

Avril 2005

**Projet de recherche sur les décès
par suicide au Nouveau-Brunswick
entre avril 2002 et mai 2003**



New  Nouveau
Brunswick
C A N A D A

The logo is set against a black background. It features the text 'New' and 'Nouveau' in a serif font, with a small ship icon between them. Below this is the word 'Brunswick' in a large, bold, serif font, and 'C A N A D A' in a smaller, spaced-out, sans-serif font at the bottom.

Monique Séguin ^{1,2,3}

Alain Lesage ³

Gustavo Turecki ²

France Daigle ⁴

Andrée Guy ⁴

Avec la collaboration de

Marie-Noëlle Bayle

Roseanne Landry

1. Université du Québec en Outaouais, Département de psychologie
2. Groupe McGill d'étude sur le suicide, Hôpital Douglas, Université McGill
3. Centre de recherche Fernand-Séguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Université de Montréal
4. Ministère de la Santé et du Mieux-être, Division de la santé mentale, gouvernement du Nouveau-Brunswick

Table des matières

Avant-propos.....	1
Collaborateurs au projet de recherche.....	2
Comité de coordination au Nouveau-Brunswick.....	2
Interviewers.....	2
Personnes contactées pour le recrutement.....	3
Membres du panel d'experts sur les services.....	3
Membres du panel d'experts sur les diagnostics et la trajectoire de vie.....	3
Groupe McGill d'étude sur le suicide.....	4

Principaux messages (survol)

Le rappel du contexte.....	5
Les constats.....	5
Les recommandations.....	6

Résumé

Contexte de l'étude.....	7
Ce que nous avons appris.....	7
Les recommandations.....	8
Les effets positifs attendus.....	9

Rapport global (détails)

Statistiques sur le suicide au Nouveau-Brunswick.....	11
Le contexte et les raisons qui ont motivé la réalisation de cette étude.....	12
Les objectifs de l'étude.....	12
Information générale sur l'étude.....	12
Le recrutement des familles des personnes décédées par suicide.....	14
Le recueil de données.....	14
Entrevue pour déterminer les diagnostics post-mortem.....	14
Entrevue pour retracer la trajectoire de vie.....	15
Étude des dossiers des usagers.....	15
Panel d'évaluation sur l'adéquation des services reçus.....	15
Résultats.....	17
Description socio-démographique.....	17
Profil psychopathologique.....	17
Événements précipitants et trajectoires de vie.....	19
Utilisation des services publics, privés et communautaires.....	23
Recommandations.....	30
Références.....	32
Liste des tableaux	
1. Organigramme des dossiers à l'étude.....	13
2. Nombre de personnes ayant un trouble sur l'axe I et II.....	17
3. Combinaison des troubles sur l'axe I et II.....	18
4. Événement principal associé au suicide.....	19
5. Cote de risque.....	20
6. Distribution de problème de psychopathologie et de tentative de suicide en fonction des trajectoires de vie.....	22
7. Tableau synthèse des services reçus – mois, année et à vie.....	24
8. Écart entre les interventions reçues et requises.....	26
9. Principales lacunes locales, régionales et provinciales émergeant des 102 cas de suicide.....	28
Liste des graphiques	
1. Distribution en fonction de l'âge des personnes ciblées par cette étude.....	11
2. Trajectoire de vie.....	21
3. Synthèse des interventions reçues et requises.....	25
4. Écart entre les interventions reçues et requises.....	27

Avant-propos

Dans le cadre de la stratégie de postvention du Programme de prévention du suicide du Nouveau-Brunswick, une étude fut menée en vue d'établir les circonstances, personnelles et sociales, qui ont conduit certains Néo-Brunswickois au suicide et d'autres à la tentative de suicide.

L'étude consistait à déterminer le développement de difficultés psychosociales, le développement de problèmes de santé mentale ainsi que les recherches d'aide et les consultations qui ont jalonné la vie des personnes décédées pas suicide.

Entre le 1^{er} avril 2002 et le 31 mai 2003, le Nouveau-Brunswick a connu 109 décès par suicide. L'équipe de recherche a examiné 102 des décès dont les constats, les résultats et les recommandations sont rapportés dans ce document.

Parