

Profil des personnes décédées par suicide dans la région de Montréal

Écrit par J. Houle, C. Guillou-Ouellette

Réalisée par David Guilmette

Mise en forme par Justin Sirois-Marcil

Référence complète de l'étude

Houle, J., et Guillou-Ouellette, C. (2012). Profil des personnes décédées par suicide dans la région de Montréal, 2007-2009: rapport de recherche. (pp. 90): CRISE, SAM.

Préliminaire et cadre théorique

Jusqu'à tout récemment, le Québec était la province qui affichait le taux de suicide le plus élevé au pays. Aujourd'hui, le Québec ne détiendrait plus la palme de ce triste palmarès. En 2009, Statistiques Canada indiquait que le taux de mortalité par suicide du Québec (12,5 pour 100 000) le classait plutôt au 4^e rang, derrière la Saskatchewan (15,5 pour 100 000), le Manitoba (14,1 pour 100 000) et la Nouvelle-Écosse (13,0 pour 100 000). Les efforts considérables consentis en prévention du suicide depuis l'adoption d'une stratégie nationale en 1998 ont peut-être porté leurs fruits : une diminution significative du nombre de décès par suicide est observée dans la province depuis le début des années 2000 [1]. Ainsi, le Québec comptait 220 décès par suicide de moins en 2008 qu'en 2002 (1 122 suicides comparativement à 1342). Tout en nous réjouissant de cette baisse, nous devons garder à l'esprit qu'elle ne touche pas tous les sous-groupes de la population de la même manière. Selon les données compilées par l'Institut de la statistique du Québec, l'amélioration est remarquable chez les 15 à 19 ans : diminution annuelle moyenne de 10 % du taux de suicide chez les garçons et de 14 % chez les filles [1].

Une baisse importante est également notée chez les hommes de 20 à 34 ans (7 % en moyenne par année), mais pas chez les femmes du même groupe d'âge (1 % en moyenne par année). Chez les 50 à 64 ans, tranche d'âge où se commet plus du quart des suicides, la situation est plus inquiétante avec un taux de suicide assez stable chez les hommes (1,5 % en moyenne par année) et légèrement à la hausse chez les femmes (+1 % en moyenne par année). Le Québec se distingue par un taux de suicide relativement bas chez les 65 ans et plus, mais celui-ci n'a que très peu diminué au cours des dernières années (1,0 % chez les hommes, mais impossible de statuer sur les femmes en raison des petits effectifs). Afin d'en accroître l'efficacité, les actions en prévention du suicide doivent être adaptées aux particularités des différentes populations qui composent le Québec. Nous savons, notamment, que la problématique du suicide ne se vit pas de la même manière en milieu rural qu'en milieu urbain [2]. Les régions densément peuplées de Laval et de Montréal présentent les taux de suicide les moins élevés de la province. En 2008, le taux de suicide de la région de Montréal était de 10,8 pour 100 000, comparativement à 14,4 pour l'ensemble du Québec [1]. Cependant, la région de Montréal est celle qui compte le plus grand nombre de décès par suicide, soit environ 200 suicides par année. La métropole est vaste, multiculturelle et composée d'une mosaïque de quartiers aux populations très différentes. Ces quartiers sont regroupés en douze territoires de CSSS (Centres de santé et de services sociaux), possédant chacun leur propre structure et leur offre de services particuliers. Les CSSS ont la responsabilité de mettre en œuvre, en collaboration avec leurs partenaires

du milieu communautaire, les stratégies les plus efficaces en matière de prévention du suicide [3]. Ils disposent malheureusement de peu d'informations sur les caractéristiques des personnes qui s'enlèvent la vie sur leur territoire. L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSS) leur fournit des statistiques générales sur le taux de suicide de leur territoire ainsi que sur le lien entre ce taux de suicide et certains indicateurs, tels que l'indice de défavorisation sociale et matérielle de Pampallon [4]. Ces statistiques officielles révèlent des disparités considérables dans les taux selon les territoires. Alors que pour la période de 2005 à 2009 le taux ajusté de mortalité par suicide du CSSS Jeanne Mance est de 17,4 pour 100 000, celui de l'Ouest-de-l'Île est de 5,1.

