



Public Health
Agency of Canada

Agence de la santé
publique du Canada

FAITS SAILLANTS DE :
**Suicide : Facteurs de risque et
prévention**

Rapport de :
Gustavo Turecki, M.D., Ph.D.,
Alain Lesage, M.D. et Luc Desrochers, M.A.

Octobre 2012

**UN PRODUIT DE CONNAISSANCE
CONCERNANT LA STRATÉGIE D'INNOVATION
DE L'ASPC**

Canada^{ca}

CONTENU

MESSAGES CLÉS	3
RÉSUMÉ.....	3
Généralités et contexte	3
Pertinence.....	Erreur ! Signet non défini.
Éléments clés du rapport	4
Approche.....	4
Leçons retenues	4
Promotion de la santé et prévention du suicide.....	5
Défis à relever	Erreur ! Signet non défini.
Recherche sur le suicide au Canada	6
Recommandations relatives aux politiques et aux pratiques de santé publique.....	7
GLOSSAIRE	9
RÉFÉRENCES.....	9

Chercheur principal

Gustavo Turecki, M.D., Ph.D., professeur, département de psychiatrie, Université McGill; directeur, [Réseau québécois de recherche sur le suicide \(RQRS\)](#)

Remerciements

Le présent rapport a été préparé grâce au financement de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). De plus, les auteurs aimeraient souligner le travail de Jean-Pierre Robitaille, de Vincent Larivière et de Benoît Macaluso, de l'Observatoire des sciences et des technologies (OST) de l'Université du Québec à Montréal (UQAM), qui ont mené l'étude bibliométrique.

Rapport des faits saillants de la Stratégie d'innovation de l'ASPC

La Stratégie d'innovation de l'ASPC a un objectif clair, soit de favoriser le développement et l'échange de connaissances sur les interventions de santé publique fondées sur des données probantes. Dans le cadre de cet objectif, l'ASPC a financé plusieurs articles de recherche visant à guider le programme de la Stratégie d'innovation. Une série de produits de connaissance a été créée à partir de ces articles de recherche pour présenter les faits saillants et les principales constatations aux professionnels et aux décideurs dans le domaine de la santé publique au Canada.

Les opinions, résultats et conclusions du présent résumé sont ceux des auteurs et indépendants des sources de financement. Le contenu du document demeure de l'entière responsabilité des auteurs, et les opinions exprimées ne sont pas nécessairement celles de l'ASPC. Le présent résumé a été rédigé par Wordsmith Writing and Editing Services pour l'ASPC, avec la permission des auteurs du rapport original.

Pour obtenir une copie de la version intégrale de l'article de recherche, veuillez communiquer avec l'équipe de la Stratégie d'innovation, à IS.Information@phac-aspc.gc.ca.

MESSAGES CLÉS*

Nota : Les définitions des termes mis en évidence sont présentées dans le [glossaire](#), qui se trouve à la fin du présent rapport.

- Au cours des dernières années, la compréhension des divers facteurs qui se recoupent pour expliquer le suicide a évolué.
- La plupart des modèles de comportement suicidaire décrivent les [facteurs de risque distaux](#), comme l’adversité en début de vie et les traits impulsifs et agressifs, qui augmentent la prédisposition au suicide, ainsi que les [facteurs de risque proximaux](#), comme les [troubles psychopathologiques dépressifs](#), la toxicomanie et le manque de soutien social, qui peuvent déclencher des crises suicidaires.
- Le facteur de risque de suicide le plus important est la psychopathologie, plus particulièrement la dépression majeure, ainsi que la dépendance à l’alcool et aux drogues (1, 2).
- Il existe des stratégies de prévention du suicide efficaces. Celles-ci comprennent des programmes d’éducation et de sensibilisation, des méthodes de dépistage et de traitement, la restriction de l’accès aux moyens de se tuer et la couverture responsable des cas de suicide par les médias.
- Parmi les stratégies de prévention du suicide prometteuses, mentionnons la formation d’intervenants de divers domaines, y compris les omnipraticiens.
- La publication de recherches canadiennes sur le suicide a connu un essor au cours des dix dernières années. Le rendement global du Canada en matière d’impact scientifique se compare favorablement à celui d’autres pays importants qui sont actifs dans ce domaine.
- Le Canada devrait mettre en œuvre une stratégie nationale de prévention du suicide.

