



Initiative en prévention du suicide chez les Premières Nations du Québec

Analyse des décès par suicide (2000-2011)



RÉDACTION

Marie Massuard, professionnelle de recherche, Service de santé publique, Centre de santé et de services sociaux — Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS)

COLLABORATION À LA RÉDACTION

Jeanne Bazinet, professionnelle de recherche, Service de santé publique, Centre de santé et de services sociaux — Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS)

Normande Hébert, professionnelle de recherche, Service de santé publique, Centre de santé et de services sociaux — Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS)

COLLABORATION SPÉCIALE

Marie-Andrée Roy, assistante à la coordination professionnelle, Service de santé publique, Centre de santé et de services sociaux — Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS)

Marika Veilleux-Roy, étudiante en psychologie, Université de Sherbrooke

COLLABORATION À LA PRODUCTION

Valérie Plante, technicienne en administration, Service de santé publique, Centre de santé et de services sociaux — Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS)

Citation proposée : MASSUARD, M. et coll. (2013). *Initiative en prévention du suicide chez les Premières Nations du Québec – Analyse des décès par suicide (2000-2011)*, Québec, Centre de santé et de services sociaux — Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, présenté à la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, 59 p.



J'étais assis dans la maison, réfléchissant au fait que je n'en pouvais plus. Je suis resté assis 15-20 minutes, et je suis allé dans ma chambre, j'ai pris un fusil, un fusil de chasse de calibre 12, j'ai mis une cartouche, mis le cran de sûreté, puis je me suis rassis, et je me suis demandé pourquoi je voulais faire cela. Je n'ai pas pensé aux conséquences, j'étais complètement absorbé par l'idée que je voulais me tuer.

Un jeune de Première Nation, dans Kirmayer 2007 : 34

Si tu étais magicien, qu'est-ce que tu ferais pour régler les problèmes dans la communauté? « Si c'est pour aider la communauté, je mettrais tous leurs problèmes en dedans de moi pour ce soit juste moi qui les porte [...] Si j'étais magicien, c'est cela que je ferais et je partirais d'ici avec leurs problèmes pour qu'ils soient tous heureux »

Un jeune atikamekw, dans Pronovost, Plourde et Alain 2010 : 50



RÉSUMÉ

Les acteurs de la santé et des services sociaux qui œuvrent au sein des communautés autochtones doivent régulièrement composer avec le phénomène du suicide. Toutefois, peu d'information est disponible au sujet des caractéristiques des personnes décédées par suicide. Ce document vise à tracer un profil des Autochtones décédés par suicide et qui résidaient dans la communauté. L'objectif est aussi de soutenir les décideurs et les intervenants dans les choix à faire afin d'assurer un filet de sécurité autour de la personne suicidaire.

Cette analyse des décès par suicide fait partie d'un ensemble d'actions réalisées dans le cadre de l'initiative en prévention du suicide chez les Premières Nations du Québec. Initiative pour laquelle collaborent la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) et le Centre de santé et de services sociaux — Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS).

Les données utilisées dans cette analyse proviennent des rapports de décès par suicide disponibles au Bureau du coroner du Québec. La grille d'analyse a permis de regrouper les renseignements pertinents afin de les traiter par la suite. La population ciblée par l'analyse est celle des Autochtones résidant dans les communautés non conventionnées au Québec, soit 27 communautés. La période couverte par l'analyse est de 2000 à 2011.

Pour cette période, 152 suicides ont été analysés. Bien que le pourcentage d'information manquante soit important et que cela exige une prudence dans l'interprétation des résultats, il est possible de mettre en évidence plusieurs caractéristiques des personnes décédées par suicide. Les caractéristiques principales qui émergent de l'analyse sont aussi corroborées par la littérature : 1) le nombre élevé de suicide chez les jeunes autochtones; 2) l'intoxication fréquente au moment du suicide; 3) la fréquence élevée d'abus d'alcool et de drogues et la dépendance dans l'histoire de vie de la personne; 4) le nombre élevé de données manquantes au sujet des troubles mentaux; 5) les difficultés dans la relation de couple souvent liées au passage à l'acte de suicide; 6) la variabilité du nombre de suicides selon les communautés et les nations.

Des propositions d'action ou d'intervention sont faites tout au long du document. En guise de proposition générale et compte tenu du fait que l'accumulation de facteurs associés au suicide est présente dans le cas de nombreuses personnes qui se sont enlevé la vie, il serait d'abord souhaitable d'impliquer une variété de partenaires en fonction des facteurs associés au suicide. En considérant que l'intervention auprès de la clientèle suicidaire ne fait pas partie du rôle de tous les acteurs au sein de la communauté, il serait avantageux de les outiller au repérage. D'une manière plus large, il est essentiel de continuer d'agir sur les déterminants de la santé dans les communautés (milieux de vie, éducation, emploi, services en santé et services sociaux, autonomie politique et économique, etc.). Ceci nécessite la collaboration étroite des différents paliers de gouvernements, local, provincial et fédéral.

Finalement, puisque le phénomène du suicide est différent d'une communauté à l'autre, le filet de sécurité autour de la personne suicidaire devra se déployer de manière à répondre aux caractéristiques locales. En somme, il revient aux décideurs concernés de choisir la manière optimale pour la mise en commun des forces des partenaires et l'utilisation des ressources disponibles.

TABLE DES MATIÈRES

MISE EN CONTEXTE	1
OBJECTIFS	3
CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES	5
RÉSULTATS	7
1. Les hommes, plus nombreux à s'enlever la vie.....	8
2. Taux élevé de suicide chez les jeunes	9
3. La pendaison, méthode de suicide la plus utilisée	10
4. Des suicides, à tout moment de l'année et de la journée.....	11
5. Plus de suicide à l'intérieur des résidences.....	12
6. Intoxication fréquente lors du suicide	13
7. Peu de personnes ont exprimé leur intention de se suicider.....	15
8. L'ampleur du suicide diffère grandement d'une communauté à l'autre.....	16
9. De nombreux facteurs associés au suicide	17
9.1 <i>Préambule</i>	17
9.2 <i>Présence de troubles mentaux</i>	18
9.3 <i>Abus et dépendance à l'alcool et aux drogues</i>	19
9.4 <i>Idéation et tentatives suicidaires</i>	20
9.5 <i>Difficultés conjugales</i>	21
9.6 <i>Exposition au suicide d'un proche</i>	22
9.7 <i>Comportements violents, agressifs ou impulsifs</i>	23
9.8 <i>Problème avec la justice</i>	23
9.9 <i>Abus/négligence</i>	24
10. Facteurs déclencheurs	25
11. Accumulation de facteurs associés au suicide	26
CONCLUSION.....	27
BIBLIOGRAPHIE.....	29

LISTE DES ANNEXES

Annexe A : Liste des communautés et leur population (2012).....	33
Annexe B : Éléments de la grille de compilation des données.....	37
Annexe C : Éléments de la grille de compilation des données et taux des données disponibles	45

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Suicides en fonction de la saison, pourcentage et nombre	11
Tableau 2	Suicides en fonction de l'heure de l'acte de suicide, pourcentage et nombre	12
Tableau 3	Expression de la personne à se suicider, pourcentage et nombre	15
Tableau 4	Nombre de suicide par nation	16
Tableau 5	Troubles mentaux répertoriés (en nombre)	18
Tableau 6	Principaux déclencheurs en fonction du genre	25
Tableau 7	Nombre et pourcentage de cas de suicides en fonction du nombre de facteurs associés présents durant la vie de la personne (N= 152)	26

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Répartition en nombre des 152 décès par suicides en fonction de l'année, chez les hommes et chez les femmes	7
Figure 2	Suicide en fonction du genre, % (N= 152)	8
Figure 3	Pourcentage des suicides en fonction de l'âge (N=152)	9
Figure 4	Pourcentage des suicides en fonction de l'âge et du genre (N femme= 49; N homme= 103)	9
Figure 5	Méthode de suicide (N= 151)	10
Figure 6	Lieu du suicide (N= 148)	12
Figure 7	Intoxication au moment du suicide en fonction de l'âge, en pourcentage (N=152)	14
Figure 8	Principaux facteurs associés au suicide chez les personnes qui sont passées à l'acte, % (N=152)	17

MISE EN CONTEXTE

Chacune des communautés autochtones du Québec vit une réalité unique, possède des forces qui lui sont propres et fait aussi face à des défis bien spécifiques. Si quelques communautés au Québec conservent un nombre de suicides très bas, d'autres sont confrontées à des vagues de suicides qui consternent l'ensemble des réseaux familiaux. Malgré ces variations, il y a un consensus quant à l'ampleur du phénomène du suicide au sein des communautés autochtones en général, tant de la part des Autochtones eux-mêmes que des chercheurs et organismes gouvernementaux. Bien qu'il soit difficile d'établir un lien direct avec le nombre de suicides, il n'est pas illusoire de croire qu'un meilleur filet de sécurité autour de la personne suicidaire permettra de sauver des vies.

La CSSSPNQL, en collaboration avec le CSSS-IUGS, offre aux communautés des Premières Nations du Québec l'opportunité de développer une orientation claire en matière de prévention du suicide. Cette initiative est inspirée de la démarche québécoise d'amélioration des pratiques en prévention du suicide qui a débuté en 2007. De façon générale, elle vise à mettre en place des actions structurées en prévention du suicide dans les communautés autochtones en prenant appui sur des pratiques éprouvées et adaptées à la réalité des Premières Nations. Cette initiative s'adresse aux communautés autochtones non conventionnées, c'est-à-dire aux communautés non-signataires de la Convention de la Baie-James (1975) et la Convention du Nord-Est québécois (1978)¹. Une liste des communautés et de leur population est présentée à l'annexe A.

Avant d'adapter les bonnes pratiques à la réalité des communautés autochtones, il est nécessaire de mieux connaître les particularités du suicide chez les membres des Premières Nations. L'analyse des rapports des coroners traitant des décès par suicide survenus au sein des communautés autochtones permet de dégager les profils des personnes autochtones décédées par suicide.

La population totale d'Autochtones résidant dans les communautés non conventionnées au Québec était de 36 855 en 2012². À titre de comparaison, cette population équivaut à un peu plus que l'agglomération d'une petite ville comme Saint-Georges de Beauce et un peu moins que celle de Salaberry-de-Valleyfield (selon les données de Statistiques Canada, 2011).

Les suicides concernent donc 27 collectivités ayant de petites populations : la moyenne est de 1 365 résidents (population de 2012). De plus, les liens de parenté et d'affinité entre plusieurs communautés subsistent parfois depuis des générations³. Tenir compte de cette réalité est essentielle à la compréhension des répercussions que peut avoir un suicide.

OBJECTIFS

Les résultats de cette analyse pourront fournir aux décideurs, tels les gestionnaires des centres de santé, des pistes d'actions à mettre en place pour prévenir le suicide dans leur communauté.

Les résultats pourront également soutenir les intervenants en leur fournissant des indices cliniques utiles au repérage et à l'intervention auprès de la clientèle suicidaire des communautés.

Afin de faciliter l'atteinte de ces deux objectifs, des propositions sont présentées au fil du texte, dans les encadrés ombragés.

CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES

Les résultats présentés dans ce document sont basés sur les données disponibles dans 152 rapports de coroners traitant des suicides ayant eu lieu au sein des communautés autochtones non conventionnées entre 2000 à 2011, inclusivement. Les rapports ont été fournis par le Bureau du coroner du Québec. Il est possible que tous les rapports de 2010 et 2011 n'aient pas été reçus. En effet, il se déroule parfois plusieurs mois entre le décès de la personne et la rédaction finale du rapport par le coroner. Ceci peut s'expliquer, par exemple, lorsque les résultats d'enquêtes supplémentaires sont attendus par le coroner.

La grille qui a servi à la compilation et à l'analyse des données est fortement inspirée du travail effectué pour la région de l'Estrie⁴. Cette grille a pour but de tracer un profil de la personne et de son histoire de vie en tenant compte des éléments marquants autour de l'acte de suicide, de l'environnement social de la personne, de l'état de santé mentale et physique de la personne, etc. Les éléments de la grille sont présentés à l'annexe B.

La compilation des données a été effectuée par deux personnes. À deux reprises, des tests de reproductibilité ont été effectués, dont 10 % à la toute fin. Par ailleurs, des variables ont été regroupées, car certaines notions pouvaient se chevaucher. Les regroupements ont été par exemple : 1) « difficultés conjugales générales » regroupe les codes « divorce/séparation », « difficulté conjugale », « menace de séparation »; 2) la variable « impulsivité/agitation/agressivité » regroupe les codes « impulsivité » et « agitation/agressivité ».

Les rapports des coroners ne sont pas uniformes et varient dans la quantité d'information colligée. Alors que certains renseignements sont recueillis d'une manière systématique (sexe, date de naissance, cause du décès, etc.), d'autres sont absents des rapports dans une proportion importante (situation d'emploi, liens avec le réseau de la santé et des services sociaux, situation familiale, etc.). Les variables ayant un faible taux de cas rapportés sont donc inutilisables d'un point de vue statistique. Les variables ayant un taux important de cas rapportés, mais n'atteignant pas 100 % sont quant à elles à considérer avec nuance, car elles sont potentiellement sous-estimées. À titre d'exemple, au sujet de la consommation d'alcool, il est possible de dire qu'un minimum de 46 % des personnes consommait de l'alcool de manière abusive ou était dépendant. L'annexe C présente sous forme de tableau le pourcentage d'information disponible pour chacun des éléments de la grille de compilation des données.