Bien qu'utiles, ces statistiques globales ne permettent pas de dresser un portrait, même sommaire, des personnes qui s'enlèvent la vie par suicide sur chacun des territoires. Ce portrait varie probablement d'un territoire de CSSS à l'autre, ce qui impliquerait d'adapter les actions au plan local. Dans la perspective de soutenir la prise de décision en matière de prévention du suicide et d'accroître ainsi l'efficacité des actions mises en place, Suicide Action Montréal, en collaboration avec plusieurs partenaires, souhaite développer un observatoire du suicide à Montréal. Un tel observatoire permettrait de centraliser toutes les données concernant les décès par suicide et les tentatives de suicide dans la région de Montréal, de dresser des portraits locaux exhaustifs de la situation et de formuler des recommandations plus précises pour chacun des territoires. Les données disponibles au Bureau du coroner devront certainement faire partie d'un tel observatoire. Au Québec, conformément à la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès, le coroner a pour mission de « *rechercher de façon indépendante et impartiale les causes et les circonstances des décès obscurs ou violents* » [5], incluant tous les cas de suicide. Chaque personne qui s'enlève la vie fait donc l'objet d'une investigation par l'un des 80 coroners de la province. Les policiers sont souvent mis à contribution dans l'enquête et les membres de l'entourage sont presque toujours consultés. L'objectif de cette démarche est de « *contribuer à la protection de la vie humaine, [...] acquérir une meilleure connaissance des phénomènes de mortalité et [...] faciliter la reconnaissance et l'exercice des droits* » [5]. Les dossiers constitués par les coroners dans chaque cas de suicide représentent des sources d'information essentielles lorsque l'on souhaite dresser un portrait des personnes décédées par suicide dans un territoire donné. Jusqu'à maintenant, le Bureau du coroner ne fournit pas d'analyse détaillée du profil des personnes décédées par suicide par territoire de CSSS. Un observatoire sur le suicide à Montréal aurait notamment pour objectif de produire un tel profil. La présente recherche s'inscrit dans une volonté d'explorer les informations disponibles dans les dossiers du Coroner dans les cas de décès par suicide de citoyens de la région de Montréal, en vue de la création de l'observatoire.

Méthodologie de l'étude

Description de la ou des méthodes utilisées

Dans le cadre de cette étude, les informations ont été recueillies dans les dossiers complets constitués pour chaque personne décédée par suicide et conservés au Bureau du coroner en chef à Québec. Ces dossiers comprennent le rapport d'investigation du coroner, le rapport d'enquête des policiers et, dans certains cas, la note de suicide, les analyses toxicologiques, le dossier médical et toute autre information pertinente. [...] La grille de collecte a été développée à partir d'une première analyse des rapports d'investigation des coroners pour les décès par suicide survenus en 2009. Puis, des catégories ont été ajoutées afin de permettre de colliger les informations absentes des rapports d'investigation publics, mais néanmoins pertinentes pour l'atteinte des objectifs. [...] La grille finale comporte 50 éléments d'information, rassemblés en huit sections distinctes : *Profil sociodémographique, État de santé mentale, État de santé physique, Examen toxicologique, Circonstances entourant le décès, Manifestations suicidaires, Utilisation des ressources, Autres informations pertinentes* [...].

Échantillon(s) et période(s) de collecte des données

Cette étude porte sur l'ensemble des personnes : 1) dont la cause de décès établie dans le dossier du

coroner est le suicide; 2) dont la mort a été constatée en 2007, 2008 ou 2009; et 3) dont le lieu de résidence était situé à Montréal.

Principaux résultats

Mise en garde sur l'interprétation des résultats : [...] en utilisant les dossiers des coroners comme seule source de données, les résultats sont limités par la qualité inégale des informations qui y sont colligées et l'absence de certaines informations importantes.

Au cours des années 2007, 2008 et 2009, un total de 566 personnes dont le lieu de résidence était situé dans la région de Montréal se sont enlevé la vie. Le tableau 1 indique que trois suicides sur quatre (75 %) ont été commis par des hommes et que les deux-tiers (69 %) de tous les suicides sont effectués entre l'âge de 30 et 64 ans. Les indices d'isolement social sont fréquents chez les personnes décédées par suicide, qu'il s'agisse de l'absence de relation amoureuse (70 %), d'emploi (59 %), d'enfant (52 %), de personnes avec qui partager un logement (49 %) et de contacts avec des proches (29 %). Bien qu'il s'agisse très certainement d'une sous-estimation de la réalité (voir section Discussion), les problèmes de santé mentale sont répandus, en particulier la dépression et les problèmes d'abus de substances. La séparation conjugale est l'événement récent le plus souvent rapporté dans les dossiers du Coroner, mais en raison du fort taux de données manquantes, cette information doit être interprétée avec prudence. Trois personnes décédées par suicide sur cinq (60 %) avaient consulté au moins une ressource d'aide dans l'année précédant la mort, les médecins de famille, psychiatres et centres hospitaliers étant les plus souvent consultés. Les deux-tiers (67 %) des suicides ont eu lieu au domicile de la personne et une note de suicide a été laissée dans près de la moitié (43 %) des cas.