Rôle de la santé publique

- Les programmes de santé publique devraient :
 - investir tôt dans le parcours de vie et adopter une approche axée sur la population qui intègre le suicide dans les politiques et les méthodes de prévention;
 - travailler dans divers contextes socioéconomiques et culturels et se pencher sur des déterminants sociaux de différents types et niveaux;
 - évaluer des programmes à l’aide d’un ensemble de sites et de méthodes d’intervention interconnectés et étudier les coûts et les avantages de stratégies de prévention du suicide axées sur la population.

RÉSUMÉ

Généralités et contexte

Depuis plusieurs décennies, le Canada reconnaît que le suicide et les comportements suicidaires sont des problèmes de santé publique importants, et la mise sur pied et l’adoption d’une stratégie nationale sur le suicide et sa prévention ont fait l’objet de nombreux débats.

* Ces messages clés ne constituent pas un résumé des constatations, mais plutôt des leçons que le lecteur peut retenir de la recherche. Un résumé des constatations est présenté dans le reste du document.

Un projet de loi pour l'établissement d'un cadre fédéral de prévention du suicide (projet de loi C-300) a été présenté à la Chambre des communes (3). Le *projet de loi C-300* a pour but d'établir une stratégie visant à informer et à sensibiliser le public quant aux facteurs de risque et aux facteurs protecteurs liés au suicide, ainsi qu'à promouvoir la collaboration et le transfert de connaissances en matière de recherche, d'interventions, de prise de décisions et de prévention à l'échelle communautaire.

Pertinence

Le suicide compte parmi les principales causes de décès chez les jeunes, et parmi les dix principales causes de décès chez les personnes de tous âges (4). À l'échelle mondiale, le suicide met fin à la vie de plus de gens que les meurtres et toutes les guerres confondues (5).

Même si le nombre absolu de suicides est plus élevé au Québec et en Ontario, les taux de suicide dans les territoires sautent aux yeux par contraste. Le Nunavut a l'un des taux de suicide les plus élevés au monde chez les hommes et les femmes (6).

Éléments clés du rapport

Le présent rapport présente un résumé des connaissances actuelles concernant les facteurs de risque du suicide et la prévention du suicide. Il présente également des données épidémiologiques, de récents progrès scientifiques et des données probantes, ainsi que des recommandations quant aux mesures à prendre en matière de prévention du suicide.

Approche

L'ASPC a demandé au RQRS de préparer un rapport sur les facteurs de risque de suicide et les programmes nationaux et internationaux de prévention du suicide, ainsi que les grandes tendances en matière de recherche et de production de nouvelles connaissances dans le domaine. Cette tâche comprenait également une étude bibliométrique examinant la position du Canada en matière de recherche sur le suicide et repérant les principaux centres d'excellence au pays.

Leçons retenues

Le suicide est un phénomène complexe. Le « continuum » du suicide n'est ni linéaire ni unidirectionnel, et il y a autant de façons de comprendre le suicide que de types de facteurs sous-jacents. Il n'existe toujours pas de modèle théorique du suicide qui fait l'unanimité.

Épidémiologie : En 2007 au Canada, le suicide était la dixième cause de décès et représentait moins de 2 % des décès (4). Les taux globaux de suicide normalisés selon l'âge sont relativement stables depuis les dix dernières années, mais il y a eu d'importants changements statistiques à l'échelle provinciale. Par exemple, certaines provinces comme le Québec ont connu une baisse du taux de suicide (6).

Même si le nombre absolu de suicides est plus élevé au Québec et en Ontario, les taux de suicide dans les territoires

« Notre façon de voir le suicide en général, nos connaissances scientifiques sur le sujet et les méthodes que nous suivons ont une influence à toutes les étapes de la vie de gens suicidaires et permettront d'établir une stratégie de prévention axée sur la population.

Cependant, toutes les explications potentielles ou réelles de cas et de comportements suicidaires ne sont ni uniques, sans ambiguïté, nécessaires ou suffisantes. C'est leur dynamique globale tout au long de la vie et à certains moments critiques qui dicte l'émergence ou l'évolution de conditions plus ou moins extrêmes en matière de suicide et influe sur la façon dont la société y réagit. »

sautent aux yeux par contraste. Le Nunavut a l'un des taux de suicide les plus élevés au monde (chez les hommes et les femmes) (6).

