

CHAPITRE 7

COMPORTEMENT SUICIDAIRE

Points saillants

- **En 1998, 3 699 Canadiens et Canadiennes sont morts en se suicidant.**
- **Le suicide représente 24 % de tous les décès de personnes âgées de 15 à 24 ans et 16 % chez les 25 à 44 ans.**
- **Le taux de mortalité attribuable au suicide chez les hommes est quatre fois plus élevé que chez les femmes.**
- **Les personnes âgées de 15 à 44 ans représentent 73 % des admissions à l'hôpital pour tentative de suicide.**
- **Les femmes sont hospitalisées dans les hôpitaux généraux pour tentative de suicide 1,5 fois plus que les hommes.**

Qu'est-ce qu'un comportement suicidaire?

Le comportement suicidaire est un important problème de santé évitable au Canada. Bien qu'il ne s'agisse pas, à proprement parler, d'une vraie maladie mentale, le comportement suicidaire est étroitement lié à ces maladies et conduit à des problèmes semblables. Il marque habituellement la fin d'une longue route de désespoir et d'impuissance. Toutes les personnes qui envisagent le suicide perçoivent leur vie comme insupportable.

Le comportement suicidaire n'entraînant pas la mort (tentative de suicide) est un signe de grave détresse et peut s'avérer un point tournant pour la personne si elle obtient une aide suffisante pour apporter les changements nécessaires dans sa vie¹. Pour certaines personnes, particulièrement celles qui sont atteintes d'un trouble de la personnalité limite, le comportement suicidaire en est le dénouement.

<u>Signes avertisseurs</u>
<u>Comportement suicidaire</u>
<ul style="list-style-type: none">• Expressions répétées de détresse, d'impuissance et de désespoir• Signes de dépression (perte d'intérêt pour les activités habituelles, changements de la structure du sommeil, perte d'appétit, perte d'énergie, expression de commentaires négatifs sur soi)• Perte d'intérêt envers les amis, les passe-temps et les activités aimées auparavant• Donner des biens appréciés ou mettre en ordre ses affaires personnelles• Dire ses souhaits finals à un proche• Exprimer des pensées suicidaires• Exprimer l'intention de se suicider et avoir un plan, par exemple, prendre des pilules ou se pendre à un endroit et à une date précis

Jusqu'à quel point le comportement suicidaire est-il répandu?

Suicide

Au début de 2002, Statistique Canada a produit un rapport sommaire détaillé sur les décès par suicide et les tentatives de suicide au Canada². Selon le rapport, le suicide est une des principales causes de décès chez les hommes et les femmes de l'adolescence à l'âge moyen.

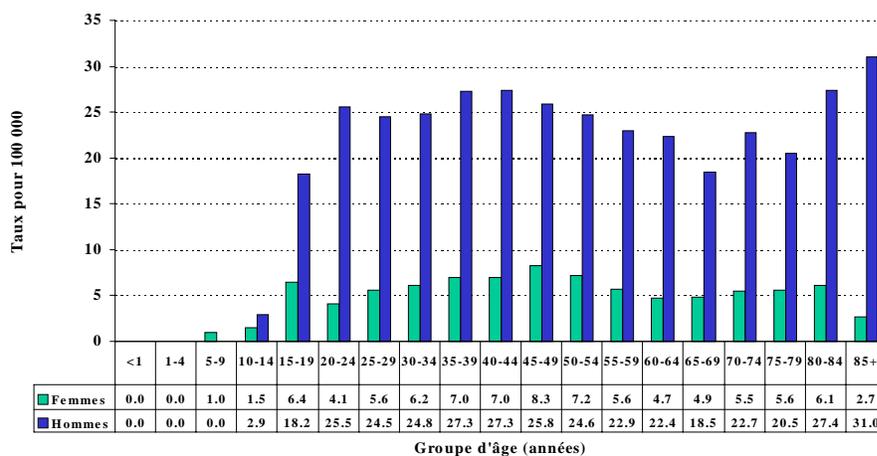
En 1998, le suicide a causé le décès de 3 699 Canadiens et Canadiennes (12,2 pour 100 000) : 46 personnes de moins de 15 ans, 562 de 15 à 24 ans, 1 596 de 25 à 44 ans, 1 038 de 45 à 64 ans et 457 de 65 ans et plus, ce qui représentait 2 % de tous les décès au Canada.