Dans les dossiers des coroners, les problèmes financiers sont plus souvent rapportés pour les Hommes que pour les femmes (39 % comparativement à 26 % ; $\chi^2 = 11,1$; $p < 0,001$), de même que les casiers judiciaires (23 % comparativement à 10 % ; $\chi^2 = 12,7$; $p < 0,001$). Ces résultats doivent être interprétés avec prudence en raison des données manquantes. Toujours selon les informations disponibles dans ces dossiers, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à avoir consulté une ressource d'aide dans l'année précédant le décès que les hommes (72 % comparativement à 56 % ; $\chi^2 = 12,7$; $p < 0,001$). Les femmes sont plus nombreuses à s'être enlevé la vie à leur domicile que les hommes (76 % comparativement à 64 % ; $\chi^2 = 6,3$; $p < 0,05$). Le moyen le plus souvent utilisé pour se suicider diffère selon le sexe: la pendaison est le moyen le répandu chez les hommes (52 % comparativement à 28 %), alors qu'il s'agit de l'intoxication pour les femmes (42 % comparativement à 16 %).

Tableau 1. Caractéristiques des personnes décédées par suicide, région de Montréal, 2007--2009

Caractéristiques	Femmes	Hommes	Total
	N (%)	N (%)	N (%)
Nombre de suicides	145 (25,6)	421 (74,4)	566 (100)
Âge			
15--19	5 (3,4)	13 (3,1)	18 (3,2)
20--29	19 (13,1)	60 (14,3)	79 (13,9)

30--?39	22 (15,3)	73 (17,3)	95 (23,3)
40--?49	35 (24,1)	107(25,4)	142(35,5)
50--?64	42(28,9)	112(26,6)	154(38,5)
65 et plus	22(15,2)	56(13,3)	78 (19,5)
Situation			
socioéconomique			
-Sans relation amoureuse	102 (70,3)	296 (70,3)	398 (99,0)
-Sans Emploi	91 (62,8)	243 (57,7)	334 (84,2)
-Sans enfant	63(43,4)	233 (55,3)	296(74,4)
Vit seul(e)	71 (48,9)	208(49,4)	279 (70,5)
-Problèmes financiers	37 (25,5)	165 (39,2)	202(51,0)
-Sans contact avec l'entourage	38 (26,2)	127 (30,2)	165(41,5)
-Casier judiciaire	14 (9,7)	98 (23,3)	112(28,2)
Santé mentale (voir limites)			
Dépression	56(38,6)	127(30,2)	183 (46,0)
Abus de substances	40 (27,6)	130(30,9)	170 (42,5)
Trouble bipolaire	22 (15,2)	29 (6,9)	51 (12,8)
Schizophrénie	13 (9,0)	35 (8,3)	48 (12,1)
Événements Récents (1 an ou -)			
Séparation Conjugale	16 (11,0)	61 (14,5)	77 (19,4)
Perte d'emploi	8 (5,5)	43 (10,2)	51 (12,8)
Problèmes liés à l'immigration	5 (3,4)	15 (3,6)	20(5,0)
Manifestations suicidaires			
Tentative antérieure	72(49,7)	136(32,3)	208(52,0)
Dernière année	31(21,4)	60 (14,3)	91(22,8)
Propos suicidaires	85(58,6)	219(52,0)	304(76,0)
Comportements modifiés	67(46,2)	204(48,5)	271(68,0)
Utilisation de ressources dans l'année précédant le			
décès			
Au moins une ressource	105 (72,4)	234 (55,6)	339 (85,2)

Médecin de famille	63 (43,4)	139 (33,0)	202 (35,0)
Psychiatre	59 (40,7)	98 (23,3)	157 (26,0)
Hôpital	48 (33,1)	102 (24,2)	150 (25,0)
Tr. social	9 (6,2)	13 (3,1)	25 (4,2)
Psychologue	10 (6,9)	13 (3,1)	23 (3,8)
Désintoxication	4 (2,8)	16 (3,8)	20 (3,3)
CLSC	4 (2,8)	13 (3,1)	17 (2,8)
SAM	3(2,1)	5(1,2)	8 (1,3)
Autre	24 (16,6)	43 (10,2)	67 (11,1)
Décès par suicide			
Note laissée	72 (49,7)	174 (41,3)	246 (40,0)
Indices de planification	39 (26,9)	78 (18,5)	117 (19,3)
Lieu du décès			
-Domicile	110 (75,9)	271 (64,4)	381 (62,0)
Moyen utilisé			
-Pendaison	41 (28,3)	218 (51,8)	259 (42,0)
-Intoxication liquide/solide	61 (42,1)	69 (16,4)	130 (21,3)
-Chute	13 (9,0)	31 (7,4)	44 (7,2)
-Arme à feu	6 (4,1)	20 (4,8)	26 (4,2)
-Noyade	6 (4,1)	14 (3,3)	20 (3,3)
-Collision métro	4 (2,8)	15 (3,6)	19 (3,1)
-Autre	14 (9,6)	54 (12,7)	68 (11,1)

Limites: Les caractéristiques rapportées ont été extraites des dossiers du Coroner. Elles fournissent un portrait partiel des personnes décédées par suicide, car ces dossiers comportent une forte proportion de données manquantes. Les informations surlignées en jaune (entre 15 et 40 % de données manquantes) ou en rouge (plus de 40 % de données manquantes) doivent être interprétées avec grande prudence.

Discussion

Cette étude exploratoire a porté sur l'analyse de tous les dossiers du Coroner concernant les décès par suicide survenus dans la région de Montréal au cours d'une période de trois ans (2007 à 2009). Au total, 566 dossiers ont été soigneusement dépouillés de leurs informations à l'aide d'une grille de collecte des données. En plus d'établir un profil global de l'ensemble des personnes qui se sont enlevé la vie dans la région, cette démarche a permis de dresser des profils plus précis pour chacun

des douze territoires de CSSS de Montréal. Deux grands constats se dégagent de ce travail exigeant : l'importance de développer une connaissance à l'échelle locale et la nécessité d'uniformiser et de systématiser la collecte de données par les coroners.

Importance de développer une connaissance à l'échelle locale

Tout d'abord, la région de Montréal ne peut être envisagée comme un bloc monolithique. Il existe une grande disparité entre les territoires de CSSS, tant dans les taux de suicide, que dans les caractéristiques des personnes qui s'enlèvent la vie. Nous savions déjà, grâce au travail de la Direction de santé publique de Montréal, que le taux de mortalité par suicide variait beaucoup d'un CSSS à l'autre, allant de 17,4 pour 100 000 dans Jeanne-Mance à 5,1 dans l'Ouest-de-l'Île. L'originalité de *cette* étude réside dans le fait que *les auteurs* ont pu identifier des différences dans le profil des gens qui se suicident au sein de ces territoires : souvent de jeunes adultes, isolés socialement et aux prises avec des problèmes d'abus de substances dans Jeanne-Mance, davantage de personnes, bien intégrées et sans problème de consommation dans le cas de l'Ouest-de-l'Île. Ces différences doivent être interprétées avec prudence en raison du nombre restreint de décès par suicide, particulièrement dans le territoire de l'Ouest-de-l'Île. Elles suggèrent néanmoins que des actions préventives distinctes devraient être mises en place auprès de ces deux populations, afin d'en accroître l'efficacité. Les CSSS auraient avantage à se doter de structures permanentes (comités de prévention du suicide, tables de concertation, etc.) pour prendre connaissance de ces informations utiles et les intégrer dans leurs pratiques. En ayant une bonne connaissance des caractéristiques des personnes qui s'enlèvent la vie au sein de leur territoire, les professionnels des équipes de santé mentale des CSSS pourraient adapter leurs interventions en conséquence. Cela pourrait signifier d'offrir un suivi plus étroit à une personne qui présente un profil de risque particulier, par exemple. De façon plus globale, ces informations soutiennent l'importance d'intensifier les activités de prévention qui agissent en amont du développement des crises suicidaires en renforçant les facteurs de protection. L'adaptation locale nécessaire des stratégies de prévention ne peut être accomplie sans une connaissance approfondie des caractéristiques des personnes qui se donnent la mort au sein d'un territoire donné. Un tel savoir est absolument essentiel. La création d'un observatoire sur le suicide à Montréal pourrait offrir l'infrastructure et rassembler les expertises nécessaires à la construction et à la diffusion de cette connaissance.

Un observatoire permanent aurait également l'avantage de permettre un suivi continu de l'évolution des tendances dans la population et de proposer des stratégies adaptées à ces changements. Parmi les partenaires devant être ralliés à cette entreprise, mentionnons : 1) les centres hospitaliers qui possèdent leur propre système de collecte d'informations sur les personnes admises à l'urgence à la suite d'une tentative de suicide; 2) la Régie de l'assurance maladie du Québec qui peut retracer le parcours d'utilisation des services médicaux dans l'année précédant le décès par suicide; 3) Urgences Santé qui possède des informations sur les interventions effectuées auprès des personnes en situation de crise suicidaire; 4) les CSSS eux-mêmes qui se sont dotés d'un système informatisé permettant de connaître les services offerts à leur clientèle; 5) Suicide Action Montréal et les centres de crise. Le Bureau du coroner du Québec est également un partenaire incontournable à la création d'un observatoire, en raison de sa responsabilité de conduire une enquête dans tous les cas de décès par suicide. Ce processus d'investigation s'avère une opportunité exceptionnelle de recueillir une information utile à la prise de décision en matière de prévention.

Nécessité d'uniformiser et de systématiser la collecte de données par les coroners

Dans le cadre de *cette* étude *les auteurs* ont examiné le potentiel des dossiers du Coroner à devenir des sources d'informations valides et utiles dans le cadre d'un observatoire sur le suicide à Montréal. En présence d'un taux de données manquantes aussi élevé et d'un manque d'uniformité dans les pratiques des coroners, il s'avère malheureusement impossible de recommander leur utilisation dans un tel contexte. Par exemple, les autopsies psychologiques [7?8] [...] indiquent qu'entre 87 et 91 % des personnes qui s'enlèvent la vie souffrent d'un trouble mental au moment de leur décès, alors que cette proportion n'est que de 63,5 % dans les dossiers du Coroner [...] consultés. *Les auteurs de la*

présente étude ne sont pas les premiers à mettre en évidence le manque d'exhaustivité des informations recueillies par les coroners, cette lacune ayant été soulignée dans de nombreuses études, tant ailleurs au Québec [9] qu'au Canada [10] et aux États-Unis [11]. Une grille uniforme et détaillée pourrait être remplie systématiquement dans les cas de décès par suicide, afin de s'assurer que toutes les dimensions importantes ont été couvertes lors de l'investigation et réduire ainsi considérablement le nombre de données manquantes. Dans le contexte montréalais, une telle grille devrait obligatoirement inclure l'appartenance culturelle des personnes décédées par suicide. À l'heure actuelle, cette information cruciale est généralement absente des dossiers, [...] empêchant de décrire le phénomène du suicide au sein de ces communautés et de proposer des interventions adaptées aux particularités de ces clientèles. Bien que le rapport d'enquête policière comporte un champ consacré à l'appartenance culturelle, celui-ci demeure peu utilisé. L'orientation sexuelle serait également une information pertinente à recueillir. Certains territoires, comme celui du CSSS Jeanne-Mance par exemple, possèdent une forte proportion de personnes LGBT (lesbienne, gaie, bisexuelle ou transgenre). Le phénomène du suicide au sein de ces populations plus marginales doit être mieux compris, afin qu'un tel savoir se traduise ensuite par des actions mieux ciblées et plus efficaces.

Besoins identifiés

Voir section résultats.

Population cible

Ensemble des personnes résidant à Montréal.

Objectifs et hypothèses

Cette étude a pour but de décrire les caractéristiques des personnes décédées par suicide au cours des années 2007, 2008 et 2009, pour l'ensemble de la région de Montréal ainsi que pour chacun de ses douze territoires de CSSS. Plus spécifiquement, elle poursuit les objectifs suivants : 1. Établir un profil des personnes décédées par suicide dans la région administrative de Montréal, comprenant des données sociodémographiques, des informations sur l'état de santé, l'utilisation des services, les signes précurseurs et les circonstances entourant la mort; 2. Établir un profil propre à chaque territoire de CSSS et souligner les particularités locales; 3. Formuler des recommandations à l'intention des gestionnaires et des intervenants; 4. Déterminer l'utilité des données disponibles dans les dossiers du coroner dans le cadre d'un éventuel observatoire.

Mots-clés profil, personne, décès, suicide, Montréal, Hommes

Juillet, 2014