Il existe des **facteurs de risque de suicide** aux échelles socioculturelle, familiale, communautaire et individuelle. Les **facteurs de risque distaux** augmentent la prédisposition au suicide; ces facteurs comprennent le sexe, les antécédents familiaux de suicide (7-9) et les antécédents d'adversité (1, 10, 11). Les **facteurs de risque proximaux** comprennent les maladies mentales, les sentiments de grande détresse et les véritables souffrances. Les facteurs distaux agissent de concert avec les facteurs proximaux et peuvent être aggravés ou atténués par divers facteurs de risque et facteurs protecteurs, comme l'âge, le sexe, les valeurs culturelles et spirituelles, les croyances, etc.

Milieu dans lequel une personne a grandi et suicide. Les expériences traumatisantes vécues à la petite enfance peuvent augmenter le risque de suicide pour le reste de la vie, probablement en modifiant l'activité des gènes, comme ceux responsables des systèmes de réaction au stress. Par exemple, les études montrent qu'il existe un lien entre le suicide et des antécédents de violence sexuelle et physique sévère à l'enfance.

Les **progrès scientifiques** ont permis de mieux comprendre les facteurs neurobiologiques liés au suicide. Cependant, nous sommes loin d'identifier les gènes ou les **séquences génomiques** directement ou indirectement liés à l'augmentation de comportements suicidaires. (12)

Les modifications du **système de neurotransmetteurs** et l'hyperactivité du système de réponse au stress sont perçues comme étant liées au comportement suicidaire et sont une cible importante des approches thérapeutiques adoptées.

Progrès cliniques. Le plus grand facteur prédictif du suicide est la **psychopathologie**, c'est-à-dire la présence d'une maladie mentale au cours des six derniers mois de la vie de la victime. La dépression majeure est la maladie mentale la plus importante à cet égard, suivie des troubles liés à l'alcool et aux drogues (1, 2).

Accès aux services : Bien qu'il arrive souvent qu'un suicidé ait consulté un fournisseur de soins de santé pendant sa dernière année de vie, la plupart des victimes n'auraient eu aucun contact avec les services et auraient échappé au système thérapeutique (13).

Promotion de la santé et prévention du suicide

- Il existe des stratégies de prévention du suicide efficaces. La plupart des efforts sont centrés sur cinq domaines d'intervention principaux, que voici :
 - programmes d'éducation et de sensibilisation offerts au grand public et aux professionnels de la santé;
 - méthodes de dépistage chez les personnes à risque;
 - traitement de troubles psychiatriques liés au suicide;
 - restriction de l'accès aux moyens de se tuer (p. ex. armes à feu et certaines drogues);
 - signalement responsable des cas de suicide par les médias (14-18).
- De solides preuves montrent que les stratégies de prévention du suicide suivantes sont efficaces :
 - formation d'intervenants de différents milieux professionnels, y compris les omnipraticiens (19-21);
 - traitement des troubles psychiatriques liés au suicide, notamment le traitement de dépression sévère à l'aide d'antidépresseurs (21);
 - restriction de l'accès aux moyens de se tuer. (22)

- Des résultats prometteurs suggèrent que les stratégies de prévention du suicide suivantes seraient efficaces :
 - campagnes de sensibilisation destinées au grand public ou à certains groupes à risque comme les jeunes d'âge scolaire;
 - dépistage de routine des personnes à risque;
 - élaboration de lignes directrices et de principes pour un traitement responsable des cas de suicide par les médias (y compris les médias Web) (19).

Défis à relever

- Il faut offrir des programmes de perfectionnement aux fournisseurs de soins de santé primaires quand il n'y a pas d'expert à l'échelle locale.
- Les programmes d'apprentissage offerts principalement aux médecins de première ligne devraient comprendre des directives sur l'utilisation d'antidépresseurs.
- Les effets réels de la formation de fournisseurs de soins de santé primaires sur les taux de suicide doivent être mesurés dans différentes régions canadiennes.
- Il faut réaliser d'autres études sur les avantages de la [pharmacothérapie](#) en tant que stratégie de prévention du suicide efficace chez les enfants et les adolescents ayant reçu un diagnostic de dépression.
- Le fait d'offrir de la formation aux premiers intervenants potentiels devrait engendrer des effets intermédiaires sur, entre autres, les taux d'aiguillage et le traitement psychiatrique.
- Pendant les efforts de restriction de l'accès aux moyens de se tuer, la priorité devrait être accordée aux méthodes souvent utilisées dans chaque région, mais il faut continuer de surveiller les moyens de rechange que les gens risquent de prendre.
- Le rapport coût-efficacité du dépistage dans la population générale ou dans les populations à risque n'a toujours pas été mesuré.
- Les éléments essentiels des interventions à offrir après une tentative de suicide n'ont toujours pas été établis.
- Des lignes directrices et stratégies adéquates concernant la couverture médiatique des cas de suicide doivent être mises en œuvre et évaluées rigoureusement.