Toutefois, le nombre réel de décès par suicide peut être considérablement plus élevé, parce que l'information sur la nature d'un décès peut n'être

disponible qu'après que le certificat de décès original est complété ou parce que dans certaines situations, il peut être difficile de déterminer si le décès était intentionnel ou non². Lorsque la cause d'un décès est incertaine, le coroner peut d'abord coder le décès comme «indéterminé» et confirmer le suicide seulement après enquête. Cette information supplémentaire n'apparaît pas dans la base de données sur les mortalités. La stigmatisation du suicide influence également le codage du certificat de décès.

En 1998, les taux de mortalité attribuable au suicide chez les hommes étaient presque quatre fois plus élevés que chez les femmes (19,5 pour 1 000 pour rapport à 5,1 pour 1 000).

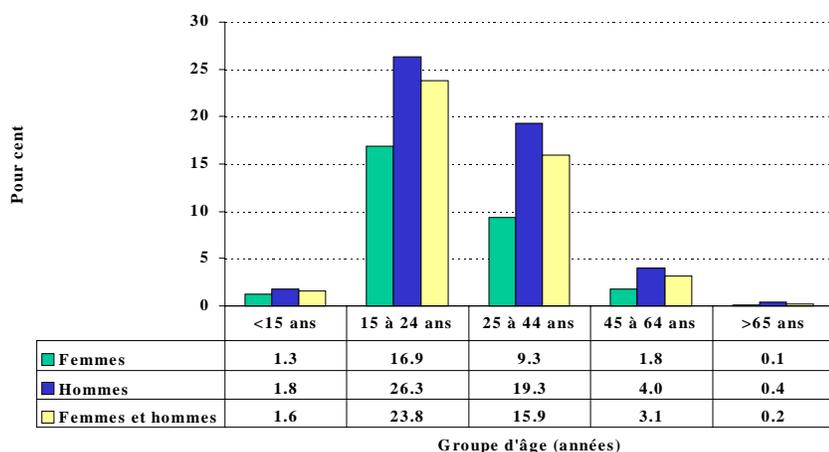
Figure 7-1 Taux de mortalité attribuable au suicide pour 100 000, selon l'âge et le sexe, Canada, 1998



Source : Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Santé Canada, à l'aide de données du dossier des mortalités, Statistique Canada

Les taux chez les femmes ont atteints trois sommets : à la fin de l'adolescence (15 à 19 ans), à l'âge moyen (45 à 59 ans) et chez les personnes âgées (80 à 84 ans) (figure 7-1). Les taux de mortalité chez les hommes ont augmenté radicalement à la fin de l'adolescence (15 à 19 ans) et au début de la vingtaine (20 à 24 ans) et ont continué d'être élevés jusqu'à l'âge moyen (40 à 44 ans), alors qu'ils ont commencé à diminuer. Les taux ont commencé à augmenter chez les personnes âgées de 70 à 74 ans et étaient les plus élevés chez les hommes de 80 ans et plus.

Figure 7-2 Proportion de tous les décès dus au suicide selon l'âge et le sexe, Canada, 1998

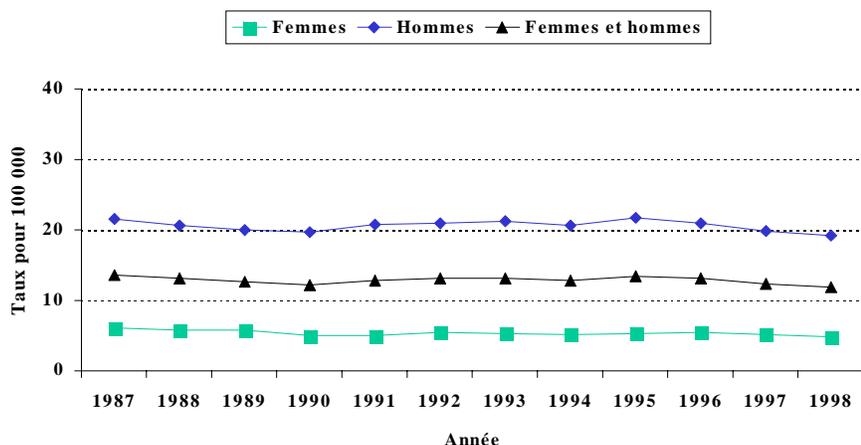


Source : Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Santé Canada, à l'aide de données du dossier des mortalités, Statistique Canada

Le suicide est une importante cause de décès chez les jeunes. Chez les jeunes de 15 à 24 ans, presque un quart (23,8 %) de tous les décès en 1998 étaient attribuables au suicide (figure 7-2). Chez les jeunes hommes (de 15 à 24 ans), le suicide comptait pour 26,3 % de tous les décès. Chez les personnes de 25 à 44 ans, la proportion des décès attribuables au suicide était de 15,9 % dans l'ensemble et de 19,3 % chez les hommes.

À partir des années 1950, jusqu'au milieu des années 1980, les taux de suicide ont augmenté radicalement chez les hommes³. Ce phénomène a été observé à un degré moindre chez les femmes. Toutefois, entre 1987 et 1998, les taux de mortalité attribuables au suicide ont changé très peu, présentant peut-être une légère diminution tant chez les hommes que chez les femmes (figure 7-3). Étant donné les variations mineures des taux de suicide d'année en année, des données supplémentaires seront nécessaires pour déterminer si les taux de suicide diminuent réellement.

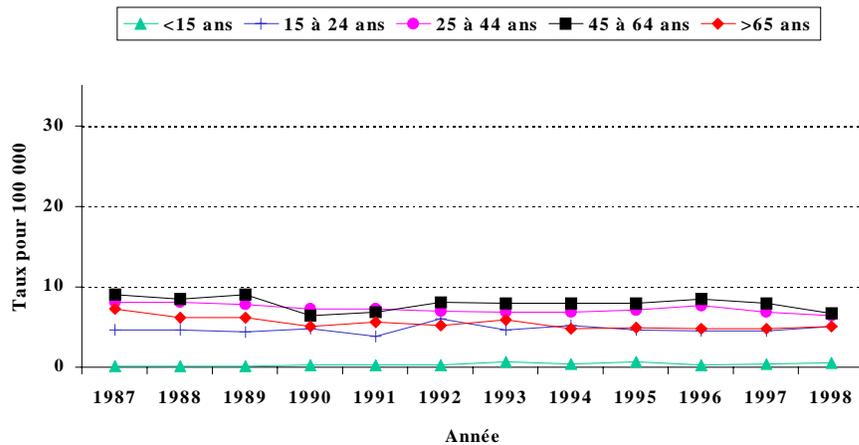
Figure 7-3 Taux de mortalité pour 100 000 due au suicide selon le sexe, Canada, 1987-98 (standardisé selon la population canadienne de 1991)



Source : Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Santé Canada, à l'aide de données du dossier des mortalités, Statistique Canada

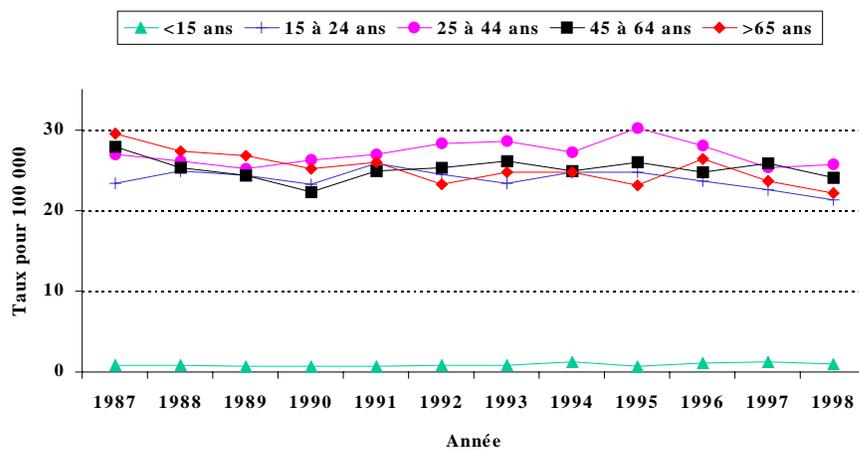
À la fin des années 1990, les taux de mortalité chez les femmes attribuables au suicide dans le groupe d'âge des 45 à 64 ans ont semblé avoir diminué (figure 7-4). Les taux peuvent avoir augmenté chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans. Entre 1987 et 1998, on ne constate aucune tendance convergente des taux de mortalité attribuable au suicide dans les divers groupes d'âge chez les hommes (figure 7-5). Le petit nombre de décès entraîne une instabilité des taux, ce qui rend l'interprétation difficile parmi les groupes d'âge.

Figure 7-4 Taux de mortalité pour 100 000 due au suicide chez les femmes par groupe d'âge, Canada, 1987-1998 (standardisé selon la population canadienne de 1991)



Source : Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Santé Canada, à l'aide de données du dossier des mortalités, Statistique Canada

Figure 7-5 Taux de mortalité pour 100 000 due au suicide chez les hommes par groupe d'âge, Canada, 1987-1998 (standardisé selon la population canadienne de 1991)

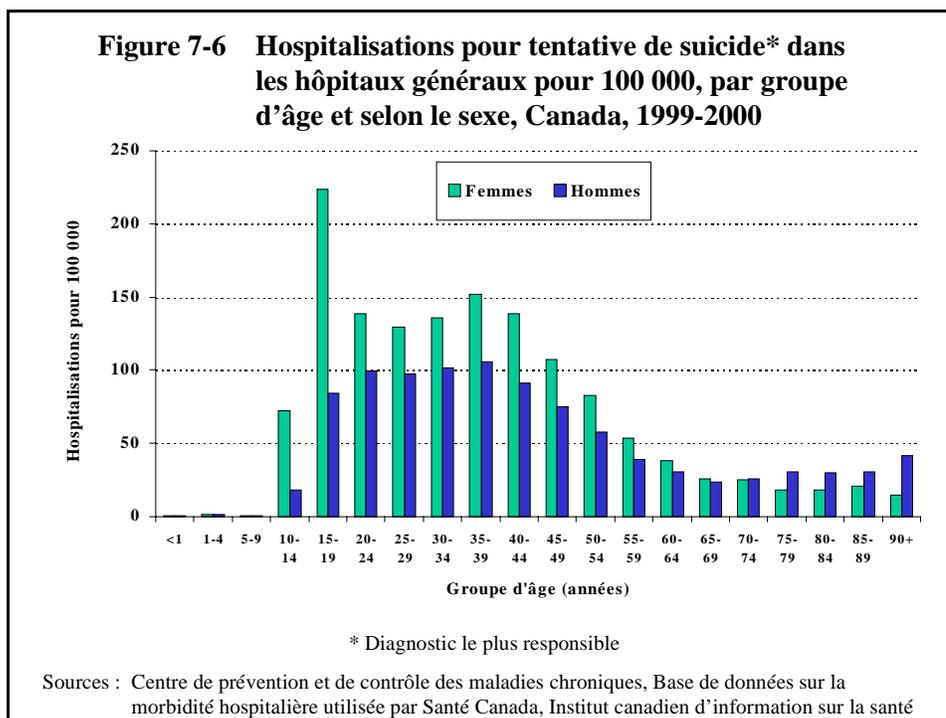


Source : Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Santé Canada, à l'aide de données du dossier des mortalités, Statistique Canada

Tentative de suicide

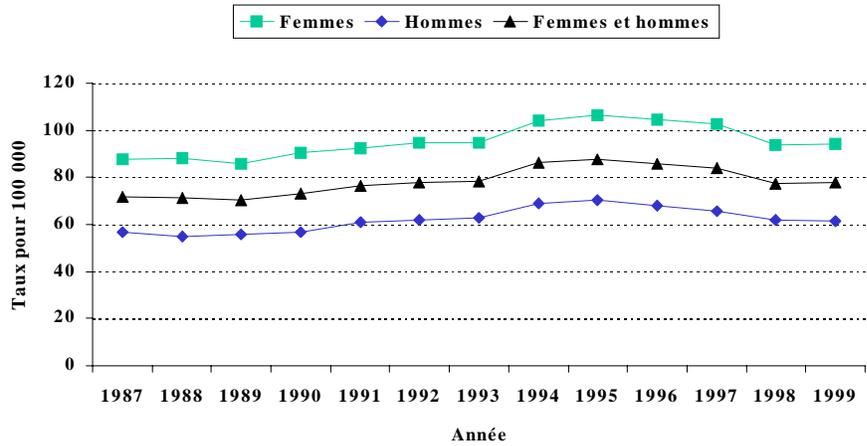
Une tentative de suicide qui n'entraîne pas de blessure grave est habituellement traitée dans la collectivité. En fait, de nombreuses personnes ne s'adressent pas aux professionnels de la santé mais sont aidées par leur famille ou des amis, ou encore par personne. Il est donc très difficile de déterminer l'incidence des tentatives de suicide. Certaines personnes sont parfois hospitalisées pour leur propre protection et pour régler les facteurs sous-jacents qui ont précipité la crise. Les données sur les hospitalisations offrent une idée des tentatives de suicide mais elles doivent être interprétées avec prudence parce qu'elles ne présentent qu'une partie de l'image globale.

En 1999, les femmes étaient 1,5 fois plus susceptibles que les hommes d'être hospitalisées pour une tentative de suicide (figure 7-6). Cela a été constaté dans tous les groupes d'âge, sauf celui des 70 ans et plus, groupe pour lequel les taux d'hospitalisation étaient plus élevés chez les hommes par rapport aux femmes. Les jeunes femmes de 15 à 19 ans présentaient des taux d'hospitalisation beaucoup plus élevés que ceux des autres groupes d'âge des deux sexes. Après l'âge de 50 ans, les taux d'hospitalisation ont diminué de façon prononcée tant chez les hommes que chez les femmes.



