 20 %. De plus, toujours parmi les 79 personnes pour lesquelles des médicaments ont été retrouvés dans leur sang, l'information sur les problèmes de santé physique était disponible pour 38 d'entre elles. De celles-ci, il a été relevé que les deux problèmes de santé physique les plus diagnostiqués sont les maladies liées à l'appareil circulatoire (ex. : maladie cardiaque) avec 28 % et celles liées au système ostéoarticulaire (ex. : arthrose) avec 18 %. Il est à considérer que dans 38 % des rapports, la présence ou l'absence de médicaments dans le sang n'a pas été indiquée. Enfin, pour 22 % des personnes décédées par suicide l'absence de médicaments dans le sang a été confirmée.

Figure 33 :
Répartition des suicides selon la présence ou non de médicaments dans le sang,
Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011 (n= 201)



Pour les 39 % de la figure précédente, soit 79 personnes ayant des médicaments dans le sang, 196 catégories de médicaments ont été identifiées (tableau 4). Pour 1 % de ceux-ci, la catégorie de médicament n'a pu être précisée. Une moyenne de près de 2,5 médicaments par personne ont été retrouvés dans le sang. Les données révèlent que les benzodiazépines (41 %), les antidépresseurs (20 %) et les analgésiques (9 %) sont les catégories de médicaments les plus repérées dans le sang. Cette information rejoint en partie celle des médicaments prescrits, puisque les benzodiazépines et les antidépresseurs se retrouvent aussi parmi les plus prescrits. Selon la littérature, quelques études, notamment en Europe, ont révélé que les benzodiazépines, les analgésiques et les antidépresseurs sont les trois médicaments les plus souvent impliqués dans les suicides [23]. À noter que des 79 personnes ayant des médicaments dans le sang, 66 % avaient des médicaments prescrits.

Tableau 4 :
Nombre et proportion de médicaments retrouvés dans le sang selon la
catégorie¹⁷, Bas-Saint-Laurent, 2006 à 2011 (n= 196)

Catégorie de médicaments	Nombre	%
Benzodiazépines	80	41
Antidépresseurs	40	20
Analgésiques	18	9
Narcotiques	9	5
Antipsychotiques	8	4
Somnifères	6	3
Médicaments cardiovasculaires	4	2
Autres	30	15
Sous-total	195	99
Non précisé	1	1
Total	196	100

17. Les médicaments ont été identifiés et ensuite classifiés par catégorie selon la pratique clinique proposée par Dr Dorval, médecin-conseil et Dr Turmel, psychiatre-conseil à l'Agence.

En analysant les moyens utilisés par les personnes dont la présence de médicaments dans le sang a été décelée, il est remarqué qu'une majorité (39 %) sont décédées par pendaison, suivi de 22 % par auto-intoxication médicamenteuse et de 15 % par arme à feu. Un total de 70 médicaments ont été consommés par les personnes auto-intoxiquées ce qui augmente, pour leur part, la moyenne à 4 médicaments par personne retrouvés dans le sang. Les catégories de médicaments qui sont les plus retrouvées dans le sang chez les personnes auto-intoxiquées rejoignent celles des médicaments prescrits.

Pour ce qui est de l'alcool dans le sang, un peu moins d'une personne sur quatre (23 %) a été repérée comme ayant de l'alcool dans le sang au moment de son décès. De ces personnes, près des trois quarts (74 %) avaient un taux d'alcool supérieur à la limite de 80 milligrammes (mg) par décilitre (dl) et pour plus d'un quart (26 %), leur taux était inférieur à ce seuil. Des personnes ayant un taux d'alcool dépassant le seuil légal, soit 5 femmes et 28 hommes, les deux tiers étaient âgées entre 30 et 59 ans. Également, pour le tiers des personnes ayant dépassé la limite permise d'alcool dans le sang, la cause de leur décès était la pendaison et pour le quart d'entre-elles, l'arme à feu. Chez 29 % des individus, les analyses n'ont décelé aucun alcool dans le sang, alors que pour 11 % des cas, cette expertise toxicologique n'a pas été requise par le coroner. Enfin, dans 37 % des rapports cette information n'a pas été précisée.

Finalement, pour les personnes qui ont utilisé le monoxyde de carbone comme moyen de mettre fin à leur vie, soit 7 % des 201 personnes décédées par suicide au Bas-Saint-Laurent, 85 % avaient un taux de ce gaz de plus de 50 cm³/m³ (ppm) dans le sang, soit 50 % d'intoxication. Enfin, 15 % des personnes avaient combiné le monoxyde de carbone avec un autre moyen (taux du monoxyde de carbone inférieur à 50 %).

4.9. Suicide par arme à feu

Cette section du questionnaire permet d'investiguer sur le contexte entourant l'utilisation de l'arme à feu pour les personnes ayant utilisé ce moyen pour s'enlever la vie. Selon la littérature, les risques de suicide sont cinq fois plus élevés dans les maisons où des armes à feu sont présentes [5]. Des études publiées dans les dernières années soulèvent qu'en l'absence d'arme à feu, une personne suicidaire ne se tournera pas nécessairement vers un autre moyen; la thèse du déplacement tactique est donc démentie. « Le laps de temps entre l'idée de se suicider et le passage à l'acte est de quelques minutes. La présence d'une arme ajoute un facteur supplémentaire d'impulsivité » [1].

Dans le cadre de l'analyse, des personnes ayant utilisé le moyen de l'arme à feu pour se suicider (49 personnes), 61 % ont été répertoriées comme possédant une arme à feu, 8 % n'en détenaient pas (l'arme utilisée pour le suicide n'était pas enregistrée à leur nom ou l'information sur l'enregistrement n'était pas spécifiée) alors que pour 31 % des cas, cette information n'a pas été précisée dans le rapport de coroner.

