

**LE SUICIDE CHEZ LES ADOLESCENTS AU CANADA**

**Megan Furi  
Alain Guimont  
Division des affaires politiques et sociales**

**Le 24 février 2003**

**La Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement travaille exclusivement pour le Parlement, effectuant des recherches et fournissant des informations aux parlementaires et aux comités du Sénat et de la Chambre des communes. Entre autres services non partisans, elle assure la rédaction de rapports, de documents de travail et de bulletins d'actualité. Les analystes peuvent en outre donner des consultations dans leurs domaines de compétence.**

**THIS DOCUMENT IS ALSO  
PUBLISHED IN ENGLISH**

## TABLE DES MATIÈRES

	<b>Page</b>
INTRODUCTION .....	1
QUELQUES STATISTIQUES.....	1
LE COÛT DU SUICIDE .....	4
MOTIFS.....	4
FACTEURS DE RISQUE .....	6
DIFFÉRENCES LIÉES AU SEXE .....	7
LES JEUNES AUTOCHTONES .....	8
PRÉVENTION .....	11
APPROCHES PROPRES À LA CULTURE .....	12
CONCLUSION.....	13
ANNEXE A : STRATÉGIE D'ÉTABLISSEMENT D'UN PROGRAMME COMPLET DE PRÉVENTION DU SUICIDE	
ANNEXE B : ORIENTATIONS STRATÉGIQUES VISANT À RÉDUIRE LE TAUX DE SUICIDE	



CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT  
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

## LE SUICIDE CHEZ LES ADOLESCENTS AU CANADA

### INTRODUCTION

Les taux de suicide au Canada augmentent depuis les années 1970. Pour s'attaquer au problème, le gouvernement canadien a constitué en 1980 le Groupe d'étude national sur le suicide au Canada. Dans un rapport publié en 1987, ce groupe a dégagé sept segments de la population à risque élevé, notamment les jeunes de 15 à 19 ans. Santé Canada a mis le rapport à jour au début des années 1990 et notait que si : « le taux de suicide chez les adolescents de l'ensemble de la population (15-19 ans) est inférieur à celui que l'on observe dans bien d'autres groupes d'âge, il reste qu'il s'agit d'un phénomène particulièrement inquiétant puisqu'il s'est considérablement amplifié depuis quarante ans »<sup>(1)</sup>.

Le présent document traite de la problématique du suicide chez les adolescents.

### QUELQUES STATISTIQUES

Avec 13,5 jeunes sur 100 000 qui se suicident chaque année, le Canada est le troisième pays du monde industrialisé pour ce qui est du suicide chez les adolescents, après la Nouvelle-Zélande et la Finlande, où les taux de suicide chez les adolescents étaient respectivement de 15,7 et de 15 sur 100 000 en 1991<sup>(2)</sup>. D'après une étude menée sur 10 pays, le Canada avait le troisième taux de suicide chez les jeunes hommes (après l'Australie et la Fédération russe) et les jeunes femmes (derrière la Suède et la Fédération russe) entre 1991 et 1993<sup>(3)</sup>.

- 
- (1) Santé Canada, *Le suicide au Canada : mise à jour du rapport du groupe d'étude sur le suicide au Canada*, Ottawa, 1994.
  - (2) Roger J. Tierney, « Youth Suicide Prevention in Schools and Community: A Progress Report », dans Antoon A. Leenaars *et al.* (dir.), *Suicide in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 1998, p. 291.
  - (3) Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, Ottawa, Santé Canada, 1999.

Le taux de suicide chez les adolescents est moins élevé aux États-Unis (11,1 pour 100 000), et encore plus bas au Royaume-Uni (4,3 sur 100 000). Cet écart entre le Canada et ces pays s'explique en partie par une différence d'attitude envers le suicide. Dans une étude menée en 1989, les adolescents canadiens déclaraient qu'ils voyaient en général le suicide comme une question personnelle et qu'ils estimaient plus souvent que les adolescents américains que le suicide était une réponse acceptable et normale à des problèmes<sup>(4)</sup>. De plus, le Canada est l'un des rares pays industrialisés sans stratégie nationale de prévention du suicide.

Pour les jeunes Canadiens de 15 à 19 ans, le suicide est la deuxième cause de décès (après les accidents de la route) et les tentatives de suicide sont la troisième cause d'hospitalisation<sup>(5)</sup>. Chaque année, près de 300 jeunes Canadiens décident de se suicider<sup>(6)</sup>. Il faut noter qu'un décès n'est enregistré comme suicide que si l'intention de la victime était claire. On estime que, pour chaque suicide réussi, il se produit de 10 à 100 tentatives de suicide<sup>(7)</sup>.

Bien que le taux de suicide ait augmenté de façon spectaculaire après 1960 au Canada, dépassant celui des États-Unis au cours des années 1970, le suicide chez les adolescents est un phénomène distinct. Entre 1952 et 1992, le taux de suicide pour l'ensemble de la population a augmenté de 78 p. 100. Pendant la même période, il a augmenté de plus de 600 p. 100 chez les adolescents<sup>(8)</sup>.