Entre 1987 et 1999, les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide ont atteint un sommet en 1995 (figure 7-7). Les taux ont diminué à la fin des années 1990 tant chez les hommes que chez les femmes.

Figure 7-7 Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide* dans les hôpitaux généraux selon le sexe, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (standardisé selon la population canadienne de 1991)

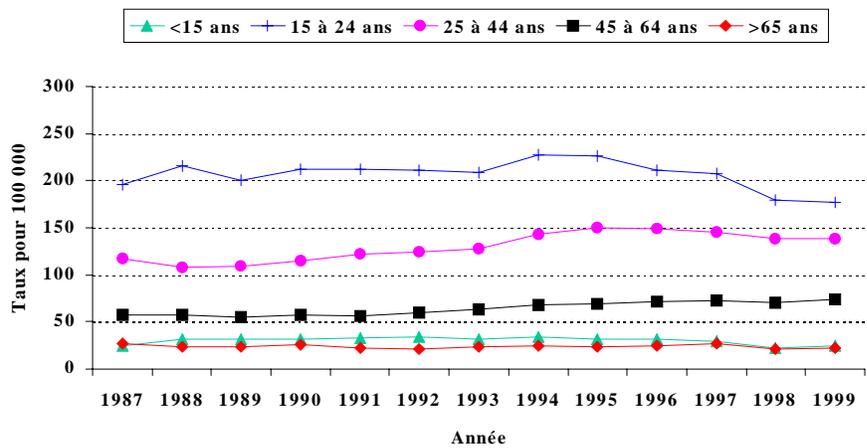


* Diagnostic le plus responsable

Sources : Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Base de données sur la morbidité hospitalière utilisée par Santé Canada, Institut canadien d'information sur la santé

Dans les deux groupes les plus jeunes chez les femmes (moins de 15 ans et de 15 à 24 ans), les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide ont augmenté entre 1987 et 1995, et ont diminué par la suite (figure 7-8). Bien que les taux des groupes d'âge moyen (25 à 44 ans et 45 à 64 ans) aient montré une augmentation semblable jusqu'en 1995, ils n'ont pas diminué de la même façon vers la fin de la décennie.

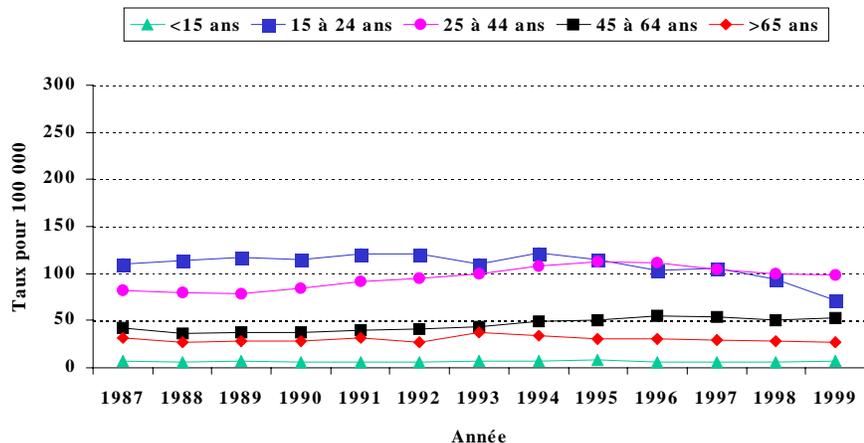
Figure 7-8 Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide* chez les femmes dans les hôpitaux généraux par groupe d'âge, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (standardisé selon la population canadienne de 1991)



* Diagnostic le plus responsable

Sources : Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Base de données sur la morbidité hospitalière utilisée par Santé Canada, Institut canadien d'information sur la santé

Figure 7-9 Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide* chez les hommes dans les hôpitaux généraux par groupe d'âge, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (standardisé selon la population canadienne de 1991)



* Diagnostic le plus responsable

Sources : Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Base de données sur la morbidité hospitalière utilisée par Santé Canada, Institut canadien d'information sur la santé

Vers la fin des années 1990, les tendances des taux d'hospitalisation pour tentative de suicide étaient les mêmes chez les hommes que chez les femmes (figure 7-9). Les taux ont diminué de façon marquée chez les hommes âgés de 15 à 24 ans, alors qu'ils sont demeurés stables pour les groupes d'âge moyen.