Des 49 personnes décédées par arme à feu, 29 % ont été identifiées comme étant des chasseurs, comparativement à 6 % qui n'en sont pas. Pour 65 % des décès impliquant une arme, ce renseignement n'a pu être émis. Selon les informations disponibles dans les rapports de coroners, il semblerait que pour 20 % des personnes décédées, l'arme à feu était enregistrée, opposé à 8 % qui ne l'était pas. Pour 71 % des cas, ce renseignement n'a pu être attesté.

Enfin, 10 % des armes à feu auraient été entreposées sous clé dans un contenant, un compartiment ou une pièce verrouillée (rendue inaccessible), comparativement à 16 % pour qui cette précaution n'aurait pas été prise. Toutefois, cette information n'a pas été témoignée dans 74 % des rapports de coroners.

5. Discussion

Après avoir présenté les résultats de la région bas-laurentienne, certains plus préoccupants ou qui évoquent des particularités régionales sont abordés en lien avec ce qui est connu, notamment au Québec, de la littérature sur la problématique du suicide. Par la suite dans la conclusion, il sera dressé un bref profil de la personne vulnérable au Bas-Saint-Laurent, de ce qui se dégage des suicides des dernières années dans la région, tout en abordant quelques services et pratiques préventives à cet égard.

En regardant les résultats relatifs aux renseignements sociodémographiques et parmi les 201 rapports étudiés, il a été constaté que 82 % étaient des hommes (entre 2006 et 2011) comparativement à 77 % pour la province (2009)¹⁸. Concernant les groupes d'âge, une particularité avec le Québec réside dans le fait que pour la région, c'est la tranche d'âge des 50-64 ans qui compte le plus de suicides avec 33 %, suivi des 35-49 ans (27 %), alors que pour la province (données provisoires de 2009), il s'agit des 35-49 ans avec 36 %, suivi des 50-64 ans (30 %) [8].

En ce qui a trait au statut marital, il est reconnu dans la littérature comme étant associé à la mortalité par suicide. Notamment, il a été démontré en Europe et même au Québec, il y a plus d'une décennie, que les personnes seules ou célibataires sont plus sujettes à avoir des idées suicidaires et à poser l'acte que celles d'autres statuts. À titre indicatif, par le passé pour la province, les données avaient révélé qu'une proportion de 43,6 % des individus décédés par suicide étaient célibataires, suivis des mariés ou conjoints de fait (34,7 %), des divorcés ou séparés (18,4 %), et des veufs (3,3 %) [22]. Récemment, Statistique Canada a publié un article qui soulevait qu'indépendamment du sexe, les individus mariés étaient les moins à risque de se suicider et les célibataires les plus susceptibles, avec un taux 3,3 fois plus élevé, suivis par les veufs et les divorcés. En tenant compte du genre, ce sont les hommes célibataires les plus enclins à décéder par suicide que ceux mariés, le mariage pouvant considérer un facteur de

18. MSSS, Fichier des décès, 2009.

protection (données de 2007) [20]. Pour le Bas-Saint-Laurent, dans le cadre de la présente analyse, il a été remarqué qu'une prédominance d'individus décédés par suicide étaient mariés, conjoints de fait ou en couple (30 %) dans la région. Les individus divorcés ou séparés (23 %), les célibataires (16 %), ceux en cours de séparation (7 %) et enfin les veufs (3 %) suivaient. La région ne semble donc pas rejoindre les tendances à l'égard du statut marital, puisque les célibataires se retrouvent au troisième rang des personnes décédées par suicide, alors que les personnes mariées se situent au premier rang. Il en est de même pour la distribution par sexe de ces statuts civils.

Les résultats relatifs à l'environnement social des individus décédés par suicide concordent avec ceux du statut marital dans le fait qu'une plus grande proportion de ceux-ci demeuraient avec leur conjoint avec ou sans enfants (34 %), comparativement à ceux qui vivaient seuls (26 %), avec leurs parents ou la parenté (12 %), en établissement de santé (3 %), avec des amis ou colocataires et en famille monoparentale (1 %). Cela coïncide avec la particularité que plus de gens mariés (30 %) se sont suicidés dans la région que de célibataires. Dans le même ordre d'idée, 89 % des gens ayant mis fin à leur vie fréquentaient ou avaient des contacts avec la famille et/ou les amis dont ceux mariés, à l'opposé de 3 % des gens qui ont été répertoriés comme vivant de façon isolée. Pour sa part, la littérature a démontré que le soutien social est un facteur de protection important des comportements suicidaires [10]. Selon les résultats régionaux, il est constaté que ce ne sont pas d'emblée les personnes célibataires et celles vivant de façon isolée qui ont été les plus nombreuses à poser un geste suicidaire.

Pour ce qui est de l'historique des services reçus par les personnes s'étant enlevé la vie dans la région, les résultats peuvent sembler préoccupants dans le fait qu'une majorité de personnes ont déjà eu recours à des services de santé ou de services sociaux (63 %) et non l'inverse (3 % n'ont pas reçu de services et 34 % non précisé). Dans le but de documenter ce constat, le profil de ces personnes a fait l'objet d'une analyse plus détaillée.

Des 127 personnes¹⁹ (100 hommes et 27 femmes) qui ont pu être identifiées comme ayant reçu des services de santé et de services sociaux (402 services reçus au total), il est précisé dans les rapports de coroners que :

- 67 % avaient des médicaments prescrits;
- 29 % étaient aux prises avec un abus d'alcool;
- 28 % avaient déjà fait une tentative de suicide ou plus;
- 17 % avaient été confrontées au décès d'une personne dans sa famille ou son entourage (suicide ou autre cause);
- 14 % étaient aux prises avec un abus de drogue;
- 7 % avaient fait l'objet d'interventions policières au cours de la dernière année;
- 8 % avaient fait l'objet d'une mise en accusation ou d'une sentence au cours de la dernière année.