Recherche sur le suicide au Canada

Le présent document comporte une annexe qui présente les résultats d'une étude bibliométrique de positionnement en matière de recherche sur le suicide au Canada. Voici les conclusions de l'étude :

- La publication de recherches canadiennes sur le suicide a connu un essor au cours de la dernière décennie (2001-2010).
- Le rendement du Canada en matière d'impact scientifique se compare favorablement à celui d'autres pays importants qui sont actifs dans ce domaine. En effet, de 2006 à 2010, le Canada occupait le 3^e rang mondial en matière de volume de production de publications sur le suicide (derrière les États-Unis et le Royaume-Uni).
- Comme l'indique la figure 1, trois grands centres et leurs établissements affiliés ont publié des produits de connaissances scientifiques sur le suicide : l'Université de Toronto, en collaboration avec l'Université Western Ontario; l'Université McGill (principalement le Douglas Institute Research Centre); l'Université d'Ottawa.

Figure 1 : Réseaux d'établissements canadiens qui publient conjointement des articles sur le suicide, 1980-2010

- Il est recommandé de publier des rapports clairs et concis sur des pratiques exemplaires relatives à la collecte de données et au transfert de connaissances destinés aux intervenants, aux partenaires et aux décideurs qui participent à la conception et à la mise en œuvre de politiques publiques sur le suicide.
- Il est recommandé de souligner les divers types et niveaux de déterminants sociaux au moment d'intervenir à l'égard du suicide d'un point de vue global (sociétal), intermédiaire (famille, réseau social immédiat et sous-groupes à risque) ou spécifique (individuel).
- Il est recommandé d'élaborer et de mettre en œuvre des interventions de prévention du suicide qui :
 - sont multimodales;
 - sont fondées sur des données probantes;
 - sont fondées sur les connaissances empiriques et théoriques actuelles concernant les facteurs de risque de suicide;
 - sont mises en œuvre ou mises à l'essai dans des cohortes ou sous-groupes de la population assez nombreux pour que les résultats puissent être généralisés;
 - sont validées dans divers contextes socioéconomiques et culturels;
 - comprennent une évaluation des résultats.

GLOSSAIRE

- Psychopathologie dépressive :
- Maladie mentale caractérisée par une humeur dépressive soutenue ou un manque de motivation, ainsi que d'autres symptômes comme des troubles du sommeil et de l'appétit, des baisses d'énergie, des troubles de concentration, des idées de culpabilité démesurées et des idées suicidaires.
- Facteurs de risque distaux :
- Facteurs de risque qui augmentent la vulnérabilité à certains problèmes. Ils sont définis comme étant « distaux » parce qu'ils agissent sur une longue période, c.-à-d. qu'ils sont apparus plus tôt que les facteurs de risque proximaux dans l'évolution d'un cas. Les facteurs de risque de suicide distaux comprennent des facteurs génétiques et épigénétiques importants, des antécédents d'adversité en début de vie (p. ex. violence sexuelle ou physique à l'enfance), le développement de traits impulsifs et agressifs et des niveaux élevés d'anxiété.
- Séquences génomiques :
- Le génome contient tout le bagage d'information génétique d'un organisme. Il contient toutes les séquences d'ADN, composées de gènes, de séquences non codantes, ainsi que tous les mécanismes de régulation. Le terme « séquences génomiques » se rapporte au code de l'ADN.
- Système de neurotransmetteurs :
- Les neurotransmetteurs sont des molécules qui agissent comme messagers ou aident les neurones à communiquer entre eux. Il existe plusieurs classes de neurotransmetteurs, responsables de la régulation de divers ensembles de neurones.
- Pharmacothérapie :
- Le traitement d'une maladie par l'administration de médicaments.
- Facteurs de risque proximaux :
- Un facteur de risque proximal est un facteur qui déclenche ou précipite le problème en question. Parmi les facteurs de risque proximaux importants liés au suicide, mentionnons la psychopathologie dépressive (voir la définition de ce terme) et le sentiment de désespoir, la toxicomanie et le manque de soutien social.
- Psychopathologie :
- Terme général désignant la maladie mentale.