Le taux de suicide au Canada diffère d'une province à l'autre, parfois de façon très frappante. Ces dernières années, le Québec a enregistré le taux le plus élevé, et Terre-Neuve a conservé un taux de suicide bien inférieur à la norme nationale. Malgré le manque d'explications concrètes, ces différences reflètent sans doute des facteurs sociaux, économiques et culturels<sup>(9)</sup>.

---

(4) Ronald J. Dyck, Brian L. Mishara et Jennifer White, « Le suicide chez les enfants, les adolescents et les personnes âgées : constatations clés et mesures préconisées », dans *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, vol. 3, documents demandés par le Forum national sur la santé, Sainte-Foy (Qc), Éditions MultiMondes, 1998.

(5) Santé Canada, *Pour la sécurité des jeunes Canadiens*, Ottawa, Santé Canada, 1997.

(6) Association canadienne pour la santé mentale, séries de feuillets sur la santé mentale, *Réflexions sur « Le suicide chez les jeunes »* ([http://www.cmha.ca/french/info\\_centre/mh\\_pamphlets/mh\\_pamphlet\\_12.htm](http://www.cmha.ca/french/info_centre/mh_pamphlets/mh_pamphlet_12.htm), consulté le 13 novembre 2002).

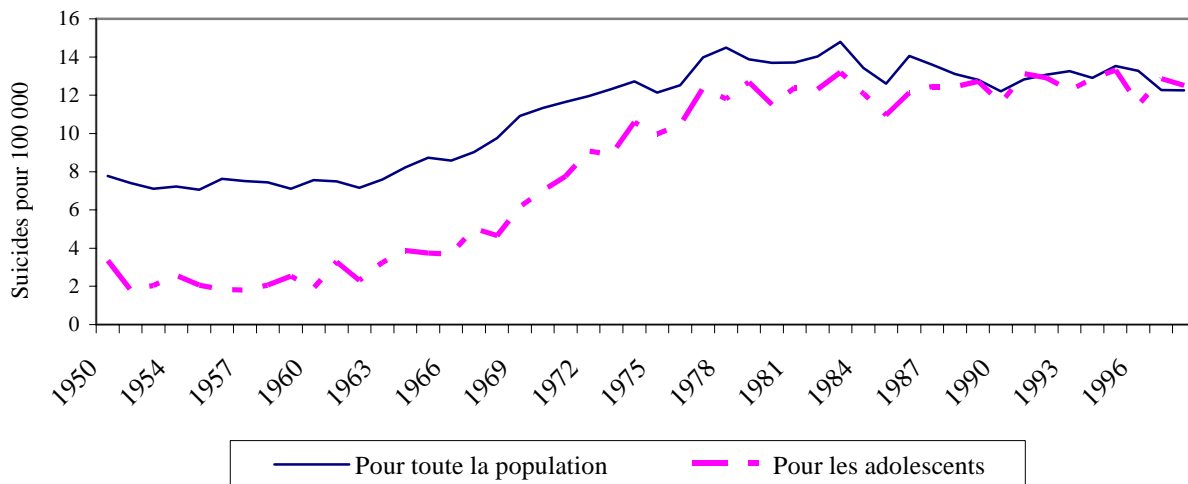
(7) Dyck, Mishara et White (1998).

(8) Rae Corelli, « Killing the Pain », *Maclean's*, 29 janvier 1996, p. 55.

(9) Stéphanie Langlois et Peter Morrison, *Suicides et tentatives de suicide, Tendances sociales canadiennes*, automne 2002.

Ces statistiques ont incité les gouvernements fédéral et provinciaux à mettre sur pied des groupes de travail, des commissions royales, des conférences nationales, des centres de prévention du suicide et des stratégies de prévention du suicide à l'échelle communautaire, régionale et provinciale<sup>(10)</sup>. Malgré cela, comme nous l'avons déjà dit, le Canada ne s'est pas doté d'une stratégie nationale sur la prévention du suicide. La prévention du suicide et la sensibilisation au problème demeurent donc du ressort des provinces, des territoires, des municipalités et des organismes, et les programmes varient de l'un à l'autre. Actuellement, « certaines provinces et certains territoires ont en place des programmes bien conçus qui ont donné des résultats; d'autres sont sur le point de mettre sur pied des approches provinciales ou régionales; pour d'autres provinces, on pourrait dire qu'elles mènent diverses activités de prévention du suicide sans nécessairement avoir de structure provinciale pour les orienter »<sup>(11)</sup>.

**Graphique 1 – Taux de suicide au Canada, 1950-1998**



(10) Dyck, Mishara et White (1998), p. 319.

(11) Ronald J. Dyck et Jennifer White, « Suicide Prevention in Canada: Work in Progress », dans Leenaars *et al.* (1998), p. 256 [traduction].