Toujours des 127 personnes²⁰, il est répertorié dans les rapports de coroners que :

- 51 % de leurs antécédents personnels étaient reliés à des problèmes de santé mentale à l'âge adulte;
- 15 % concernaient des antécédents de problèmes d'abus d'alcool;
- 37 % de leurs psychopathologies diagnostiquées se référaient à un trouble de l'humeur (ex. : dépression majeure, dysthymie, bipolarité), 23 % à un trouble névrotique (ex. : trouble anxieux, d'adaptation) alors que 11 % relevaient d'un trouble de la personnalité;
- 33 % de leurs événements stressants étaient liés à la vie personnelle (ex. : problèmes de santé physique ou mentale), 23 % au conjoint et 14 % au travail;
- 52 % de leurs idées suicidaires ont été exprimées de façon récente (au cours des deux derniers mois).

19. Référence à la section 4.5 qui concerne les services reçus.

20. Ces personnes peuvent avoir rencontré plus d'un antécédent personnel, d'un diagnostic de psychopathologie, d'un événement stressant et d'une séquence d'idées suicidaires.

6. Conclusion

Cette première analyse des rapports des coroners, concernant les décès par suicide survenus au Bas-Saint-Laurent de 2006 à 2011, a permis de dresser un profil plus spécifique de la personne vulnérable au suicide dans la région. Voici quelques caractéristiques qui ressortent davantage du profil des 82 % d'hommes décédés par suicide.

Une plus grande proportion d'hommes :

- était âgé de 50 à 64 ans, marié et demeurait avec leur conjointe;
- fréquentait ou avait des contacts avec la famille et/ou les amis;
- avait vécu, au cours des six derniers mois, des événements stressants relativement au conjoint, à la vie personnelle ou au travail;
- avait reçu des services de santé et des services sociaux;
- avait posé l'acte suicidaire au printemps;
- avait utilisé la pendaison pour s'enlever la vie.

En ce qui a trait aux services offerts pour contrer le suicide, depuis plus de dix ans, la région du Bas-Saint-Laurent travaille à mettre en place un filet de sécurité autour des personnes à risque suicidaire, et ce, par une organisation des services d'intervention de crise qui repose sur le fonctionnement de services intégrés, comprenant la ligne régionale d'intervention téléphonique de crise 24/7, l'intervention face à face 24/7, l'hébergement de crise (0-14 jours), les services d'urgence hospitalière et d'urgence psychiatrique, de même que le suivi étroit intégré dans la communauté pour les personnes à risque suicidaire élevé [16]. Le suivi étroit permet un meilleur filet de sécurité ayant pour but de corriger certaines lacunes dans la coordination et la continuité des services offerts à cette clientèle vulnérable [7].

Par ailleurs, deux guides de bonnes pratiques ont été coproduits par le MSSS et le Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke à l'intention des intervenants des CSSS et des gestionnaires, pour les accompagner

dans l'actualisation de leurs rôles en prévention du suicide. Plus concrètement, le guide adressé aux intervenants a pour objectif de soutenir les compétences professionnelles liées à l'intervention auprès de la personne suicidaire (l'accueil et le repérage, l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte, l'intervention auprès de la personne suicidaire ainsi que l'orientation, la référence ou l'accompagnement vers les partenaires du CSSS et dans le réseau local de services). Pour sa part, le guide pour les gestionnaires vise à soutenir une offre de service de qualité ainsi que la mise en place d'interventions adaptées en prévention du suicide dans le réseau de la santé [15].

De plus en plus de Bas-Laurentiens se sentent interpellés par la problématique du suicide et agissent en concertation pour le prévenir. Les *sentinelles* en sont un bon exemple. Il s'agit de personnes de divers milieux de vie, qui ne sont pas des professionnels de la santé et des services sociaux, et qui désirent s'investir dans la prévention du suicide. Elles sont formées pour reconnaître dans leur milieu les personnes suicidaires et les orienter vers les ressources appropriées [13]. D'autres pratiques sont également réalisées dans le but de prévenir le suicide au Bas-Saint-Laurent. Par exemple, en 2006 la région s'est dotée d'un programme pour favoriser le désistement des armes à feu qui a été mis sur pied en collaboration avec la Sûreté du Québec et les deux centres de prévention du suicide de la région. Il consiste à ce que, pour chaque arme récupérée, un montant de 20 \$ soit remis au propriétaire. Annuellement, un certificat est transmis à toutes les personnes ayant participé à ce programme pour souligner leur contribution en prévention du suicide. À cet égard, le Rapport annuel des activités du Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent mentionne qu'au 31 mars 2012, un total de 606 armes à feu avaient été récupérées depuis 2006. De plus, pour l'entreposage sécuritaire des armes à feu, les citoyens des huit MRC du Bas-Saint-Laurent se sont procurés au 31 mars 2012, 1784 verrous de pontet dans le cadre d'un projet de sensibilisation [3]. Tel que l'indique le Plan d'action régional (PAR) de santé publique 2010-2015, le Plan d'action régional en santé mentale 2013-2016²¹, ainsi que les priorités régionales retenues pour

21. Plan d'action en santé mentale, région du Bas-Saint-Laurent 2013-2016 (suivi de la tournée régionale de 2012) - Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, juin 2013.

l'application des guides de bonnes pratiques en prévention du suicide, la région doit maintenir et consolider les efforts en ce sens [17]. Ces efforts permettront d'atteindre les cibles en matière de réduction du taux de suicide et d'améliorer les services s'adressant aux personnes aux prises avec des troubles de santé mentale.

7. Recommandations

Les différentes recommandations qui suivent s'ajoutent ou sont complémentaires aux objectifs poursuivis au plan régional pour l'application des guides de bonnes pratiques en prévention du suicide, ainsi qu'aux orientations en santé mentale et dépendances. Elles résultent de la consultation des membres du comité Stratégie régionale d'action face au suicide, animée par l'Agence.

Recommandation 1 : *Connaissance et appropriation de l'analyse du contexte régional du suicide au sein des huit centres de santé et de services sociaux et de leur réseau local de services respectif.*

MOYENS PROPOSÉS :

- Partager les résultats de l'analyse des rapports des coroners concernant les suicides survenus au Bas-Saint-Laurent de 2006-2011 auprès des différents acteurs concernés, incluant les coroners de la région;
- Assurer la mise à jour des tableaux descriptifs au sujet des personnes décédées par suicide et des clientèles ayant fait des tentatives de suicide, à partir de sources de données nationales;
- Diffuser l'état de situation sur le taux de suicides et sur les tentatives de suicide aux plans régional et local;
- Émettre des recommandations au ministère de la Santé et des Services sociaux et au Bureau du coroner en chef quant à l'importance d'uniformiser la collecte de données par l'ensemble des coroners dans un contexte de suicide.

Recommandation 2 : *Amélioration des connaissances des professionnels en contact avec des personnes suicidaires ou à risque suicidaire.*

MOYENS PROPOSÉS :

- Outiller les médecins, le personnel des services d'urgences ou tout autre acteur concerné à mieux repérer les personnes vulnérables au suicide (problèmes de santé mentale, rupture amoureuse, perte d'emploi, etc.) et à mieux estimer le niveau de dangerosité du passage à l'acte suicidaire par l'utilisation, notamment, des pratiques cliniques préventives [17];
- Faire connaître les trajectoires de services aux principaux acteurs, afin qu'ils puissent les utiliser dans leurs interventions auprès des personnes vulnérables au suicide, permettant de les référer rapidement vers le bon service.

Recommandation 3 : *Interventions en matière de promotion de la santé mentale et de la prévention des troubles de santé mentale et du suicide de façon continue.*

MOYENS PROPOSÉS :

- Collaborer à la tenue d'activités de promotion de la santé mentale et de la prévention des troubles mentaux de l'Association canadienne de la santé mentale du Bas-du-Fleuve et d'autres acteurs concernés;
- Informer la population des différents facteurs de risque permettant de mieux repérer les clientèles vulnérables;
- Collaborer à la promotion du programme de réseaux de sentinelles dans des milieux ciblés;
- Donner suite aux recommandations émises dans le rapport d'évaluation de l'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide;
- Consolider l'offre de service pour améliorer la connaissance et la surveillance des signes et des symptômes, entre autres, des états dépressifs et des troubles anxieux dans les huit réseaux locaux de services.

Recommandation 4 : *Promotion des ressources et des services reliés à la problématique du suicide à la population du réseau local de services de façon continue.*

MOYENS PROPOSÉS :

- Renforcer la diffusion des outils promotionnels (trousse des ressources par MRC) sur l'ensemble des ressources et des services en santé mentale s'adressant aux personnes à risque suicidaire et vulnérables sur une base continue;
- Renforcer la diffusion de l'outil promotionnel « Permis d'être heureux » pour l'ensemble des ressources et des services disponibles visant la clientèle masculine vulnérable sur une base continue;
- Poursuivre la promotion de l'utilisation de la ligne 1 866 APPELLE (1 866 277-3553).

Recommandation 5 : *Amélioration de l'accessibilité et de la continuité des services en prévention du suicide et en postvention.*

MOYENS PROPOSÉS :

- Mettre en place le suivi systématique des personnes rejointes par les services en santé mentale;
- Inviter les CSSS à produire annuellement un état de situation des actions locales en lien avec l'implantation des guides de bonnes pratiques en prévention du suicide en complément au suivi du plan d'action local (PAL) de santé publique;
- Produire un bilan régional des actions menées localement en lien avec l'implantation des guides de bonnes pratiques en prévention du suicide en complément au suivi du PAR de santé publique;
- Revoir la procédure régionale de référence dans un contexte de postvention entre les deux CPS, les coroners et la Sûreté du Québec de la région;
- Entreprendre une démarche nationale auprès des autres régions du Québec pour identifier un mécanisme de référence à l'endroit des deux CPS de la région dans un contexte de postvention, et ce, lorsque nécessaire.

Recommandation 6 : *Poursuite des actions retenues régionalement pour réduire l'accès aux moyens utilisés pour le suicide par l'actualisation de différentes stratégies.*

MOYENS PROPOSÉS :

- Tenir différentes activités visant la réduction des risques de suicide en regard de la prise de médicaments;
- Poursuivre la promotion du programme de désistement des armes à feu;
- Poursuivre la campagne de distribution des verrous de pontet;
- Sensibiliser les différents intervenants des procédures à suivre lorsqu'une personne à risque est en présence d'armes à feu;
- Tenir une réflexion régionale sur les moyens à mettre en place pour diminuer la pendaison par strangulation;
- Partager les résultats de cette réflexion à ces deux instances nationales : Association québécoise en prévention du suicide et le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Recommandation 7 : *Vigilance concernant les messages véhiculés lors d'un traitement médiatique relié à un suicide.*

MOYENS PROPOSÉS :

- Assurer des liens de collaboration continus avec les différents médias et poursuivre la réflexion sur l'impact médiatique sur le suicide;
- Tenir une réflexion au plan régional sur la place qu'occupe les médias sociaux auprès de certaines personnes vulnérables au suicide (ex : jeunes) et émettre des recommandations aux instances nationales (Association québécoise en prévention du suicide et le ministère de la Santé et des Services sociaux) pour une utilisation judicieuse de ces moyens.

RÉFÉRENCES

- [1] Blais, E., Gagné, M.-P., Linteau, I. (2011). L'effet des lois en matière de contrôle des armes à feu sur les homicides au Canada, 1974–2004, *La Revue canadienne de criminologie et de justice pénale*, Vol. 53, No. 1, Janvier 2011.
- [2] Bureau du Coroner (2009). *L'investigation et l'enquête du coroner*, Québec.
<http://www.coroner.gouv.qc.ca/> (consulté le 10 juillet 2012).
- [3] Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent (2012). Rapport annuel des activités, année 2011-2012, [En ligne].
<http://www.centredecrisebsl.qc.ca/>
- [4] Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (2008). *Application des connaissances scientifiques en prévention du suicide*.
http://www.criseapplication.uqam.ca/theme1.asp?partie=partie3_5 (consulté le 10 août 2012).
- [5] Conseil canadien de la sécurité, *Canada's Silent Tragedy* (2004), [En ligne].
<http://www.prevention-violence.ca/English/PDFsEnglish/SuicideandFirearms.pdf>
- [6] Dongois, M. (2003). Taux de suicide élevé au Québec. Des données qui font mal. *L'Actualité médicale*, juillet 2003, pages 14-15.
- [7] Fortin, M. et al. *Balises régionales sur le service de Suivi étroit intégré dans la communauté pour personnes présentant un risque suicidaire - Projet à implanter dans les huit CSSS de la région du Bas-Saint-Laurent : service de Suivi étroit intégré dans la communauté pour personnes présentant un risque suicidaire*. Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, Direction de santé publique et des soins de santé primaires, 2007, 12 pages.
- [8] Gagné, M., Légaré, G. & St-Laurent, D. (2013). La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2010 – Mise à jour 2013. Institut national de santé publique du Québec. No : 1603, 19 pages.
- [9] Houle, J. et Guillou-Ouellette, C. (2012). Profil des personnes décédées par suicide dans la région de Montréal 2007-2009 – Rapport de recherche, Université du Québec à Montréal. Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie & Suicide Action Montréal.
- [10] Houle, J. (2005). *La demande d'aide, le soutien social et le rôle masculin chez des hommes qui ont fait une tentative de suicide*, Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal.
- [11] Houle, J. (2005). L'intervention auprès de l'entourage : une stratégie importante de prévention du suicide chez les personnes toxicomanes. Direction de santé publique de Montréal, [En ligne].
http://www.toxico.info/documentation/Suicideettoxicomanie_Houle2005_.pdf
- [12] Kposowa, A. J. (2001). Unemployment and suicide : a cohort analysis of social factors predicting suicide in the US National Longitudinal Mortality Study, *Psychological Medicine*, volume 31, numéro 1, p. 127-138.

-
- [13] Lane, J., J. Archambault, M. Collins-Poulette & R. Camirand (2010). *Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 99 pages.
- [14] Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). *Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec*, gouvernement du Québec, 14 p.
- [15] Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010). Documentation - Publications, Prévention du suicide, Québec. <http://www.msss.gouv.qc.ca/> (consulté le 10 septembre 2012).
- [16] Pichette P., Lapointe G. (1999). *Réseau de services intégrés en intervention de crise*. Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, Direction des services de soutien au réseau, Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation, 17 pages.
- [17] Plan d'action régional de santé publique 2010-2015 du Bas-Saint-Laurent (2011). *Gardons le cap sur la santé*, [En ligne]. http://www.agencessbsl.gouv.qc.ca/Telechargements/Publications/2011/PAR_Sante_publique.pdf
- [18] Programme national de santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). Programme national de santé publique 2003-2012 (mise à jour 2008), Direction générale de la santé publique, [En ligne]. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf>
- [19] Qin, P. & al. (2000). Gender differences in risk factors for suicide in Denmark, *British Journal of Psychiatry*.
- [20] Statistique Canada (2012). Les taux de suicide : un aperçu, [En ligne]. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2012001/article/11696-fra.htm>
- [21] St-Laurent, D. & Bouchard, C. (2004). *L'épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente?* Unité Connaissance-surveillance. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 23 pages.
- [22] St-Laurent, D. & Tennina, S. (2000). *Résultats de l'enquête portant sur les personnes décédées par suicide au Québec entre le 1^{er} septembre et le 31 décembre 1996*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux et Bureau du Coroner.
- [23] Tousignant, M. & Fayette., T. (1997). *Suicide et toxicomanie : deux phénomènes interreliés*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 60 p.

Annexe 1 : Questionnaire d'analyse des rapports des coroners

QUESTIONNAIRE D'ANALYSE DES RAPPORTS DES CORONERS LORS D'UN SUICIDE

Numéro de l'avis : _____
Date du décès : _____
Cause probable : _____
(rapport de coroner)

RENSEIGNEMENTS SOCIODÉMOGRAPHIQUES

1 Âge : _____

2 Sexe : ☐₁ Féminin ☐₂ Masculin

3 Le statut marital au moment du décès : (une seule réponse)

- | | |
|---|--|
| ☐ ₁ Célibataire | ☐ ₂ Marié(e) / Conjoint(e) de fait / en couple |
| ☐ ₃ Veuf ou veuve | ☐ ₄ Divorcé(e) ou séparé(e) |
| ☐ ₅ Séparation en cours | ☐ ₉₉ Non précisé |

4 Enfant(s) :

☐₁ Oui → nombre : _____ ☐₂ Non ☐₉₉ Non précisé

5 Occupation(s) au moment du décès :

- | | |
|--|--|
| ☐ ₁ Au travail à temps plein / temps partiel | ☐ ₂ Tient maison |
| ☐ ₃ Aux études | ☐ ₄ Retour aux études |
| ☐ ₅ Prestataire d'assurance-chômage | ☐ ₆ Bénéficiaire de l'aide sociale |
| ☐ ₇ Prestataire de la CSST | ☐ ₈ À la retraite |
| ☐ ₉ Sans emploi | ☐ ₁₀ Invalidé |
| ☐ ₁₁ Autres (précisez) : _____ | ☐ ₉₉ Non précisé |

6 Type de métier /employeur : _____

- ☐₀ Aucun ☐₉₉ Non précisé
☐₈₈ Non applicable

ENVIRONNEMENT SOCIAL

7 Au moment du décès, la personne vivait : (une seule réponse)

- ☐₁ Seule
- ☐₂ Famille monoparentale
- ☐₃ Avec conjoint(e), avec ou sans enfant(s)
- ☐₄ Avec son ou ses parents / la parenté
- ☐₅ Avec amis /colocataire
- ☐₆ En famille d'accueil (jeunes)
- ☐₇ En centre d'accueil (jeunes)
- ☐₈ En ressource pour personnes âgées
- ☐₉ En ressource en santé mentale
- ☐₁₀ En centre de détention/pénitencier
- ☐₁₁ En appartement surveillé
- ☐₁₂ Autre(s) : _____
- ☐₉₉ Non précisé

8 Dans les six derniers mois, comment était l'environnement social de la victime?

- ☐₁ Fréquentait ou avait des contacts avec la famille et/ou les amis
- ☐₂ Vivait de façon isolée
- ☐₃ En rupture avec des membres de sa famille
- ☐₄ Autre(s) : _____
- ☐₉₉ Non précisé

CONTEXTE ANTÉRIEUR DE VIE

9 Antécédents personnels :

- ☐₁ Problèmes ou situations vécus dès l'enfance (inceste, famille d'accueil, DPJ, etc.)
- ☐₂ Historique de problèmes de santé mentale en jeune âge (automutilation, dépression)-18 ans
- ☐₃ Déficience physique
- ☐₄ Déficience intellectuelle (*autre que troubles de santé mentale*)
- ☐₅ Histoire probable de santé mentale à l'âge adulte
- ☐₆ Autres (ex. : dépendances, etc.) : _____
- ☐₇ Aucun
- ☐₉₉ Non précisé

10 Au cours des six derniers mois, est-ce que la personne a été confrontée à un ou des événements stressants liés : (si l'événement est antérieur à 6 mois et qu'il affecte toujours la victime, l'inscrire)

- ☐₁ Au travail (perte d'emploi, conflit de travail, invalidité, etc.)
☐₂ À la famille (deuil, maladie grave, conflits, violence, etc.)
☐₃ Au conjoint (divorce, séparation, etc.)
☐₄ À l'argent (dette, faillite, etc.)
☐₅ À l'école (échec, difficulté d'adaptation, etc.)
☐₆ À la vie personnelle (avortement, grossesse, détérioration de la santé, etc.)
☐₇ À des démêlés avec la justice ou la police (poursuite, arrestation, enquête, etc.)
☐₈ Déménagement
☐₉ Autre(s) précisez : _____
☐₁₁ Aucun
☐₉₉ Non précisé

11 A) Est-ce que la personne a été confrontée au décès d'une personne dans sa famille ou son entourage?

- ☐₁ Oui, suicide → ☐₁ ≤ de 6 mois ☐₂ > de 6 mois
☐₂ Oui, autre que suicide/non précisé → ☐₁ ≤ de 6 mois ☐₂ > de 6 mois
☐₃ Non
☐₉₉ Non précisé

11 B) Est-il mentionné dans le rapport qu'il n'y a eu aucun décès par suicide dans la famille ?

- ☐₁ Oui
☐₂ Non, rien n'est mentionné
☐₈₈ Non applicable (si Question 11= à 1)

12 Est-ce que la personne était aux prises avec des abus d'alcool, de drogue ou de jeu pathologique au cours des 12 derniers mois? Si A-B ou E=Oui, cochez Non à F. Si A-B ou E=99, cochez 99 à F.

	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Non précisé</i>	<i>N/A</i>
A. Alcool	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₉₉	
B. Drogue	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₉₉	
C. SI OUI, PRÉCISEZ : cocaïne	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₉₉	☐ ₈₈
D. marijuana	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₉₉	☐ ₈₈
E. Jeu	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₉₉	
F. Aucune dépendance	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₉₉	

13 Est-ce que la personne était aux prises avec des problèmes de violence physique qu'elle subissait ou qu'elle infligeait au cours des 12 derniers mois?

	<i>Oui- physique</i>	<i>Oui- psychologique</i>	<i>Oui, les 2</i>	<i>Non</i>	<i>Non précisé</i>
A. Violence subie	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₉₉
B. Violence infligée	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₉₉

14 Est-ce que cette personne présentait au moment de l'événement : (plus d'une réponse possible)

- ☐₁ Une pathologie chronique dégénérative (sclérose en plaques, polyarthrite, ...)
- ☐₂ Une pathologie létale (cancer, sida, ...)
- ☐₃ Autre problème de santé majeur : _____
- ☐₄ Aucun problème
- ☐₉₉ Non précisé

15 Dans les deux dernières semaines, est-ce que la victime présentait de la dangerosité (tentative de suicide ou autre) pour elle-même ou pour autrui?

- ☐₁ Oui, pour elle-même
- ☐₂ Oui, pour autrui
- ☐₃ Non
- ☐₉₉ Non précisé

16 Y a-t-il eu des idées suicidaires récemment exprimées par la personne?

- ☐₁ Antérieur plus grand ou égal à un 1 an (≥ 1 an)
☐₂ Antérieur plus grand ou égal à 2 mois et moins d'un an (≥ 2 mois et < 1 an)
☐₃ Antérieur non précisé
☐₄ Récent (> 24 heures et moins de 2 mois)
☐₅ Récent (≤ 24 heures)
☐₆ Aucun
☐₇ Régulièrement depuis plusieurs années
☐₉₉ Non précisé

17 Est-ce que la personne avait déjà fait des tentatives de suicide?

- ☐₁ Oui → Q17 A ☐₂ Non → Q18 ☐₉₉ Non précisé → Q18

17 A) Nombre : _____ ☐₉₈ 2 ou plus ☐₉₉ Non précisé

- ☐₁ Antérieur plus que 5 ans
☐₂ Antérieur d'un an à 5 ans
☐₃ Antérieur plus grand ou égal à 2 mois et moins d'un an (≥ 2 mois et < 1 an)
☐₄ Récent (moins de 2 mois)
☐₅ Aucun
☐₈₈ Ne s'applique pas
☐₉₉ Non précisé

17 B) Lors de cette ou ces tentatives de suicide, combien y a-t-il eu d'hospitalisation?

_____ hospitalisation(s)

- ☐₈₈ Ne s'applique pas
☐₉₉ Non précisé

17 C) La ou les tentatives de suicide sont survenues :

- ☐₁ À l'intérieur/extérieur de la résidence de la personne décédée
☐₂ Milieu de travail
☐₃ Lieu isolé (île, boisé, champ, etc.)
☐₄ Dans un hôpital ou un établissement de santé
☐₅ Dans un poste de police
☐₆ Dans un pénitencier ou une prison
☐₇ Autre(s) : _____
☐₈₈ Ne s'applique pas
☐₉₉ Non précisé

17 D) Cochez le ou les moyens utilisés :

- ☐₁ Alcool
- ☐₂ Pendaison
- ☐₃ Noyade (lac, ruisseau, bain, ...) : précisez si connu : _____
- ☐₄ Chute d'un lieu élevé : précisez si connu : _____
- ☐₅ Arme à feu (*répondre aux questions 40 à 43*)
- ☐₆ Oxyde de carbone endroit où est la voiture, précisez si connu : _____
- ☐₇ Médicament(s)
- ☐₈ Véhicule à moteur impliqué (excluant les cas de suicide à l'oxyde de carbone), précisez si connu: (impact, arbre, eau, etc.) _____
- ☐₉ Lacération(s)
- ☐₁₀ Mixte (médicaments et alcool)
- ☐₁₁ Autre : _____
- ☐₈₈ Ne s'applique pas
- ☐₉₉ Non précisé

PROFIL DE SANTÉ

18 Est-ce que la personne présentait une psychopathologie diagnostiquée par un professionnel de la santé au moment du décès? (plus d'une réponse possible)

- ☐₁ Dépression majeure
- ☐₂ Trouble bipolaire
- ☐₃ Trouble anxieux
- ☐₄ Schizophrénie
- ☐₅ Trouble de personnalité limite et/ou antisociale
- ☐₆ Trouble d'adaptation avec humeur dépressive
- ☐₇ Autre(s) : _____
- ☐₈ Aucune
- ☐₉₉ Non précisé

19 La personne présentait-elle une psychopathologie présumée par un ou des proches en la qualifiant de :

- ☐₁ Agressive
☐₂ Anxieuse
☐₃ Changement de comportement
☐₄ Dépressive
☐₅ Déprimée
☐₆ Nerveuse Stressée
☐₇ Autre(s) : _____
☐₈ Aucune
☐₉₉ Non précisé

20 Est-ce que la personne avait des médicaments prescrits?

- ☐₁ Oui, détaillez dans la grille suivante
☐₂ Non
☐₉₉ Non précisé

<i>Nom :</i>	<i>Type : (antidépresseur, anxiolytique, anti-inflammatoire, etc.)</i>

SERVICES REÇUS

21 Est-ce que la personne a déjà eu recours à des services de santé ou de services sociaux?

☐₁ Oui (détaillez la grille « services reçus » et l'annexer)

☐₂ Non

☐₉₉ Non précisé

21 A Si oui, combien au total? _____ **Non précisé** _____₉₉

INFORMATIONS SUR LE GESTE SUICIDAIRE

22 Jour de la semaine :

☐₁ Dimanche

☐₂ Lundi

☐₃ Mardi

☐₄ Mercredi

☐₅ Jeudi

☐₆ Vendredi

☐₇ Samedi

☐₉₉ Inconnu

23 Saison :

☐₁ Printemps

☐₂ Été

☐₃ Automne

☐₄ Hiver

~~**24 Température :** _____~~

25 Moment de la journée : si on peut le situer dans une de ces périodes, sinon Indéterminé.

☐₁ AM (6h00 – 11h59)

☐₂ PM (12h00 – 17h59)

☐₃ Soirée (18h00 – 23h59)

☐₄ Nuit (24h00 – 5h59)

☐₅ Indéterminé

26 Municipalité de l'événement : _____

27 Est-ce que son entourage était préoccupé par son état / sa disparition?

	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Non précisé</i>	<i>N/A</i>
A. Son état?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₉₉	☐ ₈₈
B. Sa disparition/absence?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₉₉	☐ ₈₈

28 Avant de mourir, suite à l'événement suicidaire, la personne a-t-elle été traitée dans un hôpital, CLSC ou centre de santé avec des signes vitaux présents?

☐₁ Oui

☐₂ Non

☐₉₉ Non précisé

29 Le suicide est survenu :

- ☐₁ À l'intérieur/extérieur de la résidence de la personne décédée
☐₂ Milieu de travail
☐₃ Lieu isolé (île, boisé, champ, etc.)
☐₄ Dans un hôpital ou un établissement de santé
☐₅ Dans un poste de police
☐₆ Dans un pénitencier ou une prison
☐₇ Autre(s) : _____
☐₉₉ Non précisé

30 Cochez le ou les moyens utilisés pour s'enlever la vie :

- ☐₁ Alcool (si > 80 mg/dL)
☐₂ Pendaison
☐₃ Noyade (lac, ruisseau, bain, ...) : précisez si connu : _____
☐₄ Chute d'un lieu élevé : précisez si connu : _____
☐₅ Arme à feu (*répondre aux questions 40 à 43*)
☐₆ Oxyde de carbone endroit où est la voiture, précisez si connu : _____
☐₇ Médicament(s)
☐₈ Véhicule à moteur impliqué (excluant les cas de suicide à l'oxyde de carbone), précisez si connu: (impact, arbre, eau, etc.) _____
☐₉ Lacération(s)
☐₁₀ Mixte (médicaments et alcool)
☐₁₁ Autre : _____
☐₉₉ Non précisé

31 Spontanéité du geste :

- ☐₁ Réfléchi/prémédité* ☐₂ Impulsif** ☐₉₉ Non précisé

Présence de signes avant-coureurs, préparation avant l'acte, ex. : mise en scène, appel téléphonique, écrits, notes, lettre ou testament laissés à la vue. **Autres que propos suicidaires.*

*** Si indiqué par le coroner que rien ne laissait présager ce geste. Par contre si signes avant-coureurs présents, inscrire Réfléchi.*

32 Sentiment exprimé de mieux-être précédant l'acte (quelques jours avant, rémission spontanée) :

- ☐₁ Oui ☐₂ Non ☐₉₉ Non précisé

33 Présence de projets à venir, à court terme :

- ☐₁ Oui ☐₂ Non ☐₉₉ Non précisé

JUDICIARISATION

34 La victime a-t-elle fait l'objet d'interventions policières au cours des 12 derniers mois?
(Autre que le code de la route)

- ☐₁ Oui, dernière année
☐₂ Oui, il y a plus d'un an
☐₃ Non
☐₉₉ Non précisé

35 La victime a-t-elle fait l'objet d'une mise en accusation ou a-t-elle été sentenciée au cours des 12 derniers mois?

- ☐₁ Oui, dernière année
☐₂ Oui, il y a plus d'un an
☐₃ Non
☐₉₉ Non précisé

36 La victime a-t-elle déjà été emprisonnée?

- ☐₁ Oui, dernière année
☐₂ Oui, il y a plus d'un an
☐₃ Non
☐₉₉ Non précisé

ANALYSE TOXICOLOGIQUE

(Si l'analyse toxicologique n'identifie pas ou qu'elle ne mentionne pas l'une des substances suivantes dans le rapport, inscrire Non précisé.)

37 Drogues dans le sang :

- ☐₁ Présence
☐₂ Absence
☐₃ Non requis par le coroner
☐₉₉ Non précisé

Nom :	Type : (narcotique, hallucinogène, stimulant, etc.)	Quantité (ex. : nmol/L) ou non précisé

38 Médicaments dans le sang :

- ☐₁ Présence
☐₂ Absence
☐₃ Non requis par le coroner
☐₉₉ Non précisé

Nom :	Type : (antidépresseur, anxiolytique, anti-inflammatoire, psychotrope, etc.)	Quantité : (ex. : nmol/L) ou inscrire : Non précisé	Prescription : (oui, non, sans ordonnance, non précisé)

39 A) Alcool dans le sang :

- ☐₁ Présence Taux : mg/dL _____
☐₂ Absence
☐₃ Non requis par le coroner
☐₉₉ Non précisé

39 B) Monoxyde de carbone dans le sang -> si moyen utilisé, sinon Non applicable

- ☐₁ Présence Pourcentage : _____ (99=non précisé)
☐₂ Absence
☐₃ Non requis par le coroner
☐₉₈ Non applicable ☐₉₉ Non précisé

SUICIDE PAR ARME À FEU

(Applicable seulement si suicide par arme à feu.)

40 La victime possédait-elle une ou des armes à feu?

- ☐₁ Oui
☐₂ Non
☐₈₈ Non applicable
☐₉₉ Non précisé

41 La victime était-elle un chasseur?

- ☐₁ Oui
☐₂ Non
☐₈₈ Non applicable
☐₉₉ Non précisé

42 Est-ce que l'arme ou les armes à feu étaient enregistrées?

- ☐₁ Oui
☐₂ Non
☐₈₈ Non applicable
☐₉₉ Non précisé

43 Est-ce que l'arme était entreposée sous clé dans un contenant, un compartiment ou une pièce verrouillée (rendue inaccessible)?

- ☐₁ Oui
- ☐₂ Non
- ☐₃ Impossible à déterminer
- ☐₈₈ Non applicable
- ☐₉₉ Non précisé

GRILLE : TYPE DE SERVICE REÇU EN LIEN OU NON AVEC L'ÉVÉNEMENT

1 Le type de service reçu : (un seul choix, une grille par type de service)

- ☐₁ Centre de détention
☐₂ Centre de prévention du suicide
☐₃ Clinique de la douleur
☐₄ Clinique externe / spécialisée
☐₅ CLSC
☐₆ Évaluation / Consultation en psychiatrie
☐₇ Hospitalisation en santé physique
☐₈ Hospitalisation en psychiatrie, santé mentale
☐₉ Médecin de famille
☐₁₀ Médecin en clinique sans rendez-vous
☐₁₁ Psychologue
☐₁₂ Thérapie
☐₁₃ Urgence
☐₁₄ Autre : _____
☐₉₉ Non précisé

2 Nombre _____ ou ☐₉₉ Non précisé

3 Fréquence (compléter la grille) ou ☐₉₉ Non précisé

* Si non spécifié autrement ou si suivi depuis longtemps : mettre la fréquence et ≤ 5 ans

	Semaine		Mois			Année				
Utilisation des services	Dernière semaine	2 ^e à 4 ^e semaine	Plus d'un mois à moins de 3 mois	De 3 mois à moins de 6 mois	De 6 mois à moins de 12 mois	De 1 an à moins de 2 ans	De 2 ans à moins de 5 ans	Plus de 5 ans	≤ 5 ans*	Non précisé
Continu - avec lien entre les soins	1	2	3	4	5	6	7	8	50	91
Périodique - sans lien entre les soins	9	10	11	12	13	14	15	16	51	92
Épisode/consultation unique	17	18	19	20	21	22	23	24	52	93
Évaluation	25	26	27	28	29	30	31	32	53	94
Interrompu par l'utilisateur	33	34	35	36	37	38	39	40	54	95
Non précisé	81	82	83	84	85	86	87	88	89	99

4 Références données du professionnel à la suite du service reçu sans mention d'utilisation du service :

- ☐₁ Centre de crise
- ☐₂ Centre de prévention du suicide
- ☐₃ Psychiatrie
- ☐₄ Clinique externe
- ☐₅ CLSC
- ☐₆ Service d'alcoolisme et toxicomanie
- ☐₇ Suivi étroit
- ☐₈ Aucune
- ☐₉ Autre : _____
- ☐₁₀ Clinique externe psychiatrique
- ☐₉₉ Non précisé