Analyse

Plusieurs explications sont possibles pour rendre compte de la différence des taux de suicide et de tentatives de suicide entre les hommes et les femmes⁴. Bien que les hommes autant que les femmes manifestent un comportement suicidaire, les hommes expriment leur désespoir par des actes mortels (arme à feu (26 %) ou pendaison (40 %)), et les femmes sont plus portées à choisir des actes moins mortels (p. ex., une surdose de pilules permettant une réanimation)².

Le suicide chez les jeunes est un fait tragique relié, en partie, aux événements associés à ce stade de la vie. La résolution des défis qui font partie du développement d'un jeune, tels la formation de l'identité, l'approbation de leurs pairs ainsi que de leur famille et de leurs amis, constituent une période stressante pour les adolescents⁵. Par exemple, la perte d'une relation valorisée ou un conflit interpersonnel avec la famille et les amis

ainsi que la pression perçue pour la réussite scolaire peuvent être bouleversants. Pour ceux qui sont vulnérables au suicide à cause d'autres facteurs, ces causes de stress peuvent engendrer une crise sérieuse devant laquelle le suicide semble la seule issue. L'impulsivité du jeune et son manque d'expérience d'adaptation aux situations stressantes contribuent également à un risque plus élevé de suicide.

Les personnes âgées font face à des défis connexes. Elles font elles aussi l'expérience de la perte de relations, mais plutôt à cause du décès ou d'une maladie chronique chez leurs amis ou leur partenaire. Elles peuvent également éprouver la perte de leurs capacités physiques et mentales. Les symptômes de dépression peuvent ne pas être reconnus et traités comme tels. De plus, étant constamment confrontées à leur propre mortalité, elles peuvent choisir de mettre fin à leur vie.

Dans certaines communautés autochtones, les taux de suicide sont de trois à six fois plus élevés que la moyenne nationale⁶. Ces taux sont particulièrement élevés chez les adolescents et les jeunes adultes. Une Commission royale a récemment indiqué que, historiquement, les politiques gouvernementales à l'égard des Autochtones ont créé un environnement social qui contribue directement à un taux plus élevé de

comportements suicidaires⁷. À cause de messages conflictuels concernant la valeur de leur culture, de nombreux Autochtones n'ont pas un sens solide de leur propre valeur. De plus, l'instabilité culturelle a conduit à l'abus sexuel, à la violence familiale et à la toxicomanie lesquels sont associés à un risque de suicide élevé. La séparation au cours de l'enfance, la pauvreté et l'accès aux armes à feu sont également des facteurs contributifs.

Répercussions du suicide

«Je me sens comme si j'étais dans une pièce encombrée, regardant autour de moi les autres qui dansent, mais je ne peux pas entendre la musique», dit Claire, une survivante dont la sœur et le père se sont suicidés⁸. (traduction)

Lorsqu'un être aimé se suicide, les membres de la famille demeurent vivants, restent derrière, seuls⁸. (traduction)

Le suicide d'une personne affecte tout le monde dans le cercle de sa famille et de ses amis. Au départ, ses proches ressentent une immense perte. Jusqu'à un certain point, ils se blâment de ce qui est arrivé et se demandent s'ils auraient pu faire quelque chose pour prévenir la tragédie. Ils éprouvent un mélange d'émotions, y compris l'abandon et la colère envers la personne qui s'est enlevé la vie.

Les membres de la famille et les amis proches se sentent alors isolés parce que la stigmatisation associée au suicide fait qu'il leur est difficile de partager leurs sentiments avec les autres; ils trouvent difficile de croire que quelqu'un d'autre pourrait comprendre leurs sentiments. Les groupes de soutien peuvent aider les survivants à faire face au décès et à s'adapter à une vie sans la personne décédée.

Stigmatisation associée au suicide

La stigmatisation est imposée de l'extérieur par la société pour un acte inacceptable infligé de l'intérieur pour des sentiments inacceptables⁸. (traduction)

En général, la société ne tolère pas le suicide, c'est-à-dire que, dans une certaine mesure, sous l'influence de la religion, certaines institutions religieuses refusent d'inhumer une personne parce qu'elle s'est suicidée. Plusieurs sociétés prennent pour acquis que l'État ou la communauté s'intéresse à la vie de ses membres par motif économique ou politique. Le suicide s'avère alors un outrage à l'État.

De plus, les assureurs peuvent ne pas accorder de prestations aux survivants. Les jugements sociaux et institutionnels face au suicide conduisent à une stigmatisation qui est vivement ressentie par les membres de la famille. Ils sentent que leurs amis en discutent, mais parce que le sujet n'est jamais

abordé directement, ils se sentent isolés et coupables. Si la personne souffrait également d'une maladie mentale, voilà une autre stigmatisation à laquelle la famille et les amis doivent s'adapter.

Au sein de la famille, chaque membre peut se juger coupable ou blâmer les autres pour le décès où encore peuvent ressentir de la colère envers la personne qui est morte. Parce qu'ils jugent ces émotions inacceptables, ils souffrent en silence.

La stigmatisation du suicide fonctionne donc à deux niveaux – social et personnel. Dans l'un et l'autre cas, elle agit comme obstacle majeur à une discussion franche et à une guérison émotionnelle.

Causes du comportement suicidaire

Les facteurs de risque du comportement suicidaire sont complexes et les mécanismes de leur interaction ne sont pas bien compris. Une perspective écologique s'avère nécessaire en examinant les strates d'influence pouvant agir sur la personne, soit le moi, la famille, les pairs, l'école, la collectivité, la culture, la société et l'environnement⁵.

Un cadre utile pour catégoriser les facteurs associés au comportement suicidaire comporte quatre catégories: les facteurs de prédisposition, les facteurs de précipitation, les facteurs de contribution et les facteurs de protection⁵.

Facteurs de prédisposition

Les facteurs de prédisposition sont des facteurs durables qui rendent une personne vulnérable au comportement suicidaire. Ils comprennent la maladie mentale, l'abus, une perte précoce, des antécédents familiaux de suicide et des relations difficiles entre pairs.

Selon les recherches un bon nombre des personnes qui se suicident ont des antécédents de maladies mentales, dont une dépression, un trouble bipolaire, la schizophrénie ou un trouble de la personnalité limite. De ces maladies, la dépression est la plus courante, ce qui ne signifie toutefois pas que toutes les personnes dépressives sont suicidaires.

Des tentatives de suicide antérieures permettent fortement de prédire un suicide réussi.

Facteurs de précipitation

Les facteurs de précipitation sont des facteurs aigus qui engendrent une crise, par exemple, un conflit interpersonnel ou une perte, la pression pour réussir, un conflit avec la loi, la perte de statut social, des difficultés financières ou le rejet par la société pour une caractéristique particulière (par exemple l'origine ethnique ou l'orientation sexuelle).

«Le stimulus commun du suicide est une douleur psychologique insupportable... la crainte est que le traumatisme, la crise, soit sans fin, une souffrance éternelle. La personne peut se sentir enfermée, rejetée, privée, délaissée, en détresse et particulièrement désespérée et impuissante. C'est l'émotion de l'impuissance, le sentiment d'être sans espoir et sans aide, qui est si pénible pour de nombreuses personnes suicidaires. La situation est insupportable et la personne veut désespérément en sortir.»⁹ (traduction)

Facteurs de contribution

Les facteurs de contribution accroissent l'exposition de la personne aux facteurs de prédisposition ou de précipitation. Ceux-ci comprennent une maladie physique, des problèmes d'identité sexuelle, l'instabilité familiale, un comportement de prise de risques ou auto-destructeur, le suicide d'un ami, l'isolement et la toxicomanie.

Facteurs de protection

Les facteurs de protection sont ceux qui diminuent le risque de comportement suicidaire, par exemple, l'adaptation personnelle, la tolérance à la frustration, la maîtrise de soi, la capacité de faire face aux situations, des attentes positives pour l'avenir, le sens de l'humour et au moins une relation familiale saine et positive.

Prévention et traitement

À l'aide de ce cadre de catégories, les programmes de prévention du suicide doivent tenir compte des facteurs de prédisposition, de précipitation, de contribution et de protection du comportement suicidaire :

- Programmes de détermination précoce et de traitement visant les facteurs de prédisposition.
- Intervention en cas de crise visant les facteurs de précipitation.
- Programmes de traitement visant les facteurs de contribution.
- Programmes de promotion de la santé mentale visant les facteurs de protection.

Plusieurs provinces, territoires et collectivités ont établi des programmes de prévention du suicide. Les programmes doivent viser la population en général et ceux qui sont à risque plus élevé. Un programme complet comporte un cadre, des buts et objectifs et un engagement à assurer un financement adéquat. La promotion de la santé mentale de toute la population canadienne, la réduction des facteurs de risque et la reconnaissance précoce des personnes à risque de comportement suicidaire jouent un rôle essentiel dans la diminution du nombre de suicides et des tentatives de suicide.

Un programme complet comporte les stratégies suivantes :

1. Accroître la sensibilisation du public et diminuer la stigmatisation associée au comportement suicidaire.
2. Tenir compte des déterminants de la santé, notamment le logement, le revenu, l'éducation, l'emploi et les attitudes de la collectivité.