**Tableau 1 – Taux de suicide aux États-Unis et au Canada, 1970-1990**

Année	États-Unis		Canada	
	Suicides pour 100 000 habitants	Suicides pour 100 000 adolescents (15-19 ans)	Suicides pour 100 000 habitants	Suicides pour 100 000 adolescents (15-19 ans)
1970	11,6	5,9	11,3	7,02
1980	8,5	8,5	13,7	11,50
1990	12,4	11,1	12,2	11,61

## LE COÛT DU SUICIDE

Le suicide touche la société de plusieurs façons, notamment par le nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP). Cet indicateur mesure le nombre d'années potentiellement perdues lorsque quelqu'un meurt avant l'âge de 75 ans<sup>(12)</sup>. En 1996, le nombre d'APVP en raison de suicides était estimé à 110 210. Sur ce chiffre, 12 128 années auraient été perdues par des jeunes de 15 à 19 ans qui s'étaient suicidés<sup>(13)</sup>.

Les suicides sont très coûteux sur le plan économique. Il est difficile de chiffrer le coût d'un suicide en raison du nombre de facteurs en jeu, notamment l'APVP, le revenu perdu et les effets sur les survivants<sup>(14)</sup>. Bien qu'il n'y ait aucune statistique canadienne sur les coûts directs et indirects du suicide, on estime qu'ils se situent entre 433 000 \$ et 4 131 000 \$<sup>(15)</sup>.

Sur le plan humain, les coûts sont immenses et ne peuvent être quantifiés, notamment le coût émotif et psychologique pour les amis et les familles des victimes de suicide. Le coût par habitant ne tient pas non plus compte de cet aspect de la vie d'une personne, qui dépasse la simple perte de productivité (p. ex. la valeur de l'amitié)<sup>(16)</sup>.

(12) Santé Canada, *Années potentielles de vie perdues : suicide* (<http://www.statcan.ca/english/freepub/82-221-SIE/00502/high/region/hpotential5.htm>, consulté le 22 janvier 2003).

(13) Statistique Canada, *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne* ([http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-570-XIF/free\\_f.htm](http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-570-XIF/free_f.htm), consulté le 5 février 2003).

(14) Canadian Mental Health Association, Alberta Division, *Education* (<http://www.cmha.ab.ca/education/stats.htm>, consulté le 5 février 2003).

(15) *Ibid.*; voir aussi Dale Clayton et Alberto Barceló, « Coût de la mortalité par suicide au Nouveau-Brunswick, 1996 », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 20, n° 2, 1999 (<http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/cdic-mcc/pdf/cdic202f.pdf>, consulté le 22 janvier 2003); et *Lifting the Silence on Suicide: Together we can make a difference*, 6-7 février 2002, rapport de conférence (<http://www.amhb.ab.ca/chmh/whatwedo/aboriginal/page.cfm?pg=Aboriginal%20Youth%20Suicide%20Prevention>, consulté le 5 février 2003).

(16) Clayton et Barceló (1999).

## MOTIFS

Toutes sortes de théories tentent d'expliquer les raisons pour lesquelles les adolescents se suicident à des taux aussi alarmants. Il importe de noter que le suicide chez les jeunes est de toute évidence très complexe et, comme tout comportement humain, doit être compris dans un cadre multidimensionnel qui tient compte des contextes individuel, familial, social, économique et culturel<sup>(17)</sup>.

Le sociologue Emile Durkheim, éminent spécialiste du suicide, dégage trois types de comportements suicidaires : le suicide altruiste, le suicide égoïste et le suicide anémique. C'est ce dernier qui semble le mieux expliquer le suicide chez les adolescents. Il y a situation d'anomie lorsqu'un individu n'est pas adéquatement intégré à la société. L'intégration sociale est très importante : Durkheim a dégagé des liens entre les taux de suicide et les niveaux d'intégration sociale dans certaines populations et a conclu qu'une participation accrue à la vie communautaire réduit les risques de suicide<sup>(18)</sup>. Le suicide anémique se caractérise par un système de valeurs faible – les normes deviennent donc sans intérêt pour l'individu – et s'associe en règle générale à des sentiments d'isolement, de solitude et de confusion. Il est souvent provoqué par une perturbation majeure, comme la perte d'un être important.

Isaac Sakinofsky explique la montée du suicide chez les jeunes par une augmentation des états dépressifs<sup>(19)</sup>, qu'il associe à des changements sociaux excessifs. Après la Seconde Guerre mondiale, les normes et valeurs traditionnelles ont été complètement transformées. L'effondrement de la famille conventionnelle et la désaffection à l'égard de la religion sont des facteurs qui ont été liés à l'augmentation des taux de suicide. Ces changements sociaux tumultueux sont associés aux situations anémiques que Durkheim estime être les causes premières du suicide<sup>(20)</sup>.

---

(17) Dyck, Mishara et White (1998), p. 332.

(18) Erica Weir, « Suicide: the hidden epidemic », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 165, 2001, p. 634.

(19) Isaac Sakinofsky, « The Epidemiology of Suicide in Canada », dans Leenars *et al.* (1998), p. 39; voir aussi Corelli (1996), p. 56.

(20) Sakinofsky (1998), p. 39.



Les situations anormales jouent un rôle important dans la décision de se suicider. Par exemple, on estime que de 70 à 80 p. 100 des jeunes Canadiens songent au suicide avant la fin de leurs études secondaires<sup>(21)</sup>. Il y aurait toutefois une grande marge entre les idées suicidaires, sans passage à l'acte, et les tentatives de suicide. Les jeunes qui tentent de se suicider se disent moins liés à leur famille et à l'école<sup>(22)</sup>.

## **FACTEURS DE RISQUE**

En raison du grand nombre de suicides chez les adolescents, le Groupe d'étude sur le suicide au Canada (1987) a estimé que les jeunes constituaient un segment de population à haut risque à cet égard. Les mauvaises expériences familiales pendant l'enfance, les problèmes scolaires, les perturbations du milieu environnant pendant une période de transition critique, les difficultés avec des pairs, les attitudes culturelles envers le suicide (p. ex. acceptation du suicide comme mécanisme d'adaptation) et les conséquences d'un revenu faible et de la pauvreté sont autant de facteurs qui augmentent le comportement suicidaire chez les jeunes. De plus, une rupture, un comportement suicidaire chez les pairs et les êtres chers, la consommation de drogues et la réticence à chercher de l'aide pour soi-même ou pour ses pairs sont d'autres caractéristiques du comportement suicidaire des adolescents<sup>(23)</sup>. Selon des études récentes, il semble que le suicide se manifeste plus fréquemment dans certaines familles. On ne sait pas encore s'il s'agit d'un facteur génétique ou environnemental, mais le suicide dans la famille n'en demeure pas moins un facteur de risque important chez les jeunes<sup>(24)</sup>.

Même si l'on comprend mal le suicide chez les adolescents, on a réussi à dégager et à catégoriser les facteurs en jeu : facteurs prédisposants, facteurs déclenchants, facteurs contributifs et facteurs de protection.

Les *facteurs prédisposants* sont des facteurs historiques ou à long terme qui peuvent augmenter le risque de suicide (maladies mentales, sévices subis, antécédents familiaux de suicide et difficultés avec les pairs).

---

(21) Site Web de prévention du suicide, « Canadian Statistics » (<http://www.youthsuicide.ca/misc/stats.htm>, consulté le 15 janvier 2003).

(22) *Violence in Adolescence Fact Sheet: Suicide*, Burnaby (C.-B.), The McCreary Centre Society, 2002.

(23) Dyck, Mishara et White (1998); voir aussi Santé Canada (1997).

(24) Santé Canada (1997); voir aussi Ping Qin, Esben Agerbo et Preben Bo Mortensen, « Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers », *The Lancet*, 12 octobre 2002, p. 1126 à 1130.

Les *facteurs déclenchants* sont souvent des « déclencheurs immédiats » et peuvent se produire soudainement. Pour les adolescents, ils jouent souvent dans un contexte interpersonnel, par exemple le rejet par un groupe ou la perte d'une relation importante.

Les *facteurs contributifs* sont soit historiques soit soudains. Lorsqu'ils s'ajoutent à des facteurs de prédisposants et déclenchants, ils peuvent augmenter le risque de suicide. Il peut s'agir de questions relatives à l'identité sexuelle, de relations instables avec la famille, de l'influence des médias et de l'accès à des moyens de se donner la mort.

Les *facteurs de protection* peuvent réduire les risques de suicide. Il peut s'agir de la capacité de tolérer la frustration, de résilience personnelle, de capacités d'adaptation et d'au moins une relation familiale saine<sup>(25)</sup>.

## **DIFFÉRENCES LIÉES AU SEXE**

Il est également remarquable de voir la différence du nombre de suicides selon qu'il s'agit d'adolescents ou d'adolescentes. Les filles sont plus susceptibles de tenter de se suicider (le taux d'hospitalisation chez les adolescentes qui ont commis une tentative de suicide est le double de celui des adolescents<sup>(26)</sup>), mais le taux de suicide chez les garçons de 15 à 19 ans est quatre fois plus élevé que celui des filles du même groupe d'âge<sup>(27)</sup>.