Des données statistiques sont présentées lorsque possible. Pour ce faire, un croisement des données à l'aide logiciel SPSS a été fait (Tests Khi-deux et Test exact de Fisher). Un seuil de confiance de 95 % ($p < 0,05$) est utilisé afin de vérifier si une différence significative existe entre les genres et entre les groupes d'âge. De plus, pour certaines données, une analyse multivariée a été faite afin de vérifier l'influence de l'âge. Autrement, l'information est plutôt d'ordre descriptif et qualitatif.

Dans chaque section est présentée une comparaison avec des données existantes dans la littérature. Cette section a pour but d'établir une correspondance entre les données de la présente analyse et la recherche faite au sujet du suicide d'une part, chez les Autochtones (Québec, Canada ou États-Unis) et d'autre part, dans la population en général.

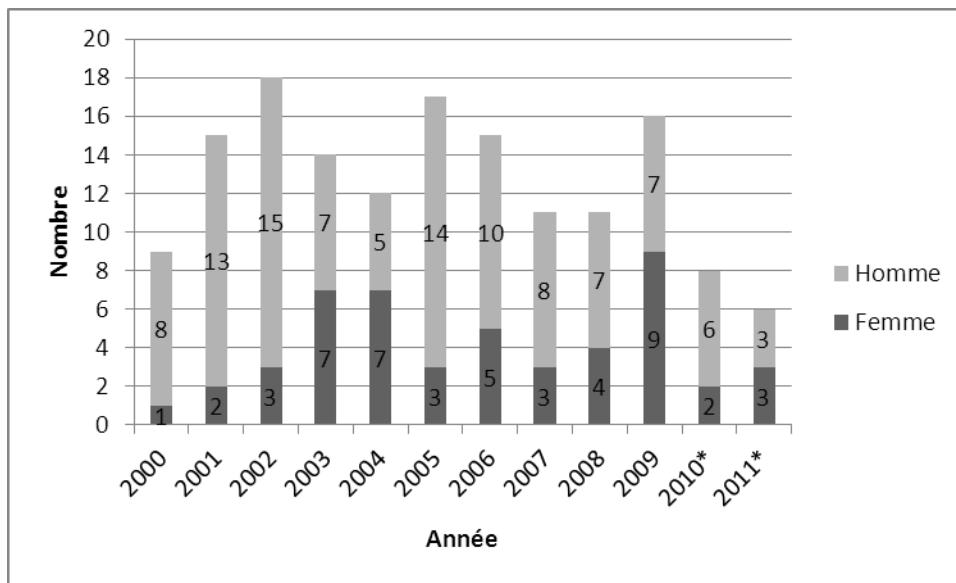
La comparaison des données a eu un succès variable, en fonction de la littérature couverte. De plus, une certaine prudence est de mise dans l'interprétation des données comparées puisque les études utilisées sont basées sur des méthodes différentes.

Finalement, les rapports de coroners constituent des données publiques. Cependant, ils contiennent de l'information nominale et délicate à propos des personnes décédées. L'accès aux rapports a donc été limité aux deux personnes attitrées à la compilation. Un code numérique unique a été attribué aux rapports en remplacement du nom de la personne. D'aucune façon, l'identité des personnes nommées dans les rapports de coroners n'a été mentionnée dans les pages qui suivent. De plus, les résultats sont transmis de manière à ce que l'identification d'une situation ou d'une personne en particulier s'avère impossible.

RÉSULTATS

Entre les années 2000 et 2011, 152 suicides d'Autochtones résidant dans la communauté ont été constatés par le Bureau du coroner du Québec. C'est en 2002, 2005 et 2009 qu'il y a eu le plus grand nombre de suicides (respectivement 18, 17 et 16 suicides) (Figure 1).

Figure 1 Répartition en nombre des 152 décès par suicides en fonction de l'année, chez les hommes et chez les femmes

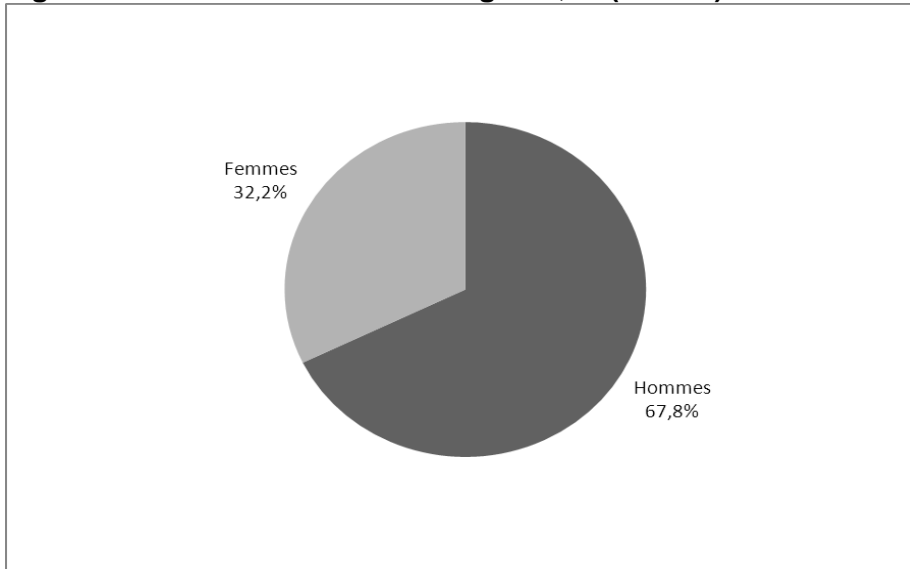


* Données potentiellement incomplètes pour les années 2010 et 2011.

1. LES HOMMES, PLUS NOMBREUX À S'ENLEVER LA VIE

Les personnes s'étant suicidées sont majoritairement des hommes : 67,8 % sont des hommes (N= 103) et 32,2 % sont des femmes (N= 49) (Figure 2).

Figure 2 Suicide en fonction du genre, % (N= 152)



Comparaison avec des données existantes

Ce résultat rejoint ceux répertoriés dans les écrits où se sont en grande majorité des hommes qui se suicident, tant chez les Autochtones que dans la population en général⁵. Par contre, l'écart entre les hommes et les femmes autochtones est moins important que dans la population en général. Une étude (1988 à 1994) a permis de découvrir que 30 % des personnes suicidées chez les Autochtones étaient des femmes comparativement à 19,2 % dans la population générale⁶. Chez les femmes autochtones, on observe effectivement une tendance de plus en plus forte à recourir à des moyens létaux (ex. : l'arme à feu). Ceci pourrait expliquer le fait que la différence entre les sexes n'est pas aussi marquée chez les Autochtones que dans la population générale⁷.

Considérant que les hommes sont plus nombreux que les femmes à s'enlever la vie et qu'ils sont reconnus pour être moins enclins à demander l'aide des services de santé et de services sociaux que les femmes⁸, il serait pertinent :

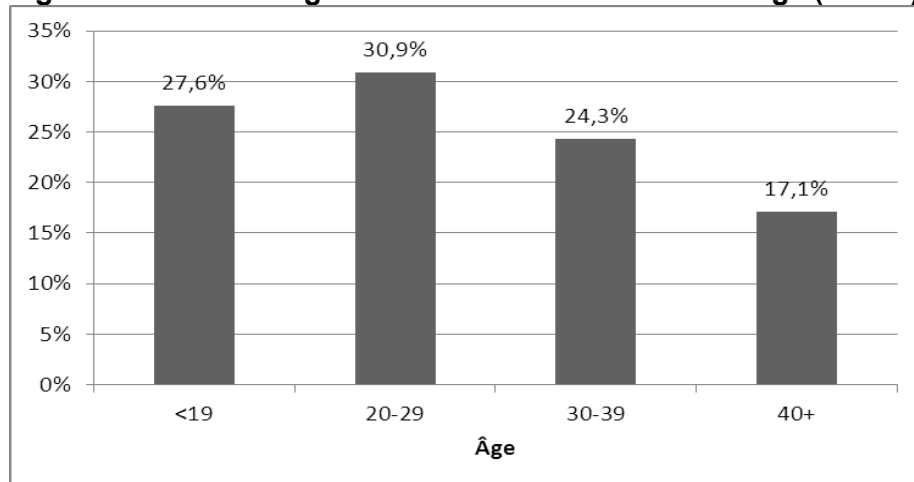
- de faire la promotion des services en ciblant cette clientèle;
- d'adapter les services aux hommes, par exemple en acceptant la demande d'aide d'un tiers.

2. TAUX ÉLEVÉ DE SUICIDE CHEZ LES JEUNES

La moyenne d'âge des personnes qui se sont enlevé la vie est de 28 ans. La personne la plus jeune avait 11 ans et la plus âgée avait 86 ans. Neuf jeunes âgés de 14 ans et moins se sont suicidés (5,9 %) et sept personnes avaient 50 ans et plus (4,6 %) (données non présentées).

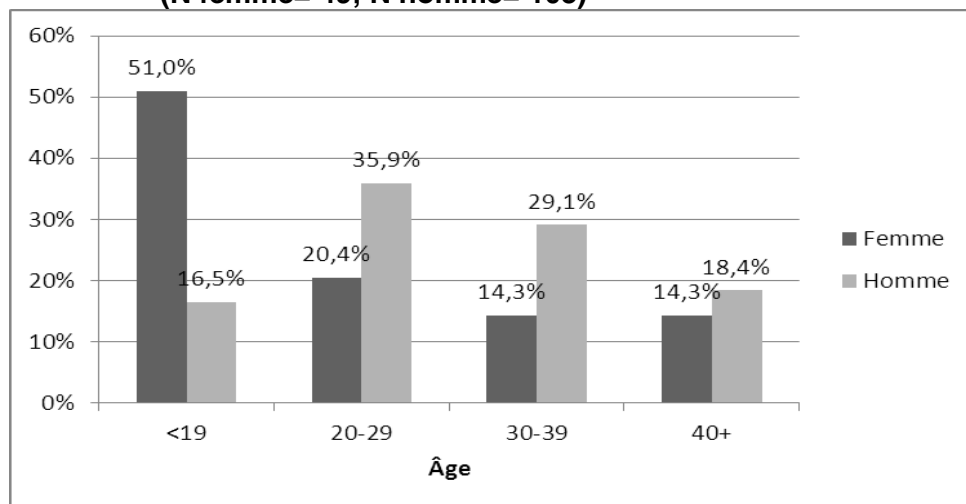
Les jeunes de 19 ans et moins constituent 27,6 % des suicides étudiés (Figure 3).

Figure 3 Pourcentage des suicides en fonction de l'âge (N=152)



Les femmes de moins de 20 ans se sont suicidées dans une plus grande proportion que les hommes du même groupe d'âge (51 % c. à 16,5 %; $p=0,000$) (Figure 4). C'est dans le groupe des 20-29 ans qu'on retrouve le plus haut pourcentage d'hommes décédés par suicide (35,9 %).

Figure 4 Pourcentage des suicides en fonction de l'âge et du genre (N femme= 49; N homme= 103)



Comparaison avec des données existantes

Ces données correspondent à ce que révèlent les écrits. En effet, le suicide chez les Autochtones au Canada touche principalement les jeunes âgés de 14 à 24 ans. L'adolescent autochtone est cinq à six fois plus susceptible de décéder par suicide que l'adolescent canadien⁹. De plus, le taux de suicide chez les personnes âgées autochtones est moins élevé que le taux chez les non-autochtones¹⁰.

Au Québec (2008-2010), le taux de suicide le plus élevé se retrouve chez les 35-49 ans pour les hommes et chez les 50-64 ans pour les femmes¹¹. Les jeunes québécois de 19 ans et moins constituent en moyenne 11,0 % des suicides pour les années 2001-2009¹².

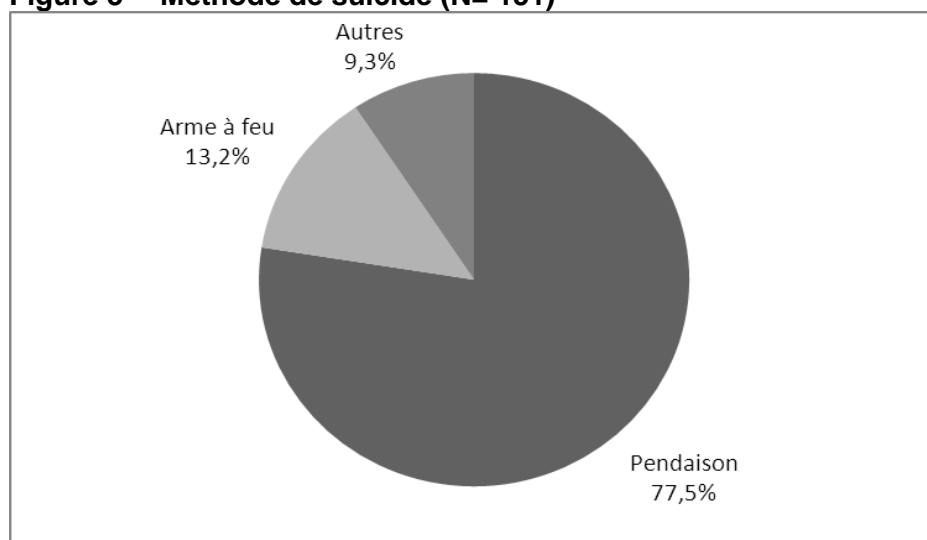
Notons, par ailleurs, que la pyramide des âges chez les Autochtones est différente de celle du Canada et du Québec. En 2006, les personnes de 25 ans et moins composaient 48 % de la population autochtone au Canada comparé à 31 % chez les non-autochtones. L'âge médian dans la population autochtone du Canada est de 27 ans, comparativement à 40 ans dans la population non-autochtone¹³.

