

# Adolescence et suicide

Présentée par

Dre Christelle Comeau, MD FRCPC, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent

Marie-Claude Gagnon, psychologue

# Divulgation de conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts à déclarer

# Plan de conférence

1. Quelques définitions
2. État de situation
3. Facteurs de risque propres à l'adolescence
4. Pathogénèse du suicide à l'adolescence
5. Interventions à privilégier auprès de l'adolescent présentant des idées suicidaires

# Mises en garde

- Cette conférence n'est pas:
  - Un cours sur l'évaluation du risque suicidaire
  - Un cours équivalent à un doctorat en psychologie ou une résidence en psychiatrie!!
- Les termes *patient* et *client* sont utilisés en tant que synonymes;
- Les cas cliniques et exemples sont réels.

# Quelques définitions

1. Propos suicidaire instrumental
2. Idéation suicidaire
3. Comportement suicidaire ou autodestructeur instrumental
4. Tentative de suicide

# Propos suicidaire instrumental

- Propos suicidaire avec preuve implicite ou explicite que l'adolescent n'avait pas l'intention de se suicider et entendait utiliser une apparence d'intentionnalité suicidaire *dans le but d'obtenir un gain secondaire*

# Idéation suicidaire

- Pensée rapportée par un adolescent indiquant son engagement dans un processus menant à un comportement suicidaire
  - Sans intention
  - Avec intention

# Comportement suicidaire ou autodestructeur instrumental

- Comportement potentiellement autodestructeur avec preuve implicite ou explicite que l'adolescent n'avait pas l'intention de se suicider et entendait utiliser une apparence d'intentionnalité suicidaire *dans le but d'obtenir un gain secondaire*



# Tentative de suicide

- Comportement potentiellement autodestructeur, à l'issue non fatale, avec preuve que l'adolescent avait l'intention de se suicider

# Facteurs de risque propres à l'adolescence

1. Facteurs fragilisants
2. Facteurs précipitants
3. Facteurs facilitants
4. Facteurs de protection

# Facteurs fragilisants

- **Tentative(s) suicidaire(s) antérieure(s)**
- **Problématique psychiatrique**
  - Trouble affectif, dont la dépression majeure
  - Trouble lié aux substances
  - Trouble des conduites
  - Trouble de la personnalité
- **Impulsivité**
- Sexe masculin
- Homosexualité (en particulier chez les garçons)
- ATCD psychiatrique familial (dont ATCD de suicide complété)
- Événement(s) de vie adverse(s)
- Décrochage scolaire
- Consommation
- Isolement/ rejet par les pairs



# Dépression majeure à l'adolescence

## ÉPIDÉMIOLOGIE

4-8% des adolescents

Ratio fille:garçon de 2:1

## FACTEURS DE RISQUE

- ATCD familial
- Stresseurs (abus, négligence, conflit, perte, deuil)
- Réseau de support
- Mécanismes d'adaptation immatures/pauvres
- Comorbidité(s) (trouble anxieux, TDAH, maladie physique)



# Dépression majeure à l'adolescence

**TABLE 1** Depressive Symptoms and Examples in Adolescents<sup>54</sup>

Signs and Symptoms of Major Depressive Disorder	Signs of Depression Frequently Seen in Youth
Depressed mood most of the day	<u>Irritable or cranky mood</u> ; preoccupation with song lyrics that suggest life is meaningless
Decreased interest/enjoyment in once-favorite activities	Loss of interest in sports, video games, and <u>activities with friends</u>
Significant wt loss/gain	Failure to gain wt as normally expected; anorexia or bulimia; frequent complaints of physical illness (eg, headache, stomach ache)
<u>Insomnia or hypersomnia</u>	Excessive late-night TV; refusal to wake for school in the morning
<u>Psychomotor agitation/retardation</u>	Talk of running away from home or efforts to do so
<u>Fatigue or loss of energy</u>	Persistent boredom
Low self-esteem; feelings of guilt	Oppositional and/or negative behavior
Decreased ability to concentrate; indecisive	Poor performance in school; frequent absences
Recurrent thoughts of death or suicidal ideation or behavior	Recurrent suicidal ideation or behavior (threats of suicide, writing about death; giving away favorite toys or belongings)

## ÉPISODE

Retrait social

Atteinte fonctionnelle (chute du rendement académique, implication -loisirs et travail-)

Dévalorisation

Perte de capacité à ressentir du plaisir

Plaintes somatiques

# Dépression majeure à l'adolescence

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL LE PLUS FRÉQUENT

## Fragilités de personnalité / adolescence difficile

Tableau marqué par une dysthymie « l'adolescent malheureux », **vide intérieur**, **malaise chronique**, **craintes d'abandon**, faible capacité d'adaptation aux stressseurs (surtout relationnels), faible estime de soi chronique, difficulté à reconnaître et/ou gérer ses émotions, questionnement identitaire

Débute à l'adolescence « **depuis le début du secondaire** », fluctue en intensité au gré des stressseurs

Souvent avec automutilation et/ou idéations suicidaires chroniques

Ne rencontre pas les critères d'une dépression majeure

Traitement indiqué: psychothérapie individuelle et/ou interventions familiales/parentales

# Dépression majeure à l'adolescence

## TRAITEMENT

Dépression majeure légère: psychoéducation, support, gestion des stressors (réponse attendue en 4-6 semaines)

Dépression majeure modérée: idem à ci-haut + psychothérapie

Dépression majeure sévère (ou qui ne répond pas aux interventions précédentes): idem à ci-haut + antidépresseur

Traitement toujours accompagné d'interventions familiales et du traitement des comorbidités

## ÉVOLUTION

Majorité des adolescents évoluent vers une rémission complète

20-40% évoluent vers une maladie affective bipolaire

Risque de récurrence élevé (20-60% à 2 ans, 70% à 5 ans)

# Facteurs précipitants

- Conflit avec les parents
- Conflit avec les pairs
- Déception amoureuse
- Échec scolaire
- Perte
- Problème judiciaire
- Période de transition (changement de niveau scolaire, fin de séjour en CR, passage à l'âge adulte)



# Facteurs facilitants

- **Accès à des moyens létaux**
- Médiatisation d'un suicide
- Suicide d'un pair (connu ou non)
- Idées suicidaires chez un parent

# Facteurs de protection individuels

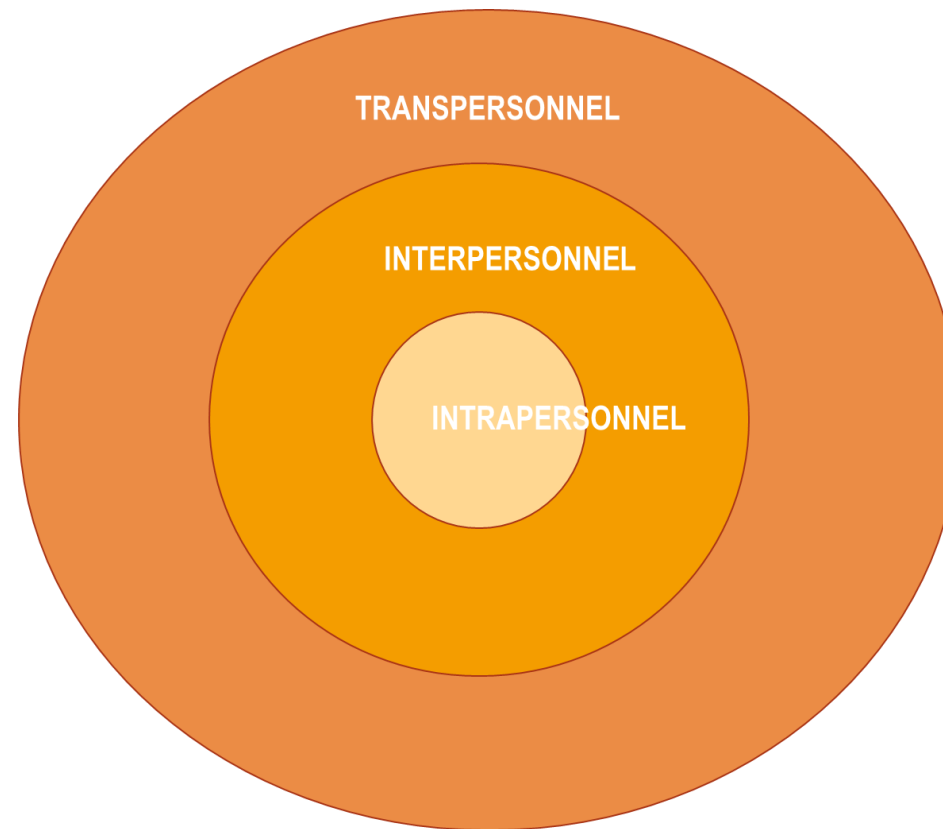
- Tolérance aux frustrations
- Habilité et possibilité de communication avec autrui
- Reconnaissance des émotions
- Compétence cognitive
- Résolution de problèmes
- Projet d'avenir
- Raison de vivre
- Attachement (personnes, buts, valeurs)
- Pensée nuancée, contrôle interne, résilience
- Capacité à espérer un changement

# Facteurs de protection environnementaux

- Cohésion familiale
- Environnement scolaire perçu positivement
- Intégration sociale (activités sportives, sociales, artistiques)
- Soutien social et communautaire

# Pathogénèse du suicide à l'adolescence

1. Intrapersonnel
2. Interpersonnel
3. Transpersonnel



# Intrapersonnel : enjeux et transformations à l'adolescence

1. L'adolescent doit apprendre à gérer d'une part ses pulsions et son besoin de normalité d'autre part
2. Quête d'identité (« qui suis-je? »)
  - cherchant son identité, se fond dans un groupe, ce qui cause une diffusion de l'identité
3. Estime de soi/narcissisme fragile
  - idéalise les relations dans lesquelles il s'engage, réagit donc très fortement à leur effondrement
4. Début des relations intimes
  - défi d'intégrer l'image de soi sexuée aux représentations de l'enfance
5. Transformations physiques à gérer
6. Processus cognitifs en développement

# Intrapersonnel: défis liés aux processus cognitifs en développement

## Distorsions cognitives

- **Généralisation:** former une règle à partir d'un petit nombre d'incidents isolés et étendre cette règle à d'autres situations semblables
- **Amplification/dramatisation:** surévaluer la probabilité, la gravité ou l'importance d'un événement indésirable ou exagérer l'importance de ses erreurs et ses lacunes



# Intrapersonnel: défis liés aux processus cognitifs en développement (suite)

## Distorsions cognitives (suite)

- **Minimisation:** réduire ses points forts et ses réussites ou considérer un événement heureux comme banal
- **Dichotomie (« clivage », « tout ou rien »):** catégoriser dans des extrêmes (blanc-noir, tout bon-tout mauvais), sans nuance
- **Inférence arbitraire (conclusion hâtive):** tirer des conclusions hâtives à partir de peu d'évidences
- **Abstraction sélective:** s'attarder sur des détails négatifs dans une situation, ce qui amène à percevoir négativement l'ensemble de cette situation

# Intrapersonnel: défis reliés aux processus cognitifs en développement (suite)

- Difficulté à se projeter dans le futur
- Centré sur le moment présent
- Mentalisation en développement
- Difficulté à comprendre les concepts plus abstraits
- Compréhension encore parfois limitée du concept de la mort





# Intrapersonnel: défis liés aux processus cognitifs en développement (suite)

## RAISONNEMENT ABSTRAIT ET CRITIQUE

- Capacité à critiquer l'environnement (injustices et imperfections humaines, défauts des parents / des pairs, etc)
  - Peut occasionner du retrait et de l'isolement, des confrontations avec l'entourage, des affects dépressifs

# Intrapersonnel : défis liés aux processus cognitifs en développement (suite)

## MÉTACOGNITION

- Capacité à penser sur sa propre pensée (analyser sa propre pensée, se projeter dans l'avenir, comparer sa pensée, retourner dans le passé)
  - Peut occasionner de l'angoisse par les multiples questions sans réponse ou les contradictions

# Interpersonnel: la famille

- Problème de communication
- Dynamique de bouc émissaire
- Liens d'attachement perturbés
- Psychopathologie familiale
- Conflit conjugal

# Interpersonnel: la famille

- Impact potentiel de la réaction parentale face au propos ou geste suicidaire
  - Parent qui minimise: nie la souffrance de l'adolescent et peut contribuer à sentiment d'incompréhension
  - Parent qui attribue le geste à de la manipulation: peut contribuer à une escalade des gestes et comportements suicidaires
  - Parent qui devient hypervigilant: peut contribuer à l'isolement de l'adolescent et à une éventuelle fermeture

# Interpersonnel: les pairs

- Intimidation
- Relation amoureuse
- Orientation sexuelle
- Conflit
- Gang
- Influence des pairs
- Gestion des réseaux sociaux

# Interpersonnel: les intervenants

- Répétition du mode relationnel établi ou vécu avec les proches, qui amène ses défis, tant pour le jeune que pour l'intervenant
  - Difficulté à établir un lien
  - Comportements suscitant le rejet
  - Difficulté à faire confiance
  - Difficulté à se détacher

# Transpersonnel: impacts des mouvements sociaux actuels

- Tous branchés, tout le temps!
- Jeux vidéos
- Effritement des valeurs spirituelles
- Multiplication des modèles familiaux
- Diminution de la cohésion familiale
- Prédominance d'une compréhension des difficultés basée sur l'individu plutôt que dans son ensemble (dont la surmédicalisation)
- Accent sur la performance
- Banalisation de la sexualisation et de la violence
- Insécurité générée par les changements (climatiques, économiques, politiques, sociétaux)



# Interventions

1. Évaluer la gravité de la crise suicidaire et déterminer l'orientation immédiate (incluant le filet de sécurité)
2. La dynamique familiale
3. L'intervention directe auprès de l'adolescent
4. L'intervention familiale



# 1. Évaluer la gravité de la crise suicidaire et déterminer l'orientation immédiate

- Grille d'estimation de la dangerosité
- Déterminer l'action immédiate à prendre (incluant le filet de sécurité) en fonction de la grille d'estimation de la dangerosité et de l'évaluation du risque suicidaire
- Réévaluation régulière du risque suicidaire

## 2. La dynamique familiale

L'intervention devrait débuter par une évaluation familiale:

- La famille est-elle en mesure d'assurer la sécurité de l'adolescent?
- Sommes-nous devant une dynamique familiale pathologique au point de compromettre l'évolution du jeune?
- Quel est le style parental (rigide? permissif? incohérent? impulsif?)
- Comment sont les relations familiales (enchevêtrées? désengagées?)
- Comment le comportement suicidaire s'inscrit-il dans la dynamique familiale, à quoi répond-il?
- Départager ce qui appartient à une vulnérabilité de l'adolescent de ce qui appartient à des enjeux familiaux
- Quelles sont les forces de la famille?

# 3. L'intervention directe auprès de l'adolescent

- L'idéation suicidaire comme un symptôme
- Se décoller du symptôme
- Le lien de confiance
- La validation
- L'ambivalence
- La mentalisation

# 3. L'intervention directe auprès de l'adolescent (suite)

- La restructuration cognitive
- La connaissance de soi
- La régulation émotionnelle
- L'intervention orientée vers les solutions
- La résolution de problème

# L'idéation suicidaire comme un symptôme

- L'idéation suicidaire est un symptôme d'une souffrance significative chez l'adolescent
- L'adolescent suicidaire souffre réellement et se sent seul
- L'intervention portera très peu sur l'idéation suicidaire elle-même, mais davantage sur la souffrance et ses causes
- Il est important de se rappeler la pathogénèse du suicide à l'adolescence afin de cibler des objectifs d'intervention adéquats

# L'idéation suicidaire comme un symptôme (suite)

- Un sentiment d'urgence d'agir
  - L'idéation suicidaire est un symptôme insécurisant, voire dérangent, pour les intervenants (gestion du risque)
  - L'idéation suicidaire persistante et récurrente crée un sentiment d'impuissance chez l'intervenant
- Deux pièges à cette urgence d'agir:
  - L'intervenant entre trop vite dans la recherche de solutions
  - L'intervenant ne valide pas suffisamment la souffrance de l'adolescent

# Se décoller du symptôme

- Il est essentiel de faire une évaluation continue du risque suicidaire tout autant que de se décoller de ce symptôme pour aider l'adolescent à plus long terme
- Miser d'abord sur le lien de confiance
- Accueillir et valider la souffrance de l'adolescent

# Le lien de confiance



- L'efficacité d'une intervention passe d'abord par le lien de confiance
- Investir soi-même le jeune
- S'intéresser à l'adolescent (il n'est pas que suicidaire)
  - ses loisirs, ses intérêts, sa musique, son travail, sa famille, son réseau social, ses perceptions, son vécu, ses croyances, ses valeurs...
  - on ne fait pas que poser une question, on s'intéresse, on l'amène à élaborer davantage, à nous donner des exemples



# Le lien de confiance (suite)

- Les questions circulaires
  - on questionne afin de faire élaborer l'adolescent sur ce dont il nous parle: qui? quoi? quand? comment? où?
- Les questions relationnelles
  - aller chercher la perception d'un tier  
«qu'est-ce que tu penses que ta copine dirait?»
- Les informations recueillies deviennent des leviers d'intervention

# La validation

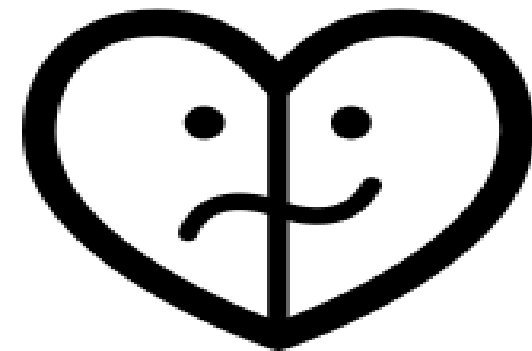
- Validation: communiquer activement à l'autre que sa perspective a du sens
- Valider, c'est complètement le contraire de juger, de critiquer ou de banaliser
  - exemples d'invalidation : «ce n'est pas si grave», «pense à autre chose», «ça va s'arranger»
- Les obstacles de l'intervenant à valider:
  - le malaise face aux problématiques suicidaires
  - ses propres valeurs, croyances, émotions
  - le défi de prendre en considération les limites dues aux processus cognitifs en développement

# La validation (suite)

- Ce qui doit être validé : les émotions, la souffrance, les comportements, les pensées
- Ne pas valider l'«invalidable» : on ne valide pas l'idée suicidaire ou le comportement suicidaire
- Exemples de validation :
  - Refléter : «tu me dis que ça te fait de la peine lorsque ...»
  - Normaliser : «c'est normal que tu aies agi de cette façon», «c'est normal de penser ainsi», «c'est normal que tu te sentes ...»
  - Comprendre : «je comprends que tu te sentes stressé de ...»
  - Faire sens avec le vécu antérieur : «avec ce que tu as déjà vécu, je comprends que tu puisses avoir pensé que ...»

# L'ambivalence

- L'ambivalence se travaille dès l'évaluation et tout au cours du processus d'intervention
- Travailler l'ambivalence sème le doute sur l'envie de mourir et permet de faire ressortir le goût de vivre



# L'ambivalence: passé (suite)

- Trouver des exceptions dans le passé
- Rechercher des moments où la personne se sentait mieux, où sa situation était moins pire
- Explorer les solutions qui ont déjà fonctionné
- Lorsque l'exception est trouvée, on la questionne (questions circulaires), on s'y intéresse
- Décristallisation

# L'ambivalence: présent (suite)

- Refléter l'ambivalence
  - valider la souffrance et reconnaître la partie qui souffre
  - faire ressortir la partie qui veut vivre
- Faire grandir la partie qui veut vivre
  - questionner les raisons de vivre et les faire ressortir
- Souligner les forces, les ressources, les réussites, les compétences en les reconnaissant sincèrement

# L'ambivalence: futur (suite)

- Trouver un futur qui vaut la peine
  - question miracle
  - visualisation du futur
  - “quand ça va aller un peu mieux”
- Identifier un ou des buts à atteindre
- Aider à voir que l'état actuel n'est pas permanent (passé, présent, futur)
  - utilisation des échelles

# La mentalisation

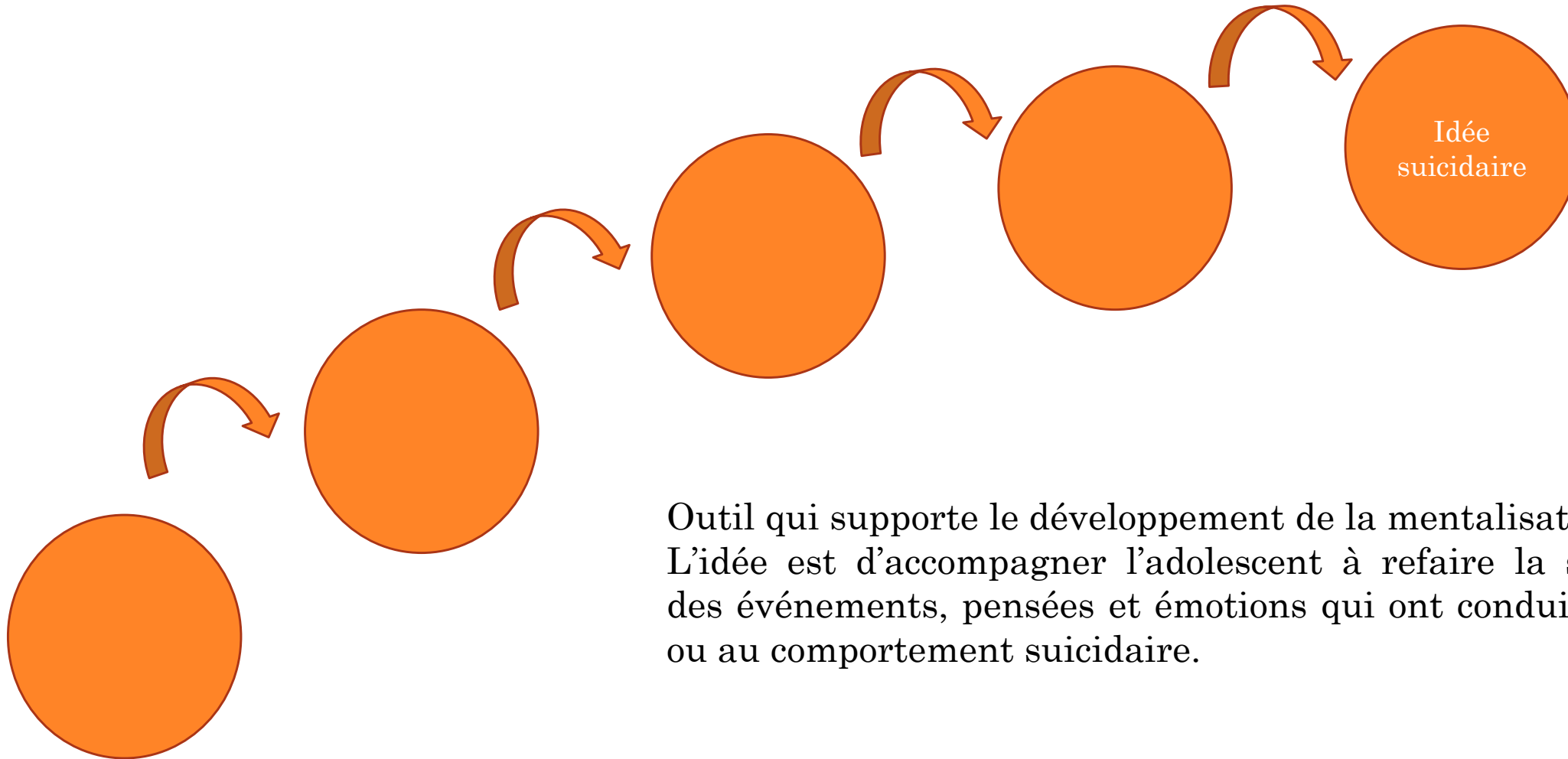
- Apprendre à faire des liens entre les évènements, les émotions que l'adolescent exprime (action) ou réprime et les conséquences pour lui-même et pour les autres
- La mentalisation permet de comprendre ses propres états (pensées, affects, désirs, croyances, intentions)
- L'adolescent ne sait souvent pas pourquoi pour vrai
- N'oublions pas que les processus cognitifs sont encore en développement