RÉFÉRENCES

1. ARSENAULT-LAPIERRE, G., C. KIM et G. TURECKI. « 3500 cases of suicide: A systematic review », *BMC Psychiatry*, vol. 4 (2004), p. 4-37.

2. CAVANAGH, J.T., et coll. « Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review », *Psychol Med*, vol. 33, n° 3 (2003), p. 395-405.
3. CHAMBRE DES COMMUNES DU CANADA, r.s., 41^e législature, 60 Elizabeth II, *Loi concernant l'établissement d'un cadre fédéral de prévention du suicide*, 2011.
4. STATISTIQUE CANADA. Statistique de l'état civil du Canada, Base de données sur les naissances et les décès, et annexe II de la publication *Mortalité : liste sommaire des causes* (numéro de catalogue 84F0209XIE), Tableau 102-0551.
5. NATIONS UNIES. « World Population Prospects: The 2008 Revision, Volume 1: Comprehensive Tables and United Nations, World Population Prospects: The 2008 Revision », *Highlights in Population and Development Review*, Oxford: Blackwell Publishing Ltd, 2009.
6. STATISTIQUE CANADA. Tableau 102-0563, « Principales causes de décès, population totale, selon le sexe, Canada, provinces et territoires », annuel (1, 2, 3), cansim3967216043738896221.
7. MCGIRR, A., et coll. « Familial aggregation of suicide explained by cluster B traits: A three-group family study of suicide controlling for major depressive disorder », *Am J Psychiatry* (2009).
8. TURECKI, G. « Suicidal behavior: is there a genetic predisposition? », *Bipolar Disord*, vol. 3, n° 6 (2001), p. 335-49.
9. BALDESSARINI, R.J., et J. HENNEN. « Genetics of suicide: An overview », *Harv Rev Psychiatry*, vol. 12, n° 1 (2004), p. 1-13.
10. BREZO, J., et coll. « Identifying correlates of suicide attempts in suicidal ideators: A population-based study », *Psychol Med* (2007), p. 1-12.
11. FERGUSSON, D.M., L.J. WOODWARD et L.J. HORWOOD. « Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood », *Psychol Med*, vol. 30, n° 1 (2000), p. 23-39.
12. ERNST, C., N. MECHAWAR et G. TURECKI. « Suicide neurobiology », *Prog Neurobiol*, vol. 89, n° 4 (2009), p. 315-33.
13. LESAGE, A., et coll. « Systematic services audit of consecutive suicides in New Brunswick: The case for coordinating specialist mental health and addiction services », *Can J Psychiatry*, vol. 53, n° 10 (2008), p. 671-8.
14. NOAR, S. « A 10-year retrospective of research in health mass media campaigns: where do we go from here? », *J Health Comm*, vol. 11 (2006), p. 21-42.
15. HEGERL, U., et coll. « The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality », *Psychol Med*, vol. 36, n° 9 (2006), p. 1225-33.
16. KNOX, K.L., et coll. « Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study », *BMJ*, vol. 327, n° 7428 (2003), p. 1376.
17. UNWH ORGANIZATION. *Prevention of Suicide: Guidelines for the formulation and implementation of national strategies*. G.H. Organization, 1996.
18. RUSSELL, P., C. LARDNER, L. JOHNSTON et D. GRIESBACH. *Evaluation of phase 2 (2006-2008) of the Choose Life Strategy and Action Plan*, 2010.
19. MANN, J.J., et coll. « Suicide prevention strategies: a systematic review », *JAMA*, vol. 294, n° 16 (2005), p. 2064-74.

20. ISAAC, M., et coll. « Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review », *Can J Psychiatry*, vol. 54, n° 4 (2009), p. 260-8.
21. LUDWIG, J., et D.E. MARCOTTE. « Anti-depressants, suicide, and drug regulation », *J Policy Anal Manage*, vol. 24, n° 2 (2005), p. 249-72.
22. LINKS, P.S. « The role of physicians in advocating for a national strategy for suicide prevention », *CMAJ*, vol. 183, n° 17 (2011), p. 1987-90.