Considérant que les jeunes femmes de moins de 20 ans se suicident proportionnellement plus que les garçons du même âge, il serait pertinent d'accroître le repérage. Par exemple, lorsqu'une jeune femme vit avec des difficultés de couple ou des problèmes familiaux.

3. LA PENDAISON, MÉTHODE DE SUICIDE LA PLUS UTILISÉE

Les deux méthodes de suicide les plus utilisées sont la pendaison (77,5 %) et l'arme à feu (13,2 %) (Figure 5). Dans une moindre mesure, l'intoxication aux médicaments est la troisième méthode de suicide utilisée (3,9 %) (donnée non présentée).

Figure 5 Méthode de suicide (N= 151)



Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes quant aux méthodes de suicide utilisées. L'arme à feu semble plus utilisée par les hommes que par les femmes : sur 20 suicides par arme à feu, 17 ont été complétés par des hommes. Toutefois, le petit nombre ne permet pas ici de tirer d'interprétation statistique.

Comparaison avec des données existantes

La pendaison est également le moyen de suicide plus utilisé par les hommes et les femmes au Québec¹⁴.

L'utilisation de l'arme à feu chez les hommes québécois et autochtones semble similaire¹⁵. Les femmes autochtones utilisent quant à elles plus souvent l'arme à feu que leurs homologues québécoises¹⁶.

Considérant que la pendaison est le moyen le plus utilisé pour s'enlever la vie, il serait pertinent que les intervenants et les policiers possèdent un couteau spécial, tel que le propose le Bureau du coroner en chef de l'Ontario (2011). Ce couteau permet de couper le lien rapidement et sans risque de blessure lorsque l'acte vient de se produire.

Considérant que l'usage de l'arme à feu est le 2^e moyen utilisé pour s'enlever la vie, il serait pertinent de :

- faire une distribution de verrous de pontet aux propriétaires d'armes à feu;
- proposer une courte formation pour favoriser l'usage optimal du verrou de pontet;
- réexpliquer les règles de rangement sécuritaire des armes et des balles.

4. DES SUICIDES, À TOUT MOMENT DE L'ANNÉE ET DE LA JOURNÉE

L'été et l'hiver sont les deux saisons où les personnes se sont suicidées en plus grand nombre (Tableau 1.). Il n'y a pas de différence statistique significative entre les hommes et les femmes quant à la répartition des suicides en fonction des mois ou des saisons.

Tableau 1 Suicides en fonction de la saison, pourcentage et nombre

Saison	%	N
Printemps	19,7	30
Été	33,6	51
Automne	19,1	29
Hiver	27,6	42
Total	100	152

L'heure réelle de l'acte de suicide¹⁷ est indiquée dans moins de la moitié des rapports de coroners (44,1 %). L'heure du décès confirmée par un médecin n'a pu être utilisée dans bien des cas, puisque la confirmation du décès a parfois été faite plusieurs heures après que le corps ait été retrouvé. Les suicides sont répartis de manière assez équivalente selon le moment de la journée (Tableau 2.).

Tableau 2 Suicides en fonction de l'heure de l'acte de suicide, pourcentage et nombre

Heure	%	N
Matin (6 h-11 h 59)	22,4	15
Après-midi (12 h-17 h 59)	20,9	14
Soir (18 h-23 h 59)	29,9	20
Nuit (0 h-5 h 59)	26,9	18
Total	100	67

Comparaison avec des données existantes

Le mois de juillet est particulièrement reconnu pour être une période propice aux altercations et aux blessures intentionnelles chez les Autochtones¹⁸.

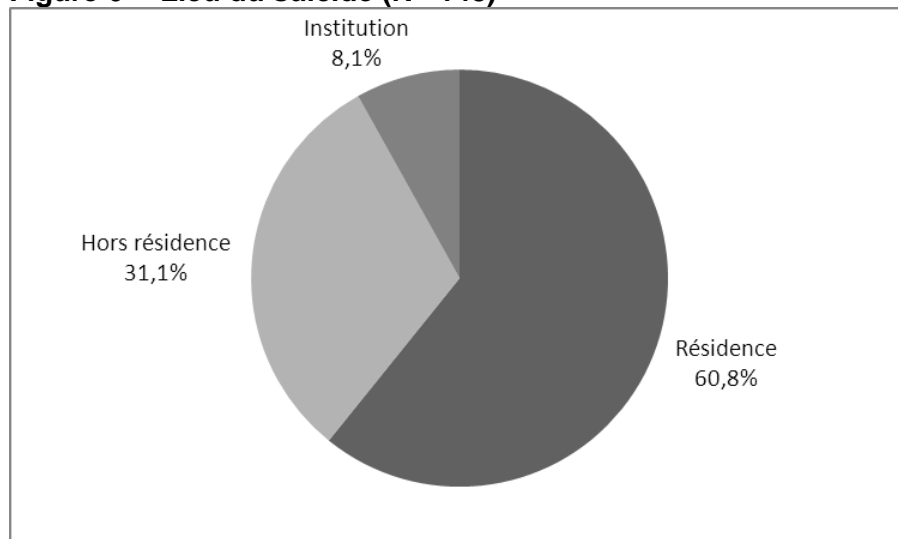
Considérant que les personnes se suicident à tout moment de l'année, et ce, tant le jour que la nuit, il serait pertinent de :

- rendre disponibles des services 24 heures par jour, sept jours par semaine, cela pour les personnes en crise et leurs proches;
- faire la promotion des lignes téléphoniques telles que 811, Tel-Jeunes; Jeunesse j'écoute, etc.;
- continuer à prévoir des services alternatifs dans la communauté durant les périodes de vacances (ex. : maison des jeunes, activités parascolaires).

5. PLUS DE SUICIDE À L'INTÉRIEUR DES RÉSIDENCES

La majorité des personnes se sont suicidées dans leur résidence habituelle (60,8 %) (Figure 6). Plus précisément, les lieux les plus fréquents sont les sous-sols, les chambres et les garde-robes.

Figure 6 Lieu du suicide (N= 148)



Douze personnes (8,1 %) se sont suicidées dans un lieu où elles étaient habituellement surveillées :

- Centre de détention : 5 personnes
- Hôpital ou institut en santé mentale : 4 personnes
- Centre jeunesse : 2 personnes
- Refuge pour femme : 1 personne

Sur les 46 suicides complétés à l'extérieur de la résidence de la personne (31,1%), 36 concernent des hommes. Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à se suicider à l'extérieur de leur résidence (36,0 % c. à 20,8 %; $p= 0,047$). Plus précisément, les principaux lieux utilisés pour compléter les suicides à l'extérieur de la résidence sont une dépendance de la résidence (ex. : cabanon, garage) ou un lieu public (ex. : boisé, bord de la rivière).

Par ailleurs, 13,8 % des personnes se sont enlevé la vie en présence d'autres personnes (avec ou sans contact visuel) (données non présentées). Voici deux exemples tirés des rapports de coroners qui illustrent le suicide en présence d'autres personnes.

- 1) la mère de monsieur le réprimande à la suite d'une dispute entre frères, monsieur claque la porte de sa chambre et un frère le retrouve pendu quelques minutes plus tard;
- 2) devant la maison familiale, monsieur crie à son père de sortir, lui montre son arme, s'enfuit vers les édifices publics et, devant une foule de curieux, il se tire une balle.

Comparaison avec des données existantes

Des auteurs rapportent également le phénomène, chez les Autochtones, des suicides en présence d'autres personnes¹⁹.

Considérant que les personnes se suicident majoritairement dans leur résidence, il serait pertinent de :

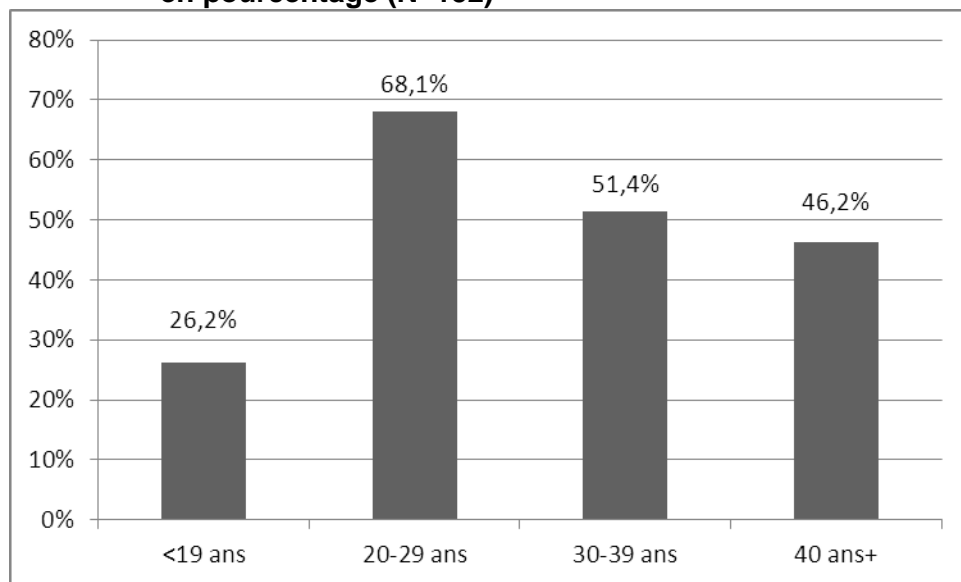
- faciliter le repérage en outillant les proches;
- soutenir les proches qui peuvent vivre de l'épuisement par rapport à la personne suicidaire;
- modifier les garde-robes en éliminant les pôles des garde-robes.

6. INTOXICATION FRÉQUENTE LORS DU SUICIDE

Au moment de passer à l'acte, 49 % des personnes décédées étaient intoxiquées à la drogue ou à l'alcool²⁰. Près de 40 % des personnes étaient intoxiquées à l'alcool et le quart ont eu un test avec présence de drogues dans le sang ou dans l'urine. Notons que l'information sur l'intoxication n'est pas toujours présente dans le rapport du coroner. Parfois, cela s'explique si le corps est retrouvé trop longtemps après le décès ou encore si le corps est trouvé gelé.

Les personnes du groupe des 20-29 ans présentent un plus haut taux d'intoxication que les personnes des autres groupes d'âge : 68,1 % étaient intoxiquées lors du suicide ($p= 0,003$) (Figure 7).

Figure 7 Intoxication au moment du suicide en fonction de l'âge, en pourcentage (N=152)



Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes quant à l'intoxication. Les hommes étaient intoxiqués dans 51,5 % des cas; les femmes l'étaient dans 42,9 % des cas.

Comparaison avec des données existantes

Des études démontrent que l'intoxication à l'alcool lors du suicide est plus importante chez les Autochtones que chez les non-autochtones²¹.

Au Québec, une étude de dossier de coroner révèle qu'une personne sur deux avait consommé de l'alcool avant de se suicider²².

Considérant le taux élevé d'intoxication lors du suicide, il serait pertinent de mettre en place des lieux de dégrisement sécuritaires, accessibles la nuit et les fins de semaine.

7. PEU DE PERSONNES ONT EXPRIMÉ LEUR INTENTION DE SE SUICIDER

Les rapports de coroner fournissent peu d'information quant à savoir si la personne avait un plan, un comportement préparatoire ou si elle avait exprimé son intention de se suicider au cours des heures précédant le décès (Tableau 3.). Il n'est donc pas possible de tirer de conclusion statistique à ce sujet.

Tableau 3 Expression de la personne à se suicider, pourcentage et nombre

Selon le rapport de coroner :	%	N
- La personne avait un plan précisant le moyen, le lieu et le moment de son suicide	0,7	1
- La personne avait démontré un comportement préparatoire au suicide	6,6	10
- La personne avait exprimé son intention de se suicider dans les heures précédant l'acte de suicide	29,6	45

Près de la moitié des personnes a laissé un message aux proches avant de passer à l'acte (45,1 %). Par ailleurs, dans 16 cas, les proches ont observé d'autres signes dans les jours ou semaines précédant le suicide. Ces signes sont par exemple : « était déprimé dans les derniers jours » ou « s'isolait de plus en plus depuis quelques semaines », « s'absentait de l'école dernièrement ».

Comparaison avec des données existantes

De jeunes atikamekw font un lien entre le suicide et la problématique de consommation en constatant que c'est souvent en état d'intoxication que les jeunes vont verbaliser des propos suicidaires²³. C'est le cas de dix personnes de la présente étude qui avaient tendance à parler de suicide lorsqu'ils avaient consommé.

Au Québec, une étude rapporte que 73 % des hommes ayant fait une tentative de suicide avaient agi sous l'impulsion du moment et 10 % avaient planifié le moment de leur tentative²⁴.

Considérant que peu de personnes expriment leur intention de se suicider, il serait pertinent d'outiller les proches pour le repérage des différents signes potentiellement associés aux idées suicidaires.

Considérant également que certaines personnes parlent de suicide lorsqu'elles sont en état d'intoxication, il serait pertinent de leur offrir un soutien structuré, par exemple, en collaboration avec l'agent attitré au Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les Autochtones (PNLAADA).

8. L'AMPLEUR DU SUICIDE DIFFÈRE GRANDEMENT D'UNE COMMUNAUTÉ À L'AUTRE

Comme le tableau suivant l'indique (Tableau 4), le nombre de suicides entre 2000 et 2011 varie grandement d'une nation à l'autre. Comme plusieurs communautés ont vécu un seul suicide durant cette période, un regroupement par nation a été fait. Ceci, simplement par égard aux proches et pour éviter l'identification des personnes. Par ailleurs, aucun calcul de taux de suicide n'a été fait en raison du petit nombre des populations impliquées. En effet, le calcul de taux pourrait être problématique en raison de l'instabilité engendrée par les petits nombre²⁵.

Tableau 4 Nombre de suicide par nation

Nation	Nombre (2000-2011*)	Population moyenne (2000-2011)
Abenakis	1	379
Anishnabe	23	5 459
Atikamekw	52	5 128
Hurons-Wendat	4	1 301
Innus	52	11 160
Micmacs	4	2 564
Mohawks	9	8 770
Inconnue	7	--
Total	152	--

*Nombre de suicides en 2010 et 2011 potentiellement incomplet

Même lorsque le nombre de suicides dans une communauté est nul ou faible, la problématique du suicide peut être présente. En effet, certaines de ces communautés doivent composer avec des personnes ayant des idées suicidaires et avec des tentatives de suicide.

Les suicides arrivent parfois par vague et le fait d'avoir perdu un proche (famille ou ami) par suicide est un important facteur associé au suicide²⁶. Ainsi, les communautés ayant connu plusieurs suicides dans les dernières années sont plus à risque.

De plus, des services de soutien pour les personnes endeuillées par suicide sont particulièrement importants pour les communautés aux prises avec plusieurs décès par suicide.

9. DE NOMBREUX FACTEURS ASSOCIÉS AU SUICIDE

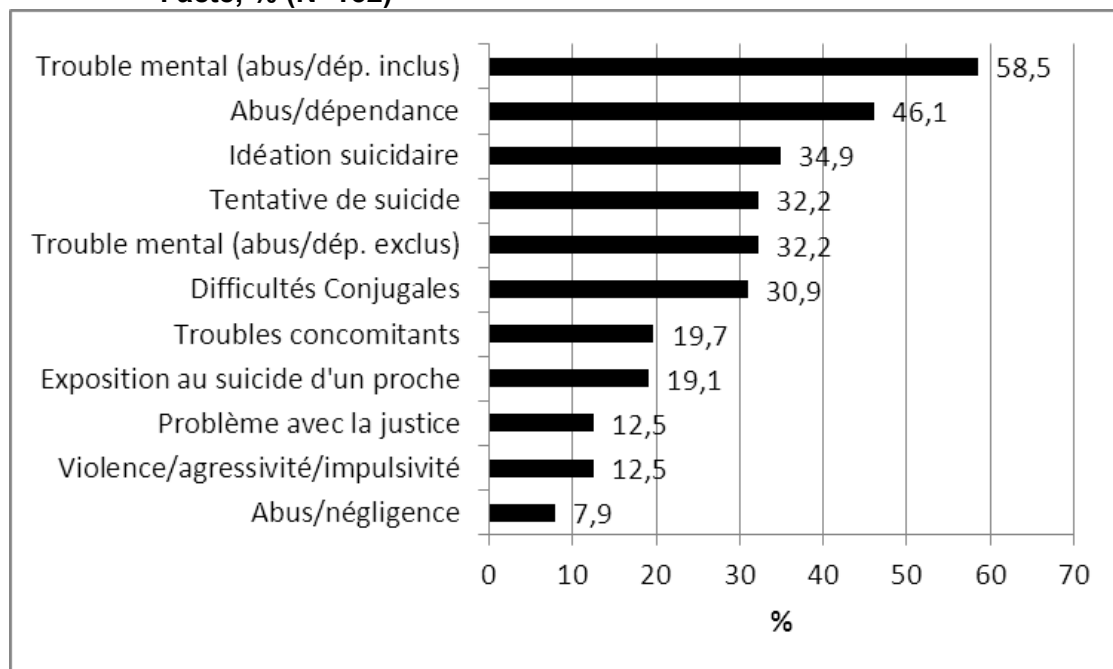
9.1 Préambule

« Il est difficile de comprendre pourquoi certaines personnes se suicident. Les recherches sur le sujet ciblent quatre types de facteurs associés qui peuvent influencer à la hausse ou à la baisse le taux de suicide »²⁷. Voici ces quatre facteurs :

- prédisposants : éléments issus du passé qui contribuent à fragiliser la personne (ex. : antécédents suicidaires dans la famille, isolement social, problèmes psychiatriques);
- contribuants : éléments qui accentuent la vulnérabilité de la personne (ex. : consommation excessive d'alcool ou de drogues et instabilité familiale);
- précipitants : éléments qui agissent comme déclencheur du comportement ou de l'idée suicidaire (ex. : rupture amoureuse, mortalité d'un proche);
- de protection : éléments qui réduisent l'effet des autres facteurs et qui protègent contre le suicide (ex. : réseau social soutenant, bonne santé globale, être optimiste, utiliser de bonnes stratégies d'adaptation).

Les renseignements contenus dans les rapports de coroner n'ont pas permis de distinguer les facteurs prédisposants des facteurs contribuants. La figure 8 présente les principaux facteurs associés au suicide répertoriés à travers les rapports de coroners. Les facteurs précipitants (déclencheurs) sont présentés sous le titre « Facteurs déclencheurs » de la section 10. Par ailleurs, très peu de facteurs de protection ont été identifiés, ce document n'en traite donc pas.

Figure 8 Principaux facteurs associés au suicide chez les personnes qui sont passées à l'acte, % (N=152)



9.2 Présence de troubles mentaux

Sur les 152 cas, 58,5 % présentaient un trouble de santé mentale (troubles d'abus et de dépendance à l'alcool et aux drogues inclus) (N= 89).

Au moins un trouble mental (excluant les troubles d'abus et de dépendances) était vécu chez 32,2 % des personnes qui se sont suicidées (N= 49). Certaines personnes vivaient aussi avec plus d'un trouble mental. Au total, 57 mentions de troubles mentaux ont été répertoriées (Tableau 5). La dépression et l'humeur dépressive sont les troubles les plus fréquemment mentionnés (21,7 % pour les deux troubles additionnés). Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes.

Tableau 5 Troubles mentaux répertoriés (en nombre)

Trouble	Total
Dépression	19
Humeur dépressive	14
Trouble de la personnalité	5
Trouble d'adaptation	4
Schizophrénie	3
États psychotiques	3
Insomnie	2
Anxiété	2
Trouble de comportement	2
Paranoïa	2
Phobie	1
Total	57

Par ailleurs, la présence de comorbidité (présence simultanée d'un trouble mental et d'un trouble lié à l'abus/dépendance) est observée dans 19,7 % des cas (N= 30). Ce pourcentage doit être considéré comme étant minimal puisque la présence des troubles n'est pas automatiquement relevée dans le rapport de coroner.

Comparaison avec des données existantes

Les Autochtones consultent peu pour une problématique de santé mentale :

L'opprobre associé à la dépression, à l'anxiété et aux autres problèmes de santé mentale empêche souvent les gens de demander et d'accepter de l'aide pour des problèmes pouvant pourtant être traités [...] De plus, les jeunes en détresse font rarement appel aux services en santé mentale, même si ces services sont facilement accessibles. (Comité consultatif sur la prévention du suicide 2003 : 41)

Des auteurs expliquent que :

Même s'ils connaissent l'existence de ressources professionnelles psychosociales dans la communauté et à l'école, plusieurs jeunes ne sont pas enclins à rechercher de l'aide professionnelle. Ils disent que les jeunes en général sont fermés et méfiants face aux intervenants. Ils font état du fait que plusieurs intervenants ne sont pas Autochtones et ne parlent pas leur langue. (Pronovost, Plourde et Alain 2010 : 47)

Le manque de ressources spécialisées en communauté, le peu d'outils diagnostics adaptés, en plus du faible nombre d'Autochtones consultant pour des troubles mentaux font en sorte que des auteurs ne sont pas en mesure d'établir avec précision la fréquence des suicides liés aux troubles mentaux graves chez les Autochtones du Canada²⁸. De plus, « Un grand nombre d'études sur le suicide chez la population générale ont relevé une distinction entre des personnes ayant 1) des troubles psychiatriques majeurs préexistants et 2) des troubles de santé mentale moins sévères, mais ayant plutôt vécu tout récemment des événements stressants de la vie et de l'abus d'alcool »²⁹. Reste à savoir quel pourcentage des Autochtones décédés par suicide était du premier et du second type.

Dans la population en générale, « les personnes décédées par suicide présentaient un trouble mental dans une proportion de 90 % »³⁰; ce pourcentage inclut les troubles liés à la consommation d'alcool ou de drogues.

Une étude par autopsie psychologique sur les personnes décédées par suicide au Nouveau-Brunswick fait ressortir la fréquence élevée de comorbidité (trouble mental associé à un trouble d'abus ou de dépendance)³¹.

Considérant le faible nombre de personnes diagnostiquées pour un trouble mental au sein des communautés autochtones et le fait que certains intervenants ne sont pas habilités à poser un diagnostic, il serait pertinent que les intervenants tiennent compte des symptômes liés aux problèmes de santé mentale.

La Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte³² permet de considérer les symptômes de troubles mentaux liés au passage à l'acte suicidaire. Par exemple, la capacité de la personne à se contrôler, à espérer un changement et à prendre soin de soi.

Considérant également la fréquence relativement élevée d'un cumul de problèmes de santé mentale et de toxicomanie, il serait pertinent que les interventions tiennent compte de la complexité et de la multitude des difficultés vécues par la personne³³.

9.3 Abus et dépendance à l'alcool et aux drogues

Des 152 personnes, 46,1 % présentaient un problème de consommation d'alcool ou de drogues (abus ou dépendance).

Les hommes présentent un plus fort taux d'abus ou de dépendance à l'alcool que les femmes ($p= 0,009$). En effet, des 97 personnes pour lesquelles de l'information est disponible, 71,8 % des hommes consommaient de l'alcool de manière abusive ou étaient dépendants comparé à 42,3 % des femmes.

L'abus ou la dépendance à la drogue est observé dans 30,3 % des 152 cas. Les drogues consommées étaient principalement le cannabis, la cocaïne et le PCP (phencyclidine). Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes ($p= 0,072$).

Comparaison avec des données existantes

Dans une étude menée auprès de jeunes atikamekw de 14-18 ans, une majorité (79,1 %) rapporte avoir consommé de l'alcool au cours de la dernière année et la moitié s'avère être des polyconsommateurs, le cannabis étant la drogue la plus consommée³⁴. La consommation abusive et la dépendance à l'alcool et aux drogues sont reconnues comme des problèmes fréquents au sein des communautés autochtones. De plus, la première consommation se fait à un âge plus précoce que chez les non-autochtones³⁵.

Une enquête sur l'usage de la drogue des adolescents soulève que les groupes autochtones ont de façon constante des taux de consommation supérieurs à ceux des non-autochtones pour les drogues telles que marijuana, LSD (acide lysergique diéthylamide), PCP, hallucinogènes et crack³⁶.

Dans la population en général, des études indiquent que de 19 % à 63 % des personnes décédées par suicide avaient un problème d'abus ou de dépendance à une substance psychoactive³⁷. Le risque de suicide chez les alcooliques et les polytoxicomanes est plus élevé que pour la population sans trouble de consommation³⁸. De plus, la consommation d'alcool et de drogues représente un facteur associé au suicide plus élevé chez les Autochtones et Métis que chez les non-autochtones³⁹.

Considérant que la relation entre les troubles liés à la consommation d'une substance et le suicide est très bien établie, tant chez les Autochtones que les non-autochtones⁴⁰, il serait pertinent de :

- vérifier systématiquement la présence d'idées suicidaires chez la clientèle toxicomane (cela en cours de suivi et à la fin d'un traitement);
- demeurer vigilant à la fin d'une cure fermée de désintoxication.

Pour la clientèle non-toxicomane, il serait pertinent que les intervenants vérifient l'effet de la consommation sur les idées suicidaires et la capacité à se contrôler⁴¹.

9.4 Idéation et tentatives suicidaires

Dans 34,9 % des rapports de coroners, il est mentionné que la personne était connue pour avoir déjà eu des idées suicidaires. Rappelons que dans plusieurs rapports de coroners très peu d'information était disponible quant à l'historique de vie de la personne. Il est probable que le pourcentage réel de personnes ayant eu des idées suicidaires soit plus élevé.

Les rapports de coroners rapportent un antécédent de tentative de suicide dans 32,2 % des cas. Les dates des tentatives antérieures sont régulièrement manquantes dans les rapports de coroners. En fonction des données disponibles, il est possible de noter que dans 16 cas (10,5 %), la personne avait fait une tentative de suicide au cours des 12 mois précédents son décès.