# La mentalisation (suite)

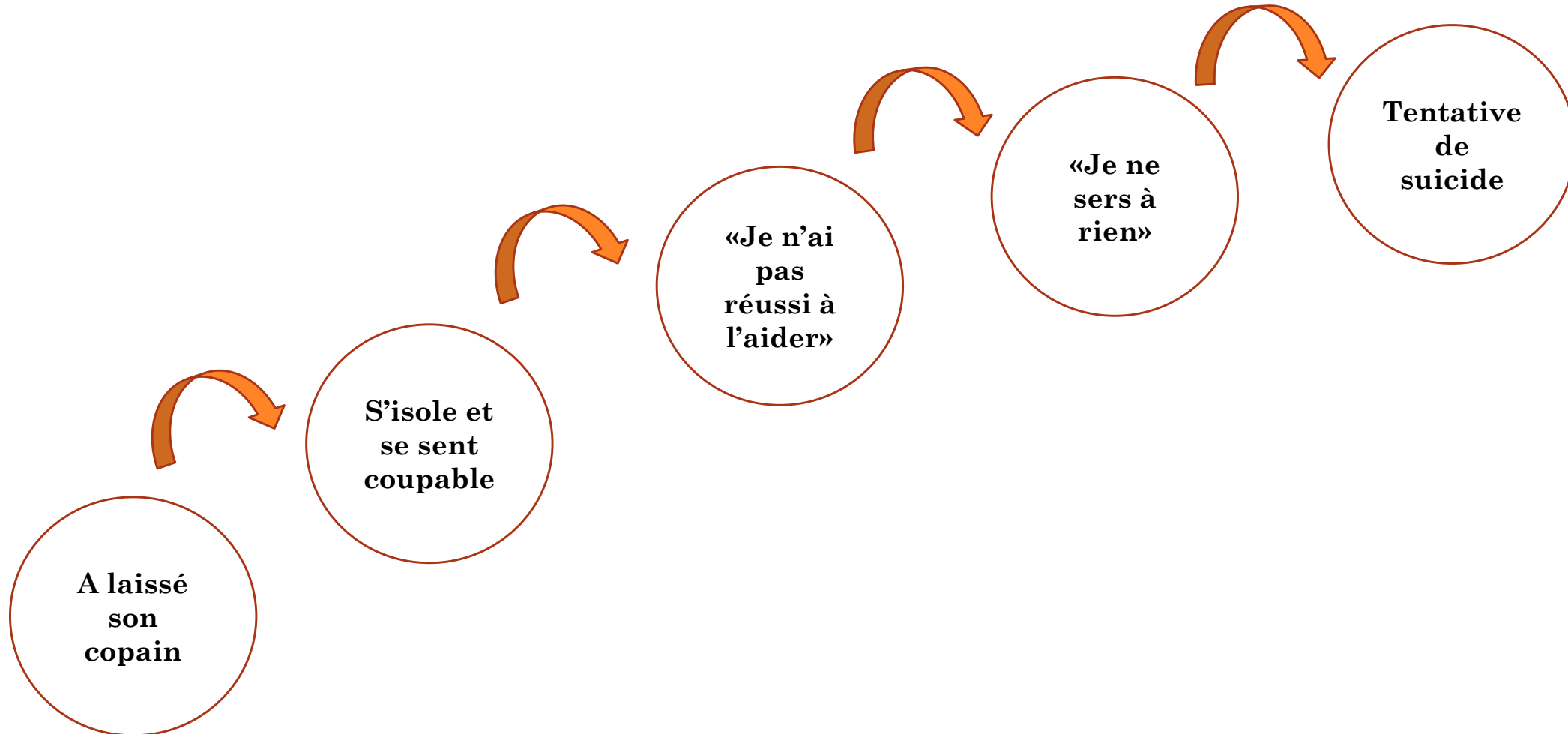
- Les incidents comportementaux
  - Description complète d'une journée ou d'une situation
- L'utilisation des méta-questions
  - qu'est-ce que tu comprends de ça?
  - comment tu expliques ce qui se passe?
  - quel sens ça pourrait avoir?
  - qu'est-ce que ça peut t'apprendre?
  - quelle fonction a cette réaction/comportement/etc?
  - à quel besoin cela pourrait répondre?
  - etc
- Le diagramme en cercles

# Le diagramme en cercles



Outil qui supporte le développement de la mentalisation;  
L'idée est d'accompagner l'adolescent à refaire la séquence des événements, pensées et émotions qui ont conduit à l'idée ou au comportement suicidaire.

# Le diagramme en cercles (suite)



# La restructuration cognitive

- L'adolescent a de nombreuses distorsions cognitives
- Une fois que les émotions ont été bien validées, il est important d'explorer les pensées de l'adolescent
  - rendre la pensée plus nuancée et plus réaliste
  - restaurer les perceptions erronées

# La restructuration cognitive (suite)

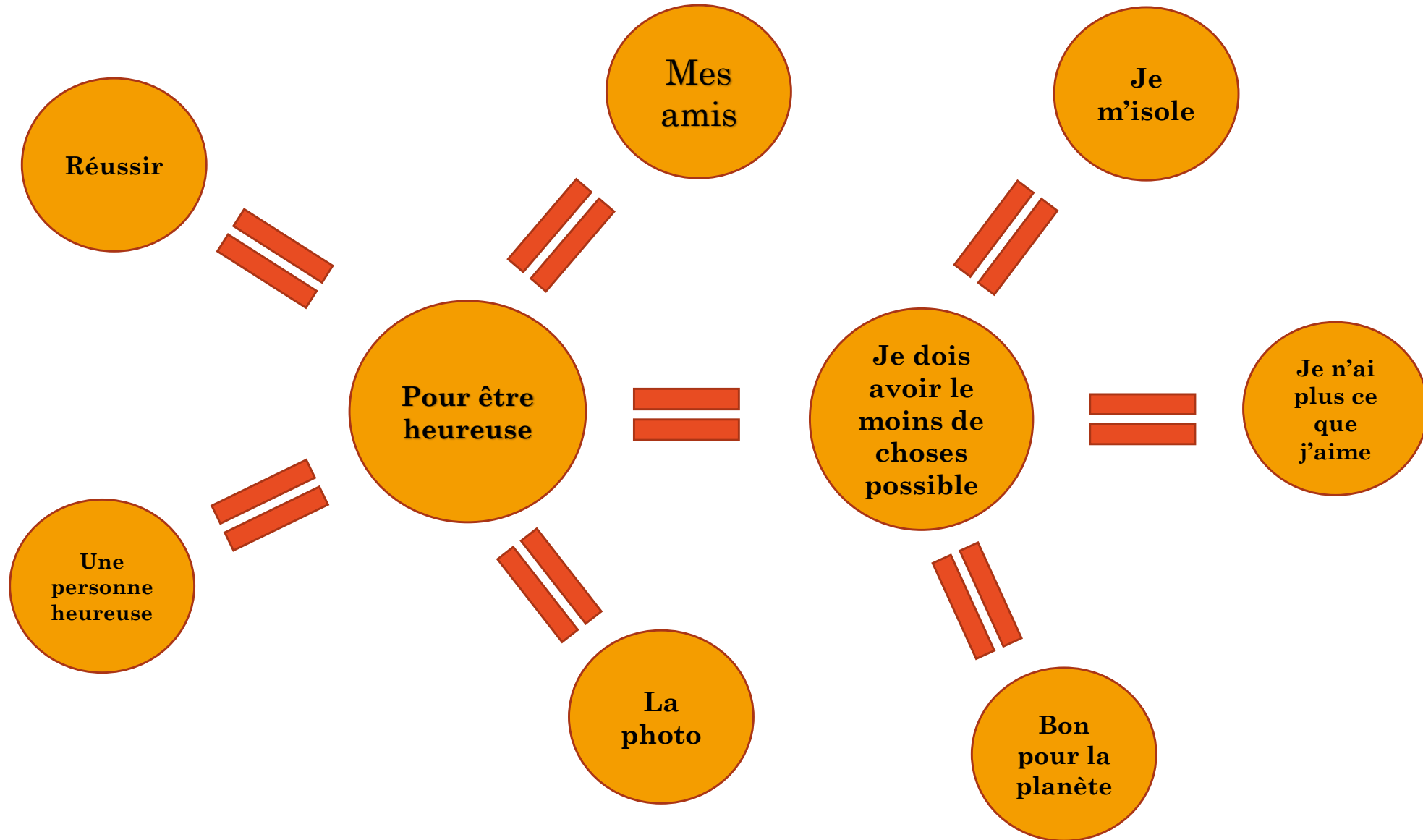
- Utilisation d'une tierce personne
  - Cette personne pense quoi de ...?
- La remise en question de la pensée
  - es-tu certain à 100% de cela?
  - est-ce que cela est vrai?
  - est-ce que ça t'est déjà arrivé?
  - est-ce que c'est si grave que cela?
  - quelles sont les probabilités que ça arrive?
  - comment pourrait-on voir cela différemment?

# La restructuration cognitive (suite)

- Explorer les croyances, les comprendre et graduellement les mettre en doute



# La restructuration cognitive (suite)



# La connaissance de soi

- L'adolescent est en quête d'identité
- Accompagner l'adolescent dans ses réflexions à savoir qui il est, ce qu'il devient et ce qu'il deviendra
- Travailler la perception de soi et les distorsions cognitives associées
- Aider l'adolescent à exprimer ses craintes et ses désirs
- Développer ses habiletés sociales et d'affirmation
- Connaître et développer ses valeurs



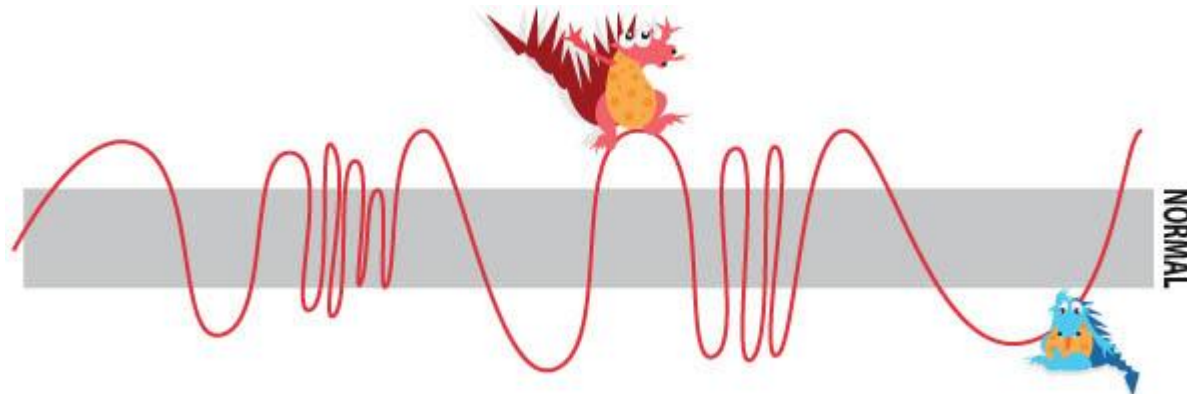
# La connaissance de soi (suite)