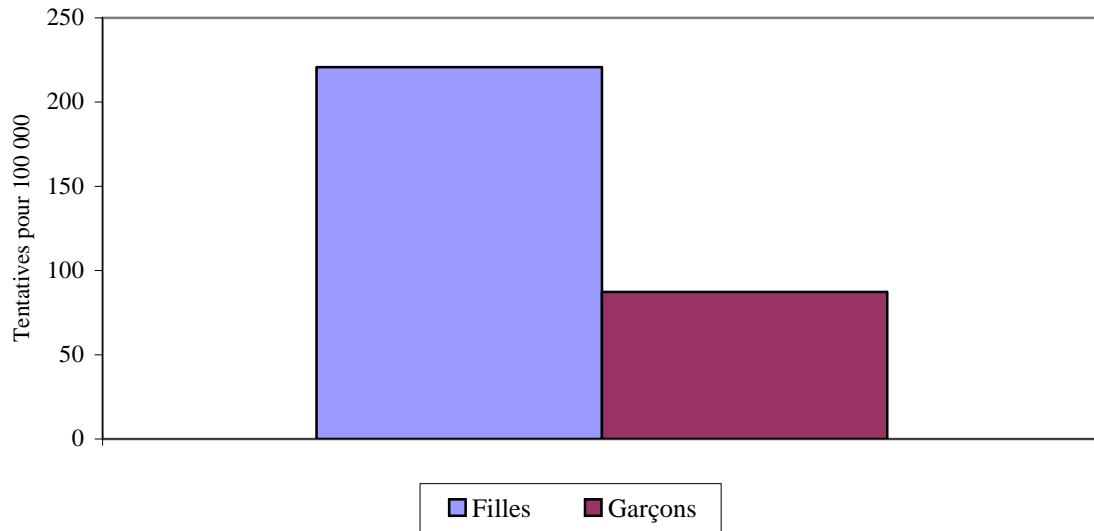
---

(25) Jennifer White, « Comprehensive Youth Suicide Prevention: A Model for Understanding », dans Leenaars *et al.* (1998), p. 281 à 285.

(26) Enfant et Famille Canada, *Le suicide* (<http://collections.ic.gc.ca/child/docs/00000211.htm>, consulté le 6 novembre 2002).

(27) Santé Canada (1997), p. 270.

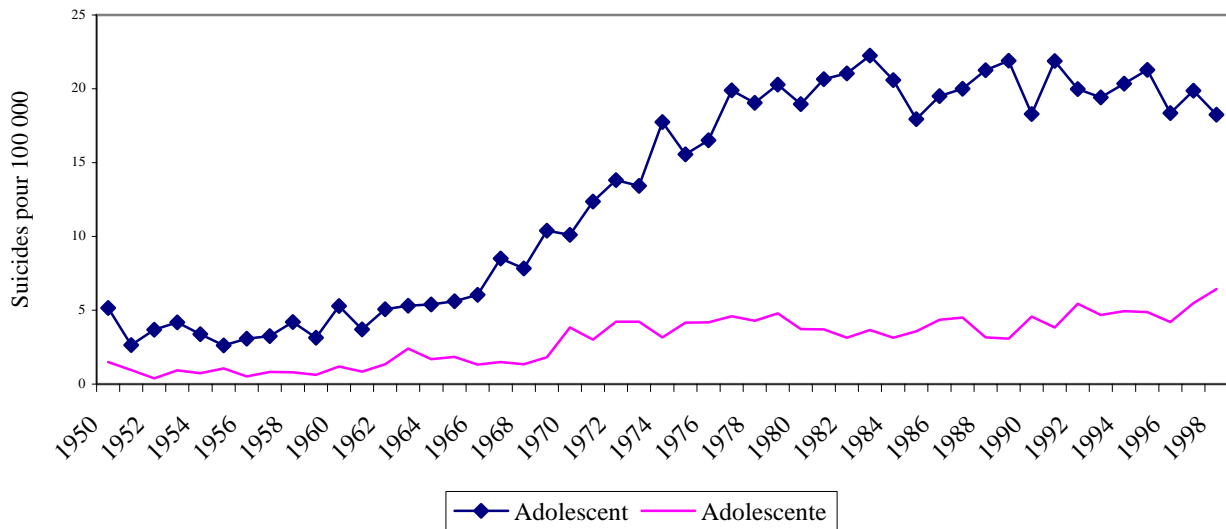
**Graphique 2 – Tentatives de suicide chez les adolescents  
au Canada, 1998-1999**



Source : Tableau adapté de Langlois et Morrison, *Suicides et tentatives de suicide* (2002).

La différence entre les sexes à cet égard est souvent expliquée par le choix des méthodes. Les filles prennent généralement des doses massives de médicaments, qui peuvent ne pas être mortelles dans l'immédiat, ce qui leur permet d'être sauvées, tandis que les garçons utilisent des moyens plus immédiats comme la pendaison ou les armes à feu<sup>(28)</sup>.