3. Mettre en œuvre des programmes de prévention pour les jeunes, les personnes à risque de comportement suicidaire et les membres de la famille après un suicide.
4. Offrir un accès équitable à des services coordonnés et intégrés, notamment le counseling téléphonique en situation de crise et le traitement des maladies mentales.
5. Réduire l'accès aux moyens de suicide mortels, notamment les armes à feu et les doses mortelles de médicaments sur ordonnance. Puisque le comportement suicidaire est souvent axé sur une crise et impulsif, le fait de restreindre l'accès aux moyens mortels peut réduire considérablement le risque de réussir un suicide.¹⁰ Il s'agit de réduire l'accès aux armes à feu, aux ponts et lieux dangereux et aux médicaments.
6. Former les dispensateurs de services et les éducateurs sur la détermination précoce des facteurs de prédisposition et sur la gestion des crises.
7. Entreprendre une recherche et une évaluation pour éclairer l'élaboration de programmes efficaces de prévention du suicide. Ces efforts de recherche doivent viser les causes du comportement suicidaire, les facteurs qui contribuent à ce comportement et les facteurs de protection qui peuvent contribuer à la flexibilité des personnes vulnérables. La recherche doit également évaluer l'efficacité des services de santé et des services sociaux.

Futurs besoins de surveillance

Le comportement suicidaire est une manifestation très grave de stress et de désespoir.

Les données existantes offrent un profil très limité du comportement suicidaire au Canada. Les données sur l'hospitalisation et la mortalité doivent être complétées par d'autres données pour mieux surveiller le comportement suicidaire au Canada. Voici les données d'intérêt prioritaire :

- Incidence et prévalence du comportement suicidaire selon l'âge, le sexe et d'autres variables importantes (p. ex., le statut socio-économique, l'éducation et l'origine ethnique).
- Impact d'autres maladies mentales en association avec le comportement suicidaire.
- Impact du comportement suicidaire sur la personne et la famille.
- Accès et recours aux services de soins de santé primaires et spécialisés.
- Accès et recours aux services de santé mentale publics et privés.
- Accès et recours aux services de santé mentale offerts par d'autres systèmes tels les écoles, les programmes d'aide aux employés et les programmes et les établissements de justice pénale.
- Stigmatisation associée au comportement suicidaire.
- Accès aux moyens de se suicider.
- Résultats des traitements.
- Exposition à des facteurs de risque et de protection connus ou soupçonnés.

Références

- ¹ Bland RD, Dyck RJ, Newman SC, Orn H. Attempted suicide in Edmonton. Leenaars AA, Wenckstern S, Sakinofsky I, Dyck RJ, Kral MJ, Bland RC, ed., *Suicide in Canada*. Toronto: University of Toronto Press. 1998, 136.
- ² Langlois S, Morrison P. Suicide deaths and suicide attempts. *Health Reports* 2002;13:2:9-22. Statistique Canada, 83-003 au catalogue.
- ³ Sakinofsky I, The epidemiology of suicide in Canada. Leenaars AA, Wenckstern S, Sakinofsky I, Dyck RJ, Kral MJ, Bland RC, ed., *Suicide in Canada*. Toronto: University of Toronto Press. 1998, 38.
- ⁴ Canetto SS, Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide and Life and Life Threatening Behavior* 1998;28:1:1-23.
- ⁵ White J. Comprehensive youth suicide prevention: a model for understanding. Leenaars AA, Wenckstern S, Sakinofsky I, Dyck RJ, Kral MJ, Bland RC, ed., *Suicide in Canada*. Toronto: University of Toronto Press, 1998:165-226.
- ⁶ Sinclair CM. Suicide in First Nations people. Leenaars AA, Wenckstern S, Sakinofsky I, Dyck RJ, Kral MJ, Bland RC, ed., *Suicide in Canada*. Toronto: University of Toronto Press, 1998:165-78.
- ⁷ Royal Commission
- ⁸ Rosenfeld L. 'I can't hear the music'. Leenaars AA, Wenckstern S, Sakinofsky I, Dyck RJ, Kral MJ, Bland RC, ed., *Suicide in Canada*. Toronto: University of Toronto Press. 1998, 376.
- ⁹ Leenaars AA. Suicide, euthanasia, and assisted suicide. Leenaars AA, Wenckstern S, Sakinofsky I, Dyck RJ, Kral MJ, Bland RC, ed., *Suicide in Canada*. Toronto: University of Toronto Press. 1998, 460-461.
- ¹⁰ Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 1999; 56:617-626.