Tant pour les idéations que les tentatives suicidaires, il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes.

Comparaison avec des données existantes

Selon Santé Canada (2009), 30,9 % des adultes autochtones vivant dans les réserves déclarent avoir eu des idées suicidaires, tandis que 15,8 % déclarent avoir tenté de se suicider au moins une fois dans leur vie. Toujours selon la même étude, la prévalence d'avoir eu des idées suicidaires ou d'avoir tenté de se suicider était plus faible dans l'ensemble de la population canadienne, 13,4 % et 3,2 % respectivement.

Malgré l'absence de continuum (idéation-tentative-suicide), « les adolescents qui ont des idéations sont beaucoup plus à risque de faire des tentatives de suicide et plus les idéations perdurent et sont sérieuses, plus le risque de tentative augmente »⁴².

Les femmes de la population en général sont deux fois plus nombreuses que les hommes à faire des tentatives de suicide (ratio de 2 : 1)⁴³. Cette information est différente de ce qui est observé à partir des rapports de coroners où le ratio femmes/hommes est presque de 1 : 1.

Le fait d'avoir fait une tentative au cours des 12 derniers mois est reconnu pour augmenter le risque de suicide⁴⁴. Le nombre important de tentatives de suicide au cours de l'année précédant le suicide est aussi observé dans une étude chez des Autochtones du Québec⁴⁵.

Finalement, les idéations et les tentatives de suicide ne sont pas toujours connues du réseau de la santé et des services sociaux, local ou provincial⁴⁶. Une enquête faite auprès de jeunes inuits indique que seulement 16 % parmi ceux qui avaient déjà fait une tentative ont dit avoir consulté un médecin, une infirmière ou un autre professionnel de la santé au sujet de cette tentative⁴⁷.

Considérant « le fait qu'une personne ait déjà tenté de se suicider indique que ce geste fait partie de son répertoire de solution et augmente sa capacité à le répéter dans un contexte similaire »⁴⁸, il serait pertinent de :

- s'assurer que la personne ait accès à un suivi après une tentative;
- « Déceler les similitudes entre le contexte des passages à l'acte précédents et la situation actuelle »⁴⁹.

9.5 Difficultés conjugales

Dans les données qui suivent, le terme « difficultés conjugales » concerne la séparation, le divorce, la menace de séparation, la jalousie entre conjoints, etc. La violence conjugale est quant à elle traitée au point 9.9 « Abus/négligence ».

Les personnes ayant vécu un événement lié à une difficulté conjugale représentent 30,9 % des 152 cas.

Comparaison avec des données existantes

Une étude récente démontre que le fait d'avoir vécu un divorce, surtout au cours des trois dernières années, augmente le risque d'accident, de violence et de suicide, principalement chez les hommes⁵⁰. Une autre étude indique que le fait de vivre une séparation ou un divorce augmente le sentiment de honte chez les hommes et les rend plus vulnérables aux comportements suicidaires⁵¹.

Considérant qu'une difficulté conjugale (telle qu'une rupture ou une rupture anticipée) fragilise la stabilité de la personne, il serait pertinent :

- d'être à l'affût des signes d'idéation suicidaire lorsque la personne consulte le centre de santé pour une raison autre, et cela même si la séparation ou le divorce n'est pas considéré comme récent.

9.6 Exposition au suicide d'un proche

Les rapports de coroners font mention d'un proche de la victime qui s'est enlevé la vie dans 19,1 % des cas. Ce sont les jeunes de 19 ans et moins qui ont été le plus souvent exposés au suicide d'un proche (48,3 %).

Une analyse multivariée permet de dire que la variable de l'âge a plus d'influence que le fait d'être une femme ou un homme. Il y a une association très significative entre le fait d'avoir été exposé au suicide d'un proche et le suicide à un jeune âge ($p= 0,003$).

Comparaison avec des données existantes

Il est probable que le pourcentage des personnes ayant été exposées au suicide d'un proche avant leur propre suicide soit plus élevé en réalité. En effet, dans le cadre d'une évaluation d'un projet sur la prévention du suicide de la communauté de Uashat Mak Mani-Utenam on constate qu'en 2010 « toutes les familles élargies de la communauté sont endeuillées par suicide »⁵².

Des études portant sur les jeunes autochtones ont montré que « le facteur le plus puissant associé à une tentative de suicide était le suicide ou la tentative antérieure d'un ami » ou d'un membre de la famille⁵³.

Plusieurs recherches ont révélé une hausse de l'incidence des taux de suicide chez les pairs à la suite du décès par suicide d'un jeune⁵⁴. Selon une étude canadienne récente ciblant les adolescents canadiens en âge scolaire, 12-17 ans, le fait d'avoir été exposé au suicide d'une autre personne, augmente de manière significative le risque de s'enlever la vie⁵⁵. Le risque demeure présent au cours de deux ans suivant un suicide. De plus, toujours selon cette étude, le risque touche l'ensemble des jeunes de l'école, qu'ils aient été amis ou non avec le jeune décédé par suicide.

Considérant qu'un des facteurs associés au suicide est un suicide ou une tentative de suicide parmi les proches, il serait pertinent de :

- soutenir les amis et les membres de la famille dans les cas de tentatives de suicide aussi bien que pour les suicides complétés;
- mettre en place des mesures de postvention réputées efficaces dans les milieux fréquentés par les jeunes (l'école, la maison des jeunes, etc.);
- assurer des ressources en milieu scolaire pour que la vigilance demeure au moins pour une durée de deux ans suivant le suicide d'un jeune.

9.7 Comportements violents, agressifs ou impulsifs

Dans 11,8 % des rapports de coroners, il y a mention d'antécédents de violence ou d'un comportement agressif ou impulsif chez la personne (N=18).

Comparaison avec des données existantes

« La littérature scientifique démontre clairement un lien entre l'impulsivité, l'agressivité et le suicide » et cela particulièrement chez les jeunes adultes et les adolescents⁵⁶.

Considérant que les comportements violents, agressifs ou impulsifs limitent la capacité de la personne à se contrôler et qu'ils augmentent le risque de suicide, il serait pertinent :

- de vérifier la présence des comportements tels que agression verbale; agression envers les objets; autoagressions physiques; hétéroagressivité physique⁵⁷;
- d'outiller la personne pour qu'elle puisse apprendre à gérer ces comportements (par exemple, des ateliers sur la gestion de la colère).

9.8 Problème avec la justice

Seuls des hommes avaient des problèmes avec la justice (18,4 % des hommes; N=19). Les problèmes sont par exemple : voie de fait, violence conjugale, vol, trafic de stupéfiants, etc. La différence peut être considérée comme étant significative entre les hommes et les femmes ($p=0,000$)⁵⁸.

Comparaison avec des données existantes

Une étude récente (2011) démontre que ce n'est pas uniquement le fait d'être prisonnier qui augmente le risque de suicide : tout contact avec le système judiciaire est lié à un risque de suicide plus élevé, que la personne soit jugée coupable ou non, qu'elle soit incarcérée ou non. Cette étude confirme également que les hommes ayant eu un contact récent ou non avec le système judiciaire sont plus à risque de suicide que les femmes ayant vécu une expérience similaire. De même, les personnes ayant eu un contact avec la justice sont généralement aux prises avec de multiples problèmes de santé et difficultés sociales⁵⁹.

Considérant que les hommes ayant eu un contact avec la justice sont plus à risque de suicide que les femmes et qu'ils sont confrontés à de multiples problèmes (trouble mental, toxicomanie, violence, pauvreté, etc.), il serait pertinent :

- de tenir compte de la situation de vie de la personne dans son ensemble⁶⁰;
- d'utiliser des stratégies d'interventions appropriées à la clientèle masculine.

Il serait aussi pertinent d'assurer un lien avec le service policier et le milieu carcéral pour que les hommes ayant eu un contact avec la justice soient référés au centre de santé et de services sociaux.

9.9 Abus/négligence

Le terme abus/négligence inclut la violence conjugale, l'agression sexuelle, le fait de vivre dans un contexte familial violent, les signalisations à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), etc. Il y a 12 personnes qui avaient vécu de l'abus ou de la négligence. Étant donné le petit nombre, il n'est pas possible de vérifier s'il existe une différence entre les hommes et les femmes.

Quinze personnes, en grande majorité des jeunes de moins de 24 ans, vivaient dans des familles dysfonctionnelles, n'acceptaient pas leur adoption, se sentaient rejetées par leurs parents ou avaient été prises en charge par la protection de la jeunesse.

Comparaison avec des données existantes

De jeunes atikamekw évoquent la violence et les agressions sexuelles comme étant des problèmes importants chez les jeunes⁶¹. Selon ces jeunes, les problèmes familiaux sont souvent liés à la consommation des parents et déclenchent les idéations suicidaires des jeunes. Ces jeunes déplorent la négligence envers les enfants et le manque d'encadrement parental. Le fait de vivre avec des parents alcooliques ou dépendants aux drogues peut avoir une incidence sur l'épanouissement des enfants⁶². Les jeunes qui se suicident sont aussi plus susceptibles d'avoir changé de tuteur pendant leur enfance⁶³.

Peu de recherches ont été faites au sujet du lien entre l'abus et le risque de suicide dans les populations autochtones en particulier. De plus, il n'y a actuellement pas de consensus à savoir si la violence faite aux enfants y est plus élevée que dans la population en générale⁶⁴. Ceci étant dit, vu l'isolement géographique et les réseaux familiaux complexes, il peut s'avérer difficile pour une victime d'abus de dénoncer sa situation.

Dans la population en général, il semble que l'environnement familial instable ou dysfonctionnel augmente la vulnérabilité des jeunes⁶⁵.

Considérant que la présence d'éléments d'adversité, dont la négligence et les conflits familiaux majeurs, dès le début de vie d'une personne augmente sa vulnérabilité⁶⁶, il serait pertinent :

- de poursuivre les interventions sur les déterminants précoces de la santé;
- de continuer à considérer la situation de la famille dans son ensemble lors d'intervention auprès des jeunes ayant des idées ou des comportements suicidaires;
- de continuer à former les intervenants de la Protection de la jeunesse au repérage.

10. FACTEURS DÉCLENCHEURS

Certains facteurs associés au suicide ont été identifiés dans les rapports de coroner comme ayant déclenché la crise suicidaire et le passage à l'acte. Dans 57 % des rapports de coroners, un déclencheur a été identifié (N=87).

Le facteur déclencheur le plus fréquent regroupe les difficultés liées au couple telles que rupture, divorce, menace de séparation, jalousie (42,5 %) (Tableau 6.). Ce déclencheur touche autant les hommes que les femmes. Viennent ensuite les déclencheurs associés :

- à la justice (incarcération, crainte d'être incarcéré, etc.);
- au deuil (n'accepte pas la mort ou veut rejoindre la personne décédée);
- à un problème lié à la consommation d'alcool ou de drogues (n'est plus capable de vivre avec cette dépendance).

Tableau 6 Principaux déclencheurs en fonction du genre

Déclencheur	Homme		Femme		Total	
	N	%	N	%	N	%
Difficultés liées au couple	24	41,4	13	44,8	37	42,5
Problème avec la justice	6	10,3	1	3,4	7	8,0
Deuil	3	5,2	3	10,3	6	6,9
Problème lié à la consommation (drogue/alcool)	4	6,9	2	6,9	6	6,9
Rejet social	4	6,9	0	0,0	4	4,6
Altercation physique ou verbale	4	6,9	0	0,0	4	4,6
Accumulation / désespoir	1	1,7	3	10,3	4	4,6
Situation familiale difficile	2	3,4	1	3,4	3	3,4
Problèmes financiers	2	3,4	0	0,0	2	2,3
Symptôme d'un trouble en santé mentale	2	3,4	0	0,0	2	2,3
Problème lié au placement d'enfant (DPJ)	0	0,0	2	6,9	2	2,3
Déboire lié à l'emploi	1	1,7	0	0,0	1	1,1
Autres	5	8,6	4	13,8	9	10,3
Total	58	100	29	100	87	100

Comparaison avec des données existantes

Des auteurs observent également que les difficultés de couple sont des déclencheurs importants lors du passage à l'acte chez les Autochtones⁶⁷.

Effectivement, une perte significative, telle qu'une rupture amoureuse, est un moment critique susceptible d'engendrer un passage à l'acte suicidaire⁶⁸. Dans une étude sur les personnes suicidées au Nouveau-Brunswick, les difficultés conjugales et les ruptures amoureuses sont identifiées dans 21 % des cas comme l'événement principal associé au suicide⁶⁹.

L'aggravation de troubles mentaux ou de consommation ainsi que les pertes, dont le deuil, sont aussi considérées comme des événements associés au suicide dans la population en général⁷⁰.

11. ACCUMULATION DE FACTEURS ASSOCIÉS AU SUICIDE

Il est généralement admis que le risque de suicide augmente en fonction du nombre et de l'intensité des facteurs associés présents dans la vie de la personne. Les facteurs associés ont un impact sur l'incidence du suicide, sans égard aux facteurs culturels. Toutefois, chez les Autochtones et surtout chez les jeunes, il semble « qu'en moyenne, ils sont confrontés à un plus grand nombre de ces facteurs de risque en même temps ou que ces facteurs sont plus graves »⁷¹.

L'analyse des rapports de coroners ne permet pas de préciser l'intensité des facteurs associés ni de les situer dans la trajectoire de vie de la personne. Par contre, il est possible d'en identifier le nombre minimum.

Afin de dénombrer les facteurs associés au suicide présents dans la vie de la personne, les éléments suivants ont été considérés : perte d'emploi récente; la personne vit seule; difficultés liées à la garde d'enfants; ennuis financiers; difficulté conjugale; problème avec la justice; sentiment de rejet social; isolement social; difficultés scolaires; désespoir; comportements violents; exposé à de l'abus, de la violence ou de la négligence dans l'enfance ou à l'âge adulte; vit dans une famille dysfonctionnelle; a reçu l'intervention de la DPJ; exposé au suicide d'un proche; problèmes de consommation d'alcool ou de drogues; antécédents de tentatives de suicide; troubles mentaux; présence de maladies chroniques ou de problèmes de santé physique; peu assidu à suivre une médication ou un suivi psychosocial.

Il s'avère que la grande majorité des personnes décédées par suicide étaient minimalement confrontées à 1 à 4 facteurs associés (Tableau 7). Une portion non négligeable de personnes vivait avec de nombreux facteurs qui pouvaient les rendre plus vulnérables au suicide.

Tableau 7 Nombre et pourcentage de cas de suicides en fonction du nombre de facteurs associés présents durant la vie de la personne (N= 152)

Nombre de facteurs associés identifiés	Nombre	%
0	16	10,5
1-2	64	42,1
3-4	47	30,9
5-9	25	16,4

CONCLUSION

Bien que les résultats soient appuyés uniquement au contenu des rapports de coroners, ils aident à tracer un profil des personnes qui se sont enlevé la vie. Les données étant manquantes dans une proportion importante, les conclusions demeurent exploratoires. Toutefois, il a été possible de proposer des stratégies en fonction des facteurs associés et des circonstances des décès par suicide.

Tout en gardant en tête qu'il n'y a pas de lien de causalité établi entre les facteurs associés et le suicide, les résultats présentés pourront soutenir la prise de décision quant aux interventions à privilégiées au sein des communautés. Ultimement, c'est l'amélioration des services offerts aux personnes suicidaires et à leur famille qui est visée (prévention primaire, interventions auprès de clientèles spécifiques, postvention).

Les résultats confirment certaines conclusions démontrées par la littérature au sujet des personnes qui se sont suicidées, telles que :

- La variabilité du nombre de suicides selon les communautés et les nations;
- Le nombre élevé de suicides chez les jeunes autochtones;
- L'intoxication fréquente au moment du suicide;
- Le nombre élevé de données manquantes au sujet des troubles mentaux;
- La fréquence élevée d'abus d'alcool et de drogues et la dépendance;
- Les difficultés dans la relation de couple souvent liées au passage à l'acte.

Des propositions d'action ou d'intervention sont faites tout au long du document (encadrés ombragés). En guise de proposition générale et en tenant compte du fait que l'accumulation de facteurs associés au suicide est bien présente dans le cas de nombreuses personnes qui se sont enlevé la vie, il serait souhaitable :

- d'impliquer une variété de partenaires au cas par cas et en fonction des facteurs associés au suicide;
- d'outiller les différents acteurs impliqués au repérage;
- de continuer d'agir sur les déterminants de la santé (milieux de vie, éducation, emploi, services en santé et services sociaux; autonomie politique et économique, etc.).

Les auteurs de ce document sont reconnaissants du travail précieux réalisé par les coroners qui ont comme préoccupation de protéger la vie humaine. Dans ce même souci de préserver la vie des personnes suicidaires, une plus grande systématisation de l'information contenue dans les rapports de coroners permettrait peut-être de soutenir l'amélioration des pratiques d'intervention. Par ailleurs, la collaboration entre les coroners et les corps policiers autochtones favorise une meilleure compréhension des circonstances du décès : elle est évidemment encouragée.

Finalement, bien qu'il y ait des similitudes entre les 27 communautés ciblées dans ce document, chacune d'elle vit dans un contexte social, économique et démographique qui lui est propre. Afin d'aider le plus efficacement possible les personnes suicidaires et leur famille, il serait souhaitable d'affiner les stratégies d'intervention en fonction du contexte local, pour chacune des communautés.

BIBLIOGRAPHIE

AADNC (Affaires autochtones et développement du Nord Canada) 2012. *Les Nations 2012. Population autochtone du Québec 2012*

AADNC Démographie des Autochtones selon le recensement de 2006, [En ligne], [<http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100016377/1100100016378>]

ALAGHEHBNDAN, R., K. Gates et D. MacDonald (2005). « Suicide Attempts and Associated Factors in Newfoundland and Labrador, 1998-2000 », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 50, n° 12, p. 762-768.

BAZINET, J., F. Roy et B. Lavoie (2011). *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques : Cahier du participant*, 2^e éd., Québec, Association québécoise de prévention du suicide, 48 p.

BOILEAU et coll. (2011). *Analyse des rapports de coroners des décès par suicides en Estrie : profil et recommandations*. CSSS-IUGS, 60 p.

BUREAU DU CORONER EN CHEF DE L'ONTARIO (2011). *Rapport d'examen des décès par suicide chez les jeunes de la Première nation de Pikangikum de 2006 à 2008*, 196 p.

CHAREST, P. (1995). « La composition des groupes de chasse chez les Mamit Innuat », in Trudel, Charest et Breton (sous la dir.), *La construction de l'anthropologie québécoise. Mélanges offerts à Marc-Adélar Tremblay*. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 1995, p. 367-396.

COMITÉ CONSULTATIF SUR LA PRÉVENTION DU SUICIDE (2003). *Agir selon ce que nous savons : La prévention du suicide chez les jeunes des Premières Nations*. 196 p.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR (2006). *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec, 2002. Rapport des Premières Nations vivants dans les communautés*. 236 p., [En ligne], [<http://www.cssspnql.com/docs/centre-de-documentation/ers-2002-sur-communaute.pdf?sfvrsn=2>].

DUFOUR, R. (1994). « Pistes de recherche sur les sens du suicide des adolescents inuit », *Santé mentale au Québec*, vol. 19, n° 2, p.145-162.

EVENO, S. (2003). *Le suicide et la mort chez les Mamit-Innuat*. Éditions L'Harmattan. 319 p.

EVENO, S. (2002). « Andersen chez les Mamit-innuat. Le suicide chez les Mamit-innuat : un décalage entre le discours et la réalité », *The Canadian Journal of Native Studies*, vol. 22, n° 1, p. 161-183.

GAGNÉ, M et coll. (2011). *La mortalité par suicide au Québec : données récentes de 2005 à 2009, mise à jour 2011*. Institut national de la santé publique du Québec, Direction de la recherche, formation et développement, 5 p.

GAGNÉ, M. et D. ST-LAURENT (2010). *La mortalité par suicide au Québec: tendances et données récentes, 1981-2008*, Institut national de la santé publique du Québec, Direction de la recherche, formation et développement, 19 p.

KIRMAYER, L. J. (2007). *Suicide chez les Autochtones du Canada*. Fondation autochtone de guérison. 189 p.

KOLVES, K., N. IDE et D. DE LEO (2011). « Marital breakdown, shame, and suicidality in men: a direct link? », *Suicide Life Threat Behav*, vol. 41, n° 2, p. 149-59.

LALIBERTÉ, A. et M. TOUSIGNANT (2009). « Alcohol and Other Contextual Factors of Suicide in four Aboriginal Communities of Quebec, Canada », *Crisis*, vol. 30, n° 4, p. 215-221.

LANE, J., J. ARCHAMBAULT, M. COLLINS-POULETTE et 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 p.

LAVOIE, B., M. LECAVALIER, P. ANGERS et J. HOULE (2012). *Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire : Fondements théoriques et pratiques*. Centre Dollard-Cormier—Institut universitaire sur les dépendances et Suicide Action Montréal.

LÉGARÉ, G. et coll. (2013). *La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2010, mise à jour 2013*, Rapport, Institut national de la santé publique du Québec, Québec, 24 p.

MAILHOT, J. (1996). *Au pays des Innus : gens de Sheshatshit*. Recherches amérindiennes au Québec, 184 p.

MUECKE, C. et coll. (2005). *Doit-on utiliser la standardisation directe ou indirecte dans l'analyse de la mortalité à l'échelle des petites unités géographiques?* Direction planification, recherche et innovation. Unité Études et analyses de l'état de santé de la population, Institut national de la santé publique du Québec, 28 p.

PETITPAS J. sous la coord. de N. GROS-LOUIS MCHUGH (2008). *Portrait des blessures physiques accidentelles et intentionnelles survenant au sein des communautés des Premières nations du Québec, de 2004 à aujourd'hui*, rapport final. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, 184 p.

PRONOVOST, J., C. PLOURDE et M. ALAIN (2010). « Le point de vue d'adolescents atikamekw sur les problèmes psychosociaux qui touchent les jeunes de leur communauté », in Charpentier, C. et Riard, E-H., *Vivre ensemble et éducation dans les sociétés multiculturelles*. Paris L'Harmattan, p. 43-50.

SANTÉ CANADA (2009). *Profil statistique sur la santé des Premières nations au Canada : Auto-évaluation de la santé et affections choisies, de 2002 à 2005*, 48 p., [En ligne], [<http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/aborig-autoch/index-fra.php>]

SÉGUIN, M. et coll. (2005). *Projet de recherche sur les décès par suicide au Nouveau-Brunswick entre avril 2002 et mai 2003*. Centre de recherche Hôpital Douglas.

SÉGUIN, M. et coll. (2004). *Programme de postvention en milieu scolaire. Stratégies d'intervention à la suite d'un suicide*, Éditions AQPS, 92 p.

SILVENTOINEN, K. et coll. (2013). « Changing associations between partnership history and risk of accidents, violence and suicides », *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 67, n° 3, p. 265-270.

TOUSIGNANT, M. et A. LALIBERTÉ (2007). « Suicide, violence and culture » in Bhugra, D. et K. Bhui, *Textbook of Cultural Psychiatry*, Cambridge University Press, p. 33-42.

TREMBLAY, A. (1995). « L'organisation de la santé dans une réserve montagnaise », *Recherche amérindienne au Québec*, vol. 25, n° 1, p. 21-40.

WHITE, J. et N. JODOIN (2004). *Guide des stratégies prometteuses pour la prévention du suicide chez les jeunes Autochtones*. Centre pour la prévention du suicide, 278 p.

WOOD, I., D. DESCENT et G. MCKENZIE (2010). *Rapport technique de l'évaluation du projet pair aidant dans la communauté d'Uashat Mak Mani-Utenam*. Dans le cadre de la stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes autochtones. Présenté à Santé Canada, 85 p.



Annexe A

Liste des communautés et leur population (2012)

Communautés non conventionnées (Source : AADNC 2012)

Nation	Communauté	Population résidente
Abénakis		382
	Odanak	314
	Wôlinak	68
Anishnabe		5 819
	Eagle Village - Kipawa	272
	Hunter' point (Wolf Lake)	1
	Kitcisakik	393
	Kitigan Zibi	1 554
	Lac Simon	1 480
	Pikogan	529
	Rapid Lake (Barriere Lake)	539
	Timiskaming	629
	Winneway (Long Point)	422
Atikamekw		5 694
	Manawan	2 154
	Opitcwan	2 191
	Wemotaci	1 349
Hurons-Wendat		1 379
	Wendake	1 379
Innus		11 875
	Pessamit	2 877
	Essipit	182
	Unamen Shipu	1 043
	Mashteuiatsh	2 049
	Matimekush-Lac John	735
	Ekuanitshit	542
	Natashquan	941
	Pakuashipi	330
	Uashat mak Mani-Utenam	3 166
Malécites¹		0
	Cacouna	0
	Whitworth	0
Micmacs		2 676
	Gesgapegiag	638
	Listuguj	2 038
Mohawks		9 030
	Kahnawake	7 672
	Kanesatake	1 358

¹ Comme il n'y a pas de population résidente chez les Malécites, il n'y a pas de données concernant cette nation dans le présent document.

Communautés conventionnées (Source : AADNC 2012)

Nation	Communauté	Population résidente
Cris		14 178
	Chisasibi	3 925
	Eastmain	650
	Mistissini	3 425
	Nemiscau	621
	Oujé-Bougoumou	N/D
	Waskaganish	1 962
	Waswanipi	1 427
	Wemidji	1 309
	Whapmagoostui	859
Naskapis		624
	Kawawachikamach	624
Inuits		10 608
	Akulivik	575
	Aupaluk	169
	Chisasibi	82
	Inukjuak	1 554
	Ivujivik	300
	Kangiqsualujjuq	790
	Kangiqsujjuaq	626
	Kangisuk	476
	Killinik	0
	Kuujjuaq	1 680
	Kuujjuarapik	535
	Puvirnituq	1 485
	Quaqtaq	339
	Salluit	1 285
	Tasiujaq	277
	Umiujaq	435



Annexe B

Éléments de la grille de compilation des données

Annexe B
Éléments de la grille de compilation des données

Élément de la grille	Explicatif	Exemple/cotation
N	Numéro unique	1
Numéro de dossier	Tel qu'identifié	A-000000
Nom du coroner	-	
Communauté	Tel qu'identifié. Inscrire le nom ou générer une codification pour les communautés visées.	
Conventionnée	Communautés inuites, cries et naskapiés sont conventionnées. Les autres sont non conventionnées	0= non; 1= oui
Municipalité du geste suicidaire (si différent)	Endroit du geste suicidaire si différent de la communauté d'appartenance. Ex. : la communauté d'appartenance est Wendake, mais la personne a posé son geste à Montréal.	
Lieu du geste suicidaire	Lieu le plus précis possible où la personne a été trouvée.	Cabanon derrière sa résidence
Sexe	-	M= masculin; F= féminin
Âge	Au moment du décès	17
Mois	-	8
Année	-	2000
Date du geste suicidaire	Année/Mois/Jour	2000/08/25
Heure du geste suicidaire	Tel que précisé dans le texte. Si non préciser, utiliser l'heure du constat de décès comme heure approximative.	19:00
Déclencheur	Événement des dernières heures qui a provoqué l'acte suicidaire	Rupture amoureuse
Méthode de suicide		1= pendaison; 2= arme à feu; 3= intoxication aux Rx; 4= intoxication au gaz; 5= noyade; 6= asphyxie par sac; 7= accident d'automobile; 8= incendie, immolation; 9= lacération; 10= chute; 11= autres (ex. : hypothermie, hara-kiri)
Préciser	Méthode la plus précise possible	Corde de nylon jaune, solive du plafond
Emploi	La personne avait-elle un emploi au moment de son décès?	0= non; 1= oui
Préciser	Description de l'emploi ou de l'occupation	Étudiant, chômage, mécanicien
Perte d'emploi récemment	Perte d'emploi dans un intervalle de temps assez rapproché pour avoir un impact sur la personne	0= non; 1= oui
Vit seul	Absence de colocataire, de concubinage, etc.	0= non; 1= oui
Couple	Relation de couple (avec ou sans concubinage)	0= non; 1= oui
Divorce/Séparation (0 ou 1)	Divorce ou séparation dans un intervalle de temps assez rapproché pour avoir un impact sur la personne	0= non; 1= oui
Difficulté conjugaleGEN	Si divorce, conflit, menace de séparation, ou autre difficulté de couple en général	0= non; 1= oui
Enfants	La personne a-t-elle des enfants	0= non; 1= oui

Élément de la grille	Explicatif	Exemple/cotation
Garde d'enfants	La personne vit-elle un enjeu en lien avec la garde de ses enfants (ex. : retrait des enfants par la DPJ, attente de jugement pour la garde avec l'ex-conjoint, etc.)?	0= non; 1= oui
Enceinte	Au moment du décès	0= non; 1= oui
Menace de séparation	Présence de menace de séparation ou menace de divorce au moment du décès	0= non; 1= oui
Ennuis financiers	Au moment du décès (endettement, perte d'argent, etc.)	0= non; 1= oui
Problèmes avec la justice	Présence de dossier criminel antérieur, procédure en cours, arrestation récente, sous surveillance, recherché par la police, etc.	0= non; 1= oui
Pacte de suicide	-	0= non; 1= oui
Rejet social	La personne a-t-elle vécu un sentiment de rejet par la famille, les amis ou la société en général?	0= non; 1= oui
Désespoir	La personne présente-t-elle des signes de désespoir évident selon le coroner?	0= non; 1= oui
Antécédent de violence hétéroagressive	Gestes violents commis envers une autre personne	0= non; 1= oui
Antécédents d'abus/négligence	La personne a-t-elle vécu une histoire d'abus physique ou sexuel, de la violence conjugale (récent ou non) ou de négligence durant l'enfance?	0= non; 1= oui
Exposition à la mort de quelqu'un par suicide	Relation (significative ou non) avec une personne ayant commis un suicide complété (famille, ami, collègue, etc.).	0= non; 1= oui
Orientation sexuelle	Si l'orientation sexuelle est mentionnée dans le rapport du coroner.	1= hétérosexuel; 2= homosexuel; 3= bisexuel; 4= autre
Problèmes associés	Spécifier si l'orientation sexuelle a mené à des conséquences telles que le rejet, la persécution, etc.	
Impulsivité/agitation/agressivité	Tel que rapporté dans le rapport du coroner.	0= non; 1= oui
Dépression	Tel que rapporté dans le rapport du coroner.	0= non; 1= oui actuel; 2= antécédent
Humeur dépressive sans dx de dépression ou de bipolarité	Tel que rapporté dans le rapport du coroner. Symptôme de dépression sans diagnostic.	0= non; 1= oui
Bipolaire	Tel que rapporté dans le rapport du coroner.	0= non; 1= oui
Schizophrénie	Tel que rapporté dans le rapport du coroner.	0= non; 1= oui
Alcool	Tel que rapporté dans le rapport du coroner.	0= non; 1= usage actuel; 2= abus actuel; 3= dépendance actuelle; 4= usage antécédent; 5= abus antécédent; 6= dépendance antécédent
Drogue	Tel que rapporté dans le rapport du coroner.	0= non; 1= usage actuel; 2= abus actuel; 3= dépendance actuelle; 4= usage antécédent; 5= abus antécédent; 6= dépendance antécédent
Préciser le nom de drogue et médicament	Nom de la drogue et du médicament tel qu'inscrit dans le rapport du coroner.	Cannabis; PCP; cocaïne, etc.
Trouble de personnalité	Tel que rapporté dans le rapport du coroner.	0= non; 1= oui

Élément de la grille	Explicatif	Exemple/cotation
Antécédent d'idéation suicidaire	Présence documentée d'idéation.	0= non; 1= oui
Antécédent de tentative de suicide	Présence documentée de tentative.	0= non; 1= oui
Insomnie	Inclus trouble du sommeil. Tel que rapporté dans le rapport du coroner.	0= non; 1= oui
Anxiété	Tel que rapporté dans le rapport du coroner.	0= non; 1= oui
Symptôme aigu de trouble mental	Tel que rapporté dans le rapport du coroner.	0= non; 1= oui
Jeu compulsif	Tel que rapporté dans le rapport du coroner.	0= non; 1= oui
Autres	Préciser si présence d'autres troubles de santé mentale mentionnés dans le rapport du coroner. Ensuite, faire une codification pour faciliter l'analyse.	TDAH, trouble du comportement, etc.
Présence antécédent SM	Indiquer « oui » si au moins un trouble de santé mentale a été répertorié dans le rapport du coroner. Inscire « non » lorsque mentionné dans le rapport (ex. : aucun antécédent relevé dans les dossiers médicaux).	0= non; 1= oui
Cancer	Tel que rapporté dans le rapport du coroner.	0= non; 1= oui
HIV/SIDA	Tel que rapporté dans le rapport du coroner.	0= non; 1= oui
Neurologique	Épilepsie, AVC, SEP, etc. Tel que rapporté dans le rapport du coroner.	0= non; 1= oui
Maladie chronique	Tel que rapporté dans le rapport du coroner.	0= non; 1= oui
Préciser laquelle	Tel que rapporté dans le rapport du coroner.	Diabète, asthme, etc.
Douleur chronique	Tel que rapporté dans le rapport du coroner.	0= non; 1= oui
Perte autonomie	Tel que rapporté dans le rapport du coroner.	0= non; 1= oui
Autres	Préciser si présence d'autres troubles de santé mentale mentionnés dans le rapport du coroner.	
Présence antécédent S physique	Indiquer « oui » si au moins un trouble de santé physique a été répertorié dans le rapport du coroner. Inscire « non » lorsque mentionné dans le rapport (ex. : aucun antécédent relevé dans les dossiers médicaux).	0= non; 1= oui
Suivi pour la santé mentale GEN	La personne a-t-elle déjà été suivie pour un trouble de santé mentale (autre que pour idéation ou tentative suicidaire et autre que pour abus ou dépendance à l'alcool et aux drogues).	0= non; 1= oui
Fréquence si connue	Le plus précis possible.	
Depuis quand	Le plus précis possible.	
Consultation pour la santé mentale	La personne a-t-elle déjà consulté un professionnel de la santé pour un trouble de santé mentale (autre que pour idéation ou tentative suicidaires)	0= non; 1= oui
Hospitalisation en santé mentale	Autre que pour des raisons d'idéation ou de tentative suicidaires	0= non; 1= oui
Suivi/consultation pour la santé physique	La personne a-t-elle été suivie ou a-t-elle consulté pour raison de santé physique?	0= non; 1= oui

Élément de la grille	Explicatif	Exemple/cotation
Fréquence si connue	Le plus précis possible.	
Depuis quand	Le plus précis possible.	
Lien possible avec le réseau (à l'exception des autres choix)	Principalement, les liens avec le réseau en raison d'idéation ou de tentative suicidaires, le plus précis possible. Ensuite, faire une codification pour faciliter l'analyse.	Ex. : hospitalisé il y a 6 ans pour idéation suicidaire; A séjourné en centre de désintoxication à la suite d'une tentative de suicide, etc.
Instituts impliqués (CSSS, CPS, CHUS, etc.)	Établissement de santé avec lequel la personne a été en contact.	Ex. : hôpital Sainte-Justine
Intox-Drogue	Présence de drogue dans le sang ou dans l'urine.	0= non; 1= oui
Intox-Alcool	Présence de taux d'alcool supérieur à la dose légale (0,08= 80mg/dl).	0= non; 1= oui
Intox-Médicament	Présence de taux de médicament supérieur à la dose thérapeutique.	0= non; 1= oui
Préciser la drogue et le médicament	Tel que rapporté dans le rapport du coroner.	cannabis; PCP; cocaïne, etc.
Dépistage	La personne a-t-elle été dépistée dans les heures précédant l'acte suicidaire? Inlus le cas où la personne suicidaire sollicite elle-même une ressource.	0= non; 1= oui
Proche	Inscrire si la personne a été vue par des proches dans les dernières heures avant l'acte suicidaire et si ses proches ont dépisté un risque suicidaire.	0= non vue; 1= vue, mais non dépister; 2= dépister
Enseignant, secrétaire (sentinelle)	Idem que précédent.	0= non vue; 1= vue, mais non dépisté; 2= dépisté
Police	Idem que précédent.	0= non vue; 1= vue, mais non dépisté; 2= dépisté
Médecin ou autre professionnel de la santé	Idem que précédent.	
Spécifier les facteurs associés au suicide remarquables en rétrospective	Inscrire toute information de précision présente dans le rapport. Ex. : si l'élément abus est positif, précisé si c'est un abus récent ou antérieur, abus subi à plusieurs reprises dans l'enfance, etc. Reprendre les mots utilisés par le coroner afin de limiter l'interprétation.	
Risques associés	Si la personne a été orientée vers un professionnel dans les dernières heures avant l'acte suicidaire, a-t-elle été évaluée selon les facteurs de vulnérabilité ou autres risques associés.	0= non; 1= oui
Urgence (ex. : COQ)	Si la personne a été orientée vers un professionnel dans les dernières heures avant l'acte suicidaire, a-t-elle été évaluée selon la dangerosité du passage à l'acte?	0= non; 1= oui
Facteurs de protection	Si la personne a été orientée vers un professionnel dans les dernières heures avant l'acte suicidaire, a-t-elle été évaluée selon les facteurs de protection?	0= non; 1= oui
Suivi pour risque de suicide (si dépistage réussi)	Si la personne a été dépistée pour risque de suicide, a-t-elle reçu des services de suivi? Si oui, répondre aux 4 questions qui suivent.	0= non; 1= oui
1er R-V (délais en heure)	Tel que rapporté dans le rapport du coroner.	

Élément de la grille	Explicatif	Exemple/cotation
Suivi-fréquence	Tel que rapporté dans le rapport du coroner.	
Suivi_Nature (médicale, psychosociale)	Tel que rapporté dans le rapport du coroner.	
Suivi_Continuité	Tel que rapporté dans le rapport du coroner.	
Postvention	Préciser si la personne a des connaissances qui se sont suicidées et si elle a reçu un soutien en lien avec la postvention.	0= non; 1= oui
Plan	La personne avait-elle un plan clair avant de commettre l'acte suicidaire?	0= non; 1= oui
Comportement préparatoire	La personne avait-elle un comportement préparatoire avant de commettre l'acte suicidaire?	0= non; 1= oui
Exprimer l'intention de mort	La personne a-t-elle exprimé son intention de se suicider avant de commettre l'acte suicidaire?	0= non; 1= oui
Message (écrit ou enregistré)	La personne a-t-elle laissé un message avant de commettre l'acte suicidaire? (peu importe la technologie utilisée : texto, Facebook, lettre, vidéo, etc.)	0= non; 1= oui
Support familial	Y a-t-il présence de proches dans le réseau familial pouvant être en soutien et venir en aide à la personne?	0= non; 1= oui
Support social (autre que familial)	Y a-t-il présence de proches, autre que dans le réseau familial, pouvant être en soutien et venir en aide à la personne?	0= non; 1= oui
Support thérapeutique	Y a-t-il présence de professionnels de la santé pouvant venir en aide à la personne et connus de celle-ci?	0= non; 1= oui
Plan pour le futur	La personne a-t-elle des projets pour l'avenir?	0= non; 1= oui
Valeur et croyance	Y a-t-il présence de valeurs ou croyances qui s'opposent à l'idée du suicide? (ex. : la religion)	0= non; 1= oui
Surveillance personne	Des proches ont-ils surveillé la personne avant son décès pour tenter de l'empêcher de se suicider?	0= non; 1= oui
Retrait moyens pour se suicider	Des proches ont-ils tenté d'empêcher le suicide en retirant de l'environnement de la personne les objets susceptibles de pouvoir être utilisés en vue de commettre un suicide?	0= non; 1= oui
Sollicitation ressources aide spécialisée	Des proches ont-ils fait appel à une aide spécialisée pour tenter d'intervenir auprès de la personne?	0= non; 1= oui
Hébergement	Proche ayant exceptionnellement hébergé la personne à son domicile pour tenter d'empêcher le suicide ou pour répondre à la demande de la personne.	0= non; 1= oui
Autres	Préciser le plus possible ce qui a été posé comme action pour tenter d'empêcher la personne de se suicider.	
Absence dans le dossier de facteurs prédisposants et concrétisants	S'il s'agit d'un suicide dans un contexte où la personne ne présentait pas de facteurs pouvant la prédisposer au suicide. Ex. : de facteurs prédisposants : consommation de drogues dures, deuil, conflit amoureux, problème d'alcool, abus dans l'enfance, carence affective, etc.	0= présence de facteurs prédisposants; 1= absence de facteurs prédisposants; 2= pas suffisamment d'information dans le rapport du coroner pour déterminer s'il y a absence ou non de facteurs prédisposants.

Élément de la grille	Explicatif	Exemple/cotation
Notes finales	Commentaires libres de l'évaluateur du rapport du coroner.	
Suggestion personnelle	Suggestion libre de l'évaluateur du rapport du coroner en lien, par exemple avec les services reçus par la personne; les renseignements contenus dans le rapport du coroner, etc.	
Selon le coroner	Préciser les recommandations du coroner ou les notes particulières pouvant être pertinentes à la compréhension du contexte ou autre.	



Annexe C

Éléments de la grille de compilation des données
et taux des données disponibles

Éléments de la grille de compilation des données et taux des données disponibles

Élément de la grille	% d'information disponible (N=152)	Donnée utilisée
N	100	
Numéro de dossier	100	
Nom du coroner	100	
Communauté	95,4	x
Conventionnée	100	x
Municipalité du geste suicidaire (si différent)	—	
Lieu du geste suicidaire	97,4	x
Sexe (M/F)	100	x
Âge	100	x
Mois	100	x
Année	100	x
Date du geste suicidaire (Année-Mois-Jour)	98	
Heure du geste suicidaire	Sans avoir l'heure précise, il a été possible de déterminer si le geste a été posé le matin, le jour, le soir ou la nuit dans 44,1% des cas.	x
Déclencheur	57	x
Méthode de suicide	99,3	x
Préciser		
Emploi	19,7	
Perte d'emploi récemment	2,6	
Vit seul	65,1	
Couple	44,1	
Divorce/Séparation (0 ou 1)	21,1	
Difficulté conjugaleGEN	30,9	x
Enfants	17,1	
Garde d'enfants	3,3	
Enceinte	0	
Menace de séparation	4	
Ennuis financiers	3,3	
Problèmes avec la justice	12,5	x
Pacte de suicide	1,3	
Rejet social	1,3	x
Désespoir	3,5	
Antécédent de violence hétéroagressive	8,6	x
Antécédents d'abus/négligence	7,9	x
Exposition par la mort de quelqu'un par suicide	19,1	x
Orientation sexuelle	0	
Problèmes associés		
Impulsivité/agitation/agressivité	4	x
Dépression	14,5	x
Humeur dépressive sans dx	9,9	x
Bipolaire	0	x
Schizophrénie	2	x
Alcool	63,8	x
Drogue	46,7	x
Préciser le nom de drogue et médicament	—	
Trouble de personnalité	3,3	x
Antécédent d'idéation suicidaire	42,1	x
Antécédent de tentative de suicide	34,2	x

Éléments de la grille de compilation des données et taux des données disponibles

Élément de la grille	% d'information disponible (N=152)	Donnée utilisée
Insomnie	1,3	x
Anxiété	1,3	x
Symptôme aigu de trouble mental	0	x
Jeu compulsif	0	
Autres	7,9	x
Présence antécédent SM	32,2	x
Cancer	0	
HIV/SIDA	0,7	
Neurologique	1,3	
Maladie chronique	5,9	
Préciser laquelle		
Douleur chronique	2	
Perte autonomie	0	
Autres	—	
Présence antécédent S physique	6,5	x
Suivi pour la santé mentale GEN	8,6	x
Fréquence si connue	—	
Depuis quand	—	
Consultation pour la santé mentale	5,9	
Hospitalisation en santé mentale	2	
Suivi/consultation pour la santé physique	3,3	
Fréquence si connue	—	
Depuis quand	—	
Lien avec le réseau	11,2	x
Instituts impliqués (CSSS, CPS, CHUS, etc.)	—	
Intox-Drogue	38,2	x
Intox-Alcool	52,6	x
Intox-Médicament	11,2	x
Préciser la drogue et le médicament	—	
Dépistage	79,6	
Proche	71,7	
Enseignant, secrétaire, sentinelle	0	
Police	5,9	
Médecin ou autre professionnel de la santé	4,6	
Facteurs de risque remarquables en rétrospective	96,7	x
Risques associés	0	
Urgence (ex. : COQ)	0	
Facteurs de protection	0	
Suivi pour risque de suicide	0	
1er R-V (délais en heure)	0	
Suivi_Fréquence	0	
Suivi_Nature (médicale, psychosociale)	0	
Suivi_Continuité	0	
Postvention	0	
Plan	0,7	x
Comportement préparatoire	6,7	x
Exprimer l'intention de mort	22,4	x
Message (écrit ou enregistré)	46,7	x
Support familial	3,3	
Support social (sauf familial)	5,3	

Éléments de la grille de compilation des données et taux des données disponibles

Élément de la grille	% d'information disponible (N=152)	Donnée utilisée
Support thérapeutique	2	
Plan pour le futur	1,3	
Valeur et croyance	1,3	
Surveillance personne	2,6	
Retrait moyens pour se suicider	0,7	
Sollicitation ressources aide spécialisée	5,9	
Hébergement	0	
Autres	7,2	
Absence dans le dossier de facteurs prédisposants et concrétisants	100	x
Notes finales	—	
Suggestion personnelle	—	
Selon le coroner	—	

Notes et références

¹ La Convention de la Baie-James et du Nord-Est québécois est le fruit des négociations concernant le développement hydroélectrique des rivières du Nord québécois. Au début des années 1970, les Cris et les Inuits s'opposent fermement au projet de la Baie-James puisqu'ils n'ont pas été consultés au sujet. Les tribunaux obligent Québec à s'entendre avec les Cris et les Inuits. En 1975, le gouvernement québécois de Bourassa propose une négociation qui se conclue par la signature de la Convention de la Baie-James. Avec Québec, les communautés crie et inuite en sont les signataires, à l'exception de deux villages inuits qui demeurent dissidents. En 1978, les Naskapis signent la Convention du Nord-Est québécois. Par ces deux conventions, les communautés signataires acceptent que soient abrogés leurs droits territoriaux ancestraux. En contrepartie, les Cris, les Inuits et les Naskapis obtiennent des compensations financières, une large autonomie politique et administrative ainsi que des droits exclusifs de chasse, de pêche et de piégeage sur certaines terres. La nouvelle autonomie signifie, entre autres, que le gouvernement fédéral n'agit plus à titre de tuteur. Les communautés non conventionnées, quant à elles, demeurent en grande partie sous la gouverne fédérale, notamment en ce qui concerne la santé.

² Affaires autochtones et développement du Nord Canada 2012

³ Charest 1995; Mailhot 1996

⁴ Boileau et coll. 2011

⁵ Kirmayer 2007

⁶ Malchy et coll., 1997 dans Kirmayer 2007 : 26

⁷ Malchy et coll., 1997 dans Kirmayer 2007 : 26

⁸ Lane et coll. 2010 : 58

⁹ Kirmayer 2007

¹⁰ Baker, 1994, dans Kirmayer 2007

¹¹ Légaré et coll. 2013 : 1

¹² Gagné et St-Laurent 2010 : 7; Gagné et Légaré 2011 : 3.

¹³ AADNC, recensement 2006

¹⁴ Gagné et St-Laurent 2010 : 10

¹⁵ Gagné et St-Laurent 2010 : 10.

¹⁶ Gagné et St-Laurent 2010 : 11.

¹⁷ La méthode utilisée pour définir l'heure de l'acte suicidaire est la suivante.

- si l'heure présumée de décès est indiquée par le coroner, cette donnée est utilisée en priorité.
- s'il y a des témoins lors du suicide, l'heure indiquée par ceux-ci est utilisée en second choix.
- si la personne a été vue vivante et retrouvée morte à l'intérieur d'une période de 4 h, une moyenne est faite, c'est l'heure utilisée en troisième choix. Par exemple, si la personne a été vue vers 8 h et retrouvée vers 10 h, l'heure du décès estimée est 9 h.

Éléments de la grille de compilation des données et taux des données disponibles

- Si l'heure n'est pas indiquée dans le rapport du coroner, mais qu'il y a une mention telle que « le décès a présumément eu lieu dans la nuit » (sic.), un commentaire était inscrit pour le signifier.

- ¹⁸ Petitpas 2008 : 34
- ¹⁹ Tousignant et Laliberté (2007); Eveno (2003)
- ²⁰ Une intoxication à l'alcool équivaut à un seuil supérieur à la limite légale, soit 0,08% (ou 80mg/dl).
- ²¹ Malachy et coll 1997 dans Kirmayer 2007
- ²² Schneider 2009 dans Lavoie et Coll. 2012 : 18
- ²³ Pronovost, Plourde et Alain 2010 : 46
- ²⁴ Houle 2005 dans Lavoie et coll. 2012 : 14
- ²⁵ Muecke et coll. 2005 : 1. Note : En faisant un calcul des taux pour un comparable sur 100 000 habitants, un suicide dans une communauté de 100 personnes serait une extrapolation bien trop artificielle et ne représenterait plus la réalité. Différentes modalités de calculs de taux pour de petits nombres sont peut-être possible, mais cela demanderait qu'un spécialiste en statistiques se penche sur la question.
- ²⁶ White et Jodoin 2004 : 267-268
- ²⁷ Lane et coll. 2010 : 8
- ²⁸ White et Jodoin 2004 : 265
- ²⁹ Kirmayer 2007 : 41
- ³⁰ Lavoie et coll. 2012 : 7
- ³¹ Seguin 2005 : 17
- ³² Grille pouvant être utilisée seulement par les personnes ayant suivi la formation accréditée par l'Association québécoise de prévention du suicide.
- ³³ Seguin 2005 : 19
- ³⁴ Pronovost, Plourde et Alain 2010 : 45
- ³⁵ May et coll. 2002 dans Kirmayer 2007 : 44
- ³⁶ Gfellner et Hundleby 1995 dans Kirmayer 2007 : 45
- ³⁷ Schneider 2009 dans Lavoie et Coll. 2012 : 18
- ³⁸ Lavoie et Coll. 2012
- ³⁹ White et Jodoin 2004 : 266
- ⁴⁰ White et Jodoin 2004; Lavoie et coll. 2012
- ⁴¹ Lavoie et coll. 2012
- ⁴² Site internet CRISE : http://www.criseapplication.uqam.ca/theme1.asp?partie=partie4_4
- ⁴³ Kirmayer 2007 : 27
- ⁴⁴ Lavoie et coll 2012 : 15
- ⁴⁵ Laliberté et Tousignant 2009
- ⁴⁶ Alaghebandan, Gates et MacDonald 2005 : 762
- ⁴⁷ Kirmayer 2007 : 23
- ⁴⁸ Lavoie et coll. 2012
- ⁴⁹ Shea 2002 dans Lavoie et coll. 2012 : 16
- ⁵⁰ Silventoinen et coll. 2013
- ⁵¹ Kolves et coll 2011
- ⁵² Wood, I., D. Descent et G. Mckenzie : 2010
- ⁵³ White et Jodoin 2004 : 268
- ⁵⁴ Séguin et coll. 2004
- ⁵⁵ Sonja et Colman 2013
- ⁵⁶ Lavoie et coll. 2012 :20
- ⁵⁷ Kaision, Camus et Cossy, 2001 dans Lavoie et coll. 2012 : 20
- ⁵⁸ Test exact de Fisher pour un tableau 2x2. Résultat significatif, cela malgré la présence d'un zéro dans le calcul.
- ⁵⁹ Webb 2011
- ⁶⁰ Webb 2011
- ⁶¹ Pronovost, Plourde et Alain 2010 : 46
- ⁶² White et Jodoin 2004 : 268
- ⁶³ White et Jodoin 2004 : 268
- ⁶⁴ Kirmayer 2007 : 50

⁶⁵ Site internet du CRISE. *Application des connaissances scientifiques en prévention du suicide—Quels sont les facteurs associés au suicide chez les adolescents ?*

http://www.criseapplication.uqam.ca/theme1.asp?partie=partie3_2

⁶⁶ Seguin 2005 : 22

⁶⁷ Tousignant et Laliberté 2007

⁶⁸ AQPS 2003 dans Bazinet, Roy, et Lavoie 2011 : 14

⁶⁹ Seguin 2005 : 19

⁷⁰ Séguin 2005 : 19

⁷¹ White et Jodoin 2005 : 12