## Connaître et développer ses valeurs

- Des questions pour faire ressortir les valeurs de l'adolescent
  - quelle serait une décision difficile à prendre pour toi?
  - qu'est-ce qu'une bonne personne selon toi?
  - qui admires-tu? pourquoi?
  - si rien n'était impossible, que ferais-tu?
  - que signifie réussir pour toi?
  - parle moi d'une personne importante pour toi
  - etc

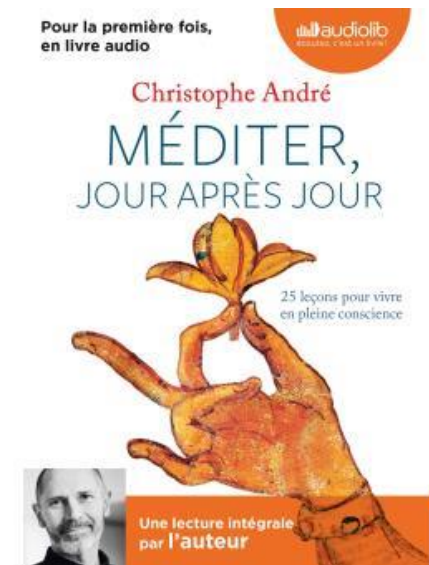
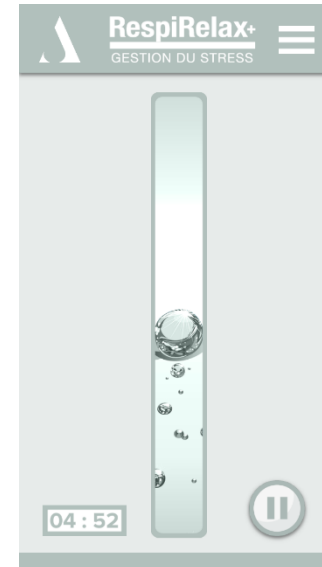
# La régulation émotionnelle

- Régulation émotionnelle: capacité à agir sur ses propres émotions
- Il faut d'abord aider l'adolescent à reconnaître ses émotions, pour ensuite qu'il les exprime et qu'il puisse finalement agir sainement sur ses émotions
- Quelques outils :
  - La validation des émotions
  - Le thermomètre des émotions
  - Illustrer et enseigner la variation émotionnelle pour arriver à prendre du recul



# La régulation émotionnelle (suite)

- Quelques outils :
  - La relaxation musculaire
  - Diminuer l'activation émotionnelle (glaçons, eau froide, pousser contre un mur, élastiques, etc)
  - La pleine conscience
  - La cohérence cardiaque
  - La visualisation
  - La distraction (activités, exercice physique, faire quelque chose pour les autres, souvenirs heureux...)



# L'intervention orientée vers les solutions (IOS)

- L'intervention orientée vers les solutions est très intéressante auprès des adolescents puisqu'elle est en cohérence avec les enjeux d'individuation propres à cette période
- L'intervenant doit lui-même croire aux capacités de l'adolescent de se sortir de son problème
- Travailler avec les forces et les compétences de l'adolescent
- L'intervenant ne doit pas se positionner dans un rôle d'expert
- L'adolescent trouve et choisit lui-même les solutions

# La résolution de problème

- Identifier les problèmes sous-jacents à la crise suicidaire
- Accompagner l'adolescent dans sa recherche de solutions
  - recommencer des activités
  - reprendre une hygiène de vie et une routine
  - régler les conflits interpersonnels
  - régler les conflits familiaux

# 4. L'intervention familiale

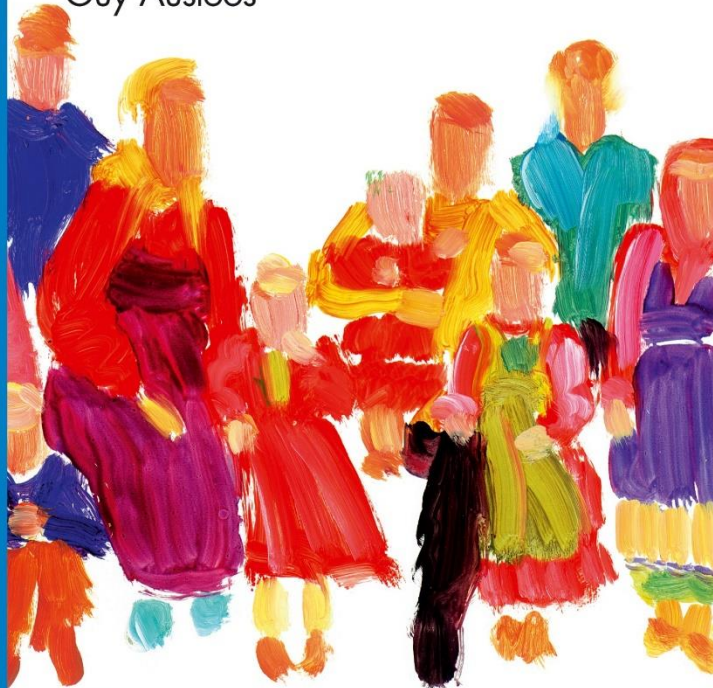
Le patient identifié

- L'adolescent suicidaire est fréquemment isolé au sein de sa propre famille, parfois bouc émissaire exprimant le mal de vivre familial à travers ses comportements auto-destructeurs
- La force du système familial dans son entier

# LA COMPÉTENCE DES FAMILLES

*Temps, chaos, processus*

Guy Ausloos



RELATIONS

ères

« le symptôme comme le résultat d'une incompatibilité entre les finalités de l'individu et les finalités familiales au moment de l'émergence de ce symptôme », Guy Ausloos

# L'intervention familiale (suite)

## Contribuer à une meilleure communication au sein de la famille

- Aider chacun à verbaliser son vécu (dont la colère)
- Utiliser le questionnement circulaire
- Explorer le sens et l'impact des difficultés pour dévier de la critique et du blâme
  - « Qu'est-ce que ça vous fait vivre? »
- Aider l'adolescent à préciser et communiquer ses besoins et difficultés
  - « Ils le savent », « Je leur ai dit déjà »
- Inciter à développer des moments ensemble, propices aux échanges



# L'intervention familiale (suite)

## Établir un cadre cohérent, constant, clair

- Respect *mutuel*
- Soutien des membres les uns envers les autres
- Rendre les attentes explicites
- Partager les tâches
- Convenir **ensemble** de règles de vie

# L'intervention familiale (suite)

## Élaborer les modalités de soutien en fonction des besoins

- Aider les parents rigides à plus de souplesse
- Aider les parents permissifs à plus de cadre
- Aider les parents impulsifs à un meilleur contrôle interne
- Aider les parents inconséquents à plus de cohérence
- Enseigner les enjeux d'individuation-séparation et de l'adolescence
- Établir un plan d'intervention en situation de crise

# L'intervention familiale (suite)

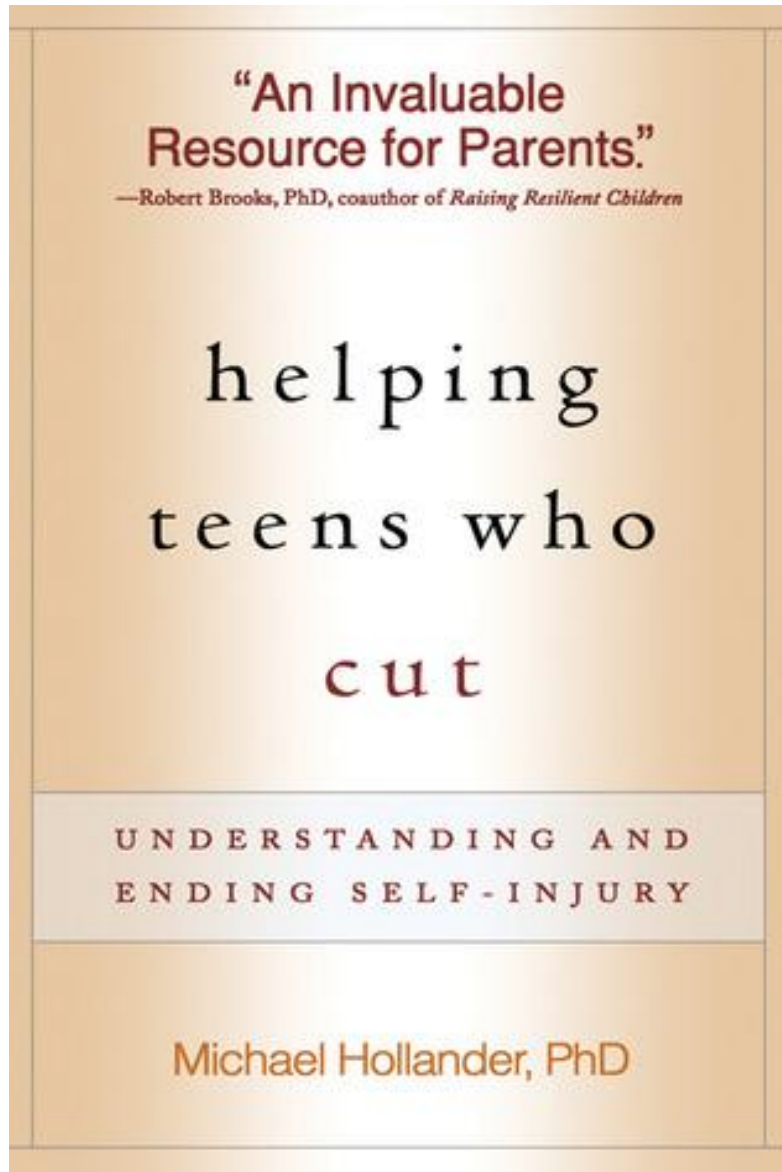
## Aider les parents à voir au-delà du comportement

- Identifier la fonction du comportement, en explorant:
  - ce qui le précipite
  - ce à quoi il est associé en termes de réaction émotionnelle chez l'entourage
  - ce qu'il symbolise pour cette famille en particulier
  - ce qu'il a comme impact ou conséquence

# L'intervention familiale (suite)

## En vrac

- Consolider les liens
- Résoudre les conflits
- Diminuer le blâme et la culpabilité
- Aider les membres de la famille à mieux comprendre
- Déceler les signes avant-coureurs des idées/comportements suicidaires
- Apprendre à prendre un pas de recul
- Diminuer les situations familiales explosives
- Attitude parentale encourageante vs désobligeante



# L'intervention familiale (suite)

Équilibre validation/résolution  
de problèmes

Au sujet de la validation  
émotionnelle:

« *[validation] is probably the single most important skill I can teach you* », Michael Hollander

Questions?  
Commentaires?



**BONUS!**

# L'intervention de crise en milieu hospitalier



# État de situation

Selon les données les plus récentes de l'INSPQ (2016)

Taux de suicide de:      0,7 (par 100000) chez les garçons de 10-14 ans  
                                 2,6 (par 100000) chez les filles de 10-14 ans  
                                 12.1 (par 100000) chez les garçons de 15-19 ans  
                                 3,6 (par 100000) chez les filles de 15-19 ans

Moyens utilisés les plus fréquemment (2014-2016): pendaison / strangulation / asphyxie, armes à feu (hommes), intoxication (femmes)\*

Taux de suicide (2014-2016) significativement plus élevé en MCQ, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Côte-Nord, Abitibi-Témiscamingue, Nunavik\*

Le Québec occupait le 5<sup>e</sup> rang des provinces canadiennes en 2014-2016\*

\* Données sur l'ensemble de la population (hommes et femmes, tous âges)