**Graphique 3 – Taux de suicide chez les adolescents et les adolescentes au Canada, 1950-1998**



## LES JEUNES AUTOCHTONES

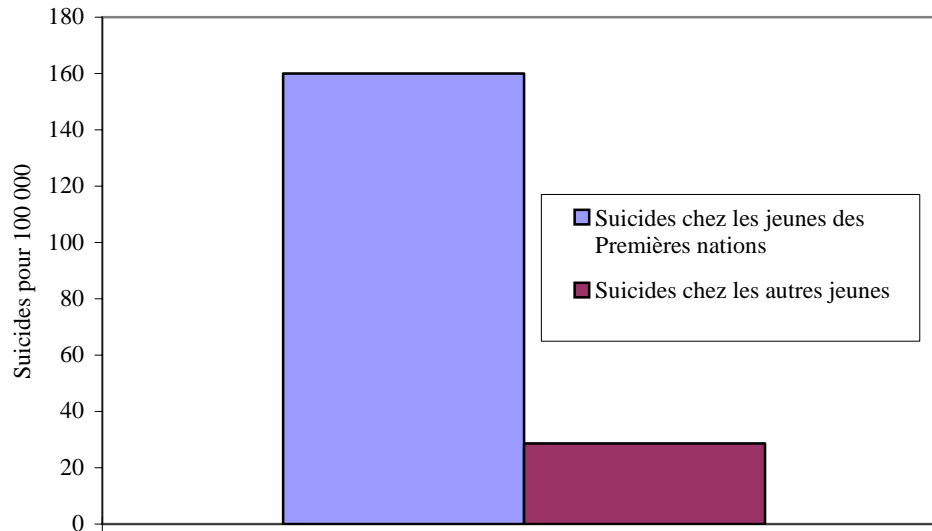
Le taux de suicide chez les jeunes Autochtones de 15 à 24 ans est de cinq à six fois plus élevé que pour les jeunes non-Autochtones du même groupe d'âge<sup>(29)</sup>. Ces chiffres sont d'autant plus significatifs qu'en 1995 la Commission royale sur les peuples autochtones a estimé que 38 p. 100 des Autochtones canadiens avaient moins de 15 ans, ce qui signifie que les années les plus délicates sont à venir<sup>(30)</sup>.

(28) *Ibid.*

(29) Marlene Poitras, « AFN's summary of the report 'Choosing Life' Royal Commission on Aboriginal Peoples suicide report », *First Perspective*, vol. 3, n° 10, mars 1995.

(30) *Ibid.*

**Figure 4 – Taux de suicide chez les jeunes –  
15-24 ans, 1989-1993**



Source : Information adaptée de *Tendances relatives aux taux de mortalité des Premières nations, 1979-1993* ([http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb-dgspni/fnihb/cp/ipc/pdf/Crude\\_Suicide\\_Rates.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb-dgspni/fnihb/cp/ipc/pdf/Crude_Suicide_Rates.pdf)).

Il faut toutefois noter que ce taux ne s'applique pas de façon uniforme à toutes les communautés autochtones. Certaines affichent des taux de suicides très faibles, alors que d'autres ont des taux de suicide supérieurs de 800 p. 100 à la moyenne nationale<sup>(31)</sup>. Des études ont montré que les taux de suicide chez les Autochtones hors réserves peuvent être similaires aux taux de la population en général, tandis que dans les réserves les taux peuvent être deux fois plus élevés<sup>(32)</sup>.

D'après une étude menée en Colombie-Britannique auprès des Premières nations, les taux de suicide dans ces communautés sont plus élevés si la population n'a pas de vision convenable de son propre avenir. L'étude portait sur la continuité culturelle et la continuité personnelle dans ces collectivités. Il semblerait qu'une certaine maîtrise par la collectivité de l'éducation, de la police et des services d'incendie et de santé était un signe de réhabilitation culturelle propice à la continuité culturelle, d'autres signes étant des indications que les bandes

(31) Michael Chandler et Christopher Lalonde, « Cultural Continuity as a Hedge Against Suicide in Canada's First Nations », *Transcultural Psychiatry*, vol. 35, 1998.

(32) Santé Canada (1994).

travaillaient à l'obtention de titres territoriaux, recherchaient l'autonomie gouvernementale et avaient établi des installations culturelles au sein des communautés<sup>(33)</sup>.

Outre toutes les difficultés propres aux jeunes en général, bien des adolescents autochtones font partie de collectivités et de familles qui connaissent des problèmes de chômage, de consommation d'alcool et de drogues et de violence familiale et sexuelle. Même s'il est vrai que bien des gens vivent ces situations, celles-ci sont plus fréquentes et plus intenses chez les Autochtones<sup>(34)</sup>. Comme 38 p. 100 environ de la population autochtone a moins de 15 ans, cette situation pourrait être encore plus dangereuse si l'on ne la règle pas correctement<sup>(35)</sup>. Les jeunes Autochtones ont indiqué à la Commission royale sur les peuples autochtones que les causes de suicide sont toujours présentes – dans la confusion à propos de leur identité, dans l'absence de possibilités d'avoir une vie pleine, dans un quotidien morne où l'alcool et les drogues semblent être la seule évasion possible<sup>(36)</sup>. Le suicide est un moyen de se sortir de situations qui paraissent insurmontables et d'un vide spirituel effroyable<sup>(37)</sup>.

Selon la Commission royale, l'adolescence chez les peuples autochtones est compliquée par le manque de soutien et de modèles forts dans la famille et la communauté et par un milieu ambiant non autochtone qui porte ombrage à l'identité autochtone<sup>(38)</sup>. Cette crise d'identité est renforcée par la méconnaissance de l'histoire et de la culture autochtones dans les cours et dans les médias, par les images racistes sur les peuples autochtones, par la perte des terres, de la langue, des cultures et des valeurs spirituelles, par l'influence dominante d'un discours et d'une politique misant sur des normes et valeurs, des images et des héros européens et par l'expérience personnelle de la ridiculisation, du stéréotype, de la discrimination et du racisme<sup>(39)</sup>.

---

(33) Harriet MacMillan *et al.*, « Aboriginal Youth », projet de chapitre soumis le 14 décembre 2001 à la demande de la National Aboriginal Health Organization pour publication par le Canadian Centre for Studies of Children at Risk de l'Université McMaster et du Hamilton Health Sciences, Hamilton (Ontario) dans un livre intitulé *Integrated Health Policy for Canadian Youth*; voir aussi Chandler et Lalonde (1998).

(34) Poitras (1995).

(35) Rupert Taylor, « Wasted Lives and Wounded People », Canada and the World Backgrounder, n° 61, 1995; voir aussi Poitras (1995).

(36) Commission royale sur les peuples autochtones, *Choisir la vie : Un rapport spécial sur le suicide chez les autochtones*, Ottawa, Ministère des Approvisionnement et Services, 1995.

(37) *Ibid.*

(38) *Ibid.*

(39) *Ibid.*

## PRÉVENTION

Le suicide est rarement une décision spontanée. L'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) estime qu'il s'agit le plus souvent d'un processus, et non d'un événement. Huit personnes sur dix qui se suicident ont donné quelques signes, et parfois de nombreux signes, de leur intention<sup>(40)</sup>. Il est donc important de reconnaître les signes précurseurs, bien que, d'après l'ACSM, il n'y ait pas de liste absolue. En voici certains :

- changement soudain de comportement (p. ex. retrait par rapport aux amis et aux activités);
- usage accru d'alcool et d'autres drogues;
- perte récente d'un ami ou d'un membre de la famille, surtout s'ils se sont suicidés;
- sautes d'humeur, crises émotives, fort niveau d'irritabilité ou d'agression;
- sentiments de désespoir;
- obsession devant la mort;
- propos suicidaires;
- admiration exagérée de personnes qui se sont suicidées<sup>(41)</sup>.

Il est difficile d'évaluer l'effet des stratégies de prévention du suicide pour un certain nombre de raisons. Malgré l'augmentation des programmes de prévention du suicide depuis quelques décennies, les évaluations de ces programmes sont peu nombreuses et limitées sur le plan méthodologique. De plus, il est difficile de mesurer l'incidence des mesures de prévention d'un phénomène dont les racines sont si complexes<sup>(42)</sup>. Certaines stratégies semblent néanmoins atténuer le comportement suicidaire.

Les programmes scolaires qui insistent sur l'adaptabilité et les aptitudes utiles pour la vie peuvent aider les jeunes à acquérir les compétences nécessaires pour faire front à certaines difficultés comme la dépression et l'anxiété. En outre, les programmes d'appui des pairs facilitent le développement de relations et de l'aptitude à s'ajuster à la situation chez les jeunes en difficultés et se sont révélés efficaces pour réduire les comportements à risque élevé<sup>(43)</sup>.

---

(40) Association canadienne pour la santé mentale, *Réflexions sur le suicide chez les jeunes*.

(41) Association canadienne pour la santé mentale, séries de feuillets sur la santé mentale, *Lorsqu'une jeune personne est suicidaire* ([http://www.cmha.ca/french/info\\_centre/mh\\_pamphlets/mh\\_pamphlet\\_30.htm](http://www.cmha.ca/french/info_centre/mh_pamphlets/mh_pamphlet_30.htm), consulté le 13 novembre 2002).

(42) Santé Canada (1994).

(43) *Ibid.*

Les stratégies de prévention du suicide comprennent généralement des mesures visant à accroître la sensibilisation à la question et l'aptitude à reconnaître et à aider une personne suicidaire. Le but de ces programmes est d'accroître les chances de repérer rapidement les personnes suicidaires et de leur venir en aide. Utilisée seule, cette approche a un succès limité, car elle s'appuie sur la diffusion d'information comme moyen de prévenir le suicide. De plus, il faut prendre garde de ne pas associer la prévention du suicide uniquement à l'intervention en cas de crise. Si ces méthodes de prévention du suicide sont importantes, les stratégies de prévention devraient aller au-delà et être axées sur la prévention des situations de crise<sup>(44)</sup>.

Par exemple, la promotion de la santé mentale est un aspect important de la prévention du suicide chez les adolescents, car elle permet de déterminer et d'accroître les effets des facteurs de protection. En se concentrant sur l'objectif qui est d'avoir une population généralement saine, elle encourage l'adaptabilité avant que s'installe le risque de suicide<sup>(45)</sup>.

Il importe d'adopter un programme complet pour la prévention du suicide, c'est-à-dire un programme qui comporte un cadre, des buts et objectifs et un engagement à assurer un financement adéquat<sup>(46)</sup>. L'annexe A présente une liste de stratégies qui constituent un programme global.

## **APPROCHES PROPRES À LA CULTURE**

Dans son rapport, la Commission royale a dégagé sept éléments qu'elle considérait comme importants dans la prévention du suicide dans les communautés autochtones : le contrôle par la collectivité, le regain des valeurs culturelles et spirituelles, la consolidation des liens familiaux et communautaires, l'insistance sur les enfants et les jeunes, une approche holistique, la participation de toute la communauté et les partenariats avec les gouvernements et des organismes non autochtones. Chandler et Lalonde ont noté que la réhabilitation culturelle contribue fortement à abaisser les taux de suicide chez les jeunes Autochtones, fait qu'ont constaté les collectivités qui ont pris des mesures pour raviver leur culture<sup>(47)</sup>.

---

(44) White (1998), p. 277.

(45) *Ibid.*, p. 286.

(46) Santé Canada, *Rapport sur les maladies mentales au Canada* ([http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/miic-mmac/chap\\_7\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/miic-mmac/chap_7_f.html), consulté le 27 novembre 2002).

(47) Chandler et Lalonde (1998), p. 21.



## CONCLUSION

Même si les taux de suicide au Canada se stabilisent depuis quelques années, le grand nombre d'adolescents qui se suicident demeure un grave problème. Plusieurs facteurs contribuent au phénomène : sentiment d'aliénation, faible estime de soi et absence des compétences nécessaires pour s'adapter aux problèmes qui surviennent. La complexité et le caractère délicat de la question du suicide chez les adolescents ne devraient pas décourager les gens d'y porter attention et d'intervenir : seules la compréhension du problème et la préparation à y faire face permettront de l'aborder efficacement.

## ANNEXE A

### STRATÉGIE D'ÉTABLISSEMENT D'UN PROGRAMME COMPLET DE PRÉVENTION DU SUICIDE\*

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 counselling 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. 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 les 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.

---

\* Santé Canada, *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, 2002, p 102.

## ANNEXE B

### ORIENTATIONS STRATÉGIQUES VISANT À RÉDUIRE LE TAUX DE SUICIDE

#### Conséquences d'ordre stratégique\*

Les principales constatations issues de l'examen de la littérature sur le sujet et des exemples à suivre permettent de dégager un certain nombre d'orientations générales.

Premièrement, il est évident que, pour continuer de réduire le taux de suicide chez les personnes âgées et pour influencer sur le taux de suicide chez les enfants et les adolescents, il faut :

- s'attaquer aux problèmes des familles à faible revenu pour briser le cycle de la pauvreté;
- analyser la façon dont les médias électroniques et la presse écrite présentent le suicide;
- instaurer un milieu et des conditions de vie qui accroissent le soutien social, favorisent des réactions saines face à une situation difficile et réduisent les effets négatifs des pertes;
- élaborer des lignes directrices, des règlements et des lois visant à réduire l'accès aux armes à feu et aux médicaments dangereux, notamment en disposant qu'ils doivent être rangés dans un lieu sûr;
- favoriser la participation de la communauté à l'amélioration de la qualité de vie.

Deuxièmement, pour accroître les possibilités d'accéder à la santé et au bien-être et améliorer le repérage précoce, l'intervention en situation de crise et le traitement des personnes suicidaires (ou potentiellement suicidaires), il faut :

- adopter des stratégies appropriées et efficaces favorisant l'acquisition par tous d'habiletés cognitives et socioaffectives;
- sensibiliser les adultes au fait que les enfants peuvent s'enlever la vie;
- offrir à tous les « protecteurs » une formation en prévention du suicide;
- sensibiliser les élèves au suicide dans le cas d'une approche globale en matière de santé en milieu scolaire;
- faire en sorte que les programmes du domaine de la santé offerts dans les universités, les cégeps et les collèges communautaires comportent une formation visant l'acquisition d'habiletés en matière de prévention du suicide et d'intervention.

Troisièmement, il faut mettre l'accent sur les questions touchant la prestation des services. Certaines mesures sont particulièrement importantes :

- offrir aux professionnels de la santé mentale une formation spécialisée portant sur l'évaluation et le traitement des personnes à risque, des interventions au moment de la première manifestation d'une maladie affective et l'évaluation de la comorbidité entre maladie affective et toxicomanie;
- évaluer de manière approfondie les interactions possibles des médicaments, en particulier dans le cas des personnes âgées;
- sensibiliser les personnes âgées aux ressources à leur disposition;
- offrir aux jeunes des services appropriés et accessibles.

Quatrièmement, il faut insister non seulement sur l'évaluation des programmes de prévention et de promotion de la santé pour réduire la vulnérabilité au suicide, mais aussi sur la recherche multidisciplinaire pour examiner ce comportement aux causes multiples.

---

\* Source : Dyck, Mishara et White (1998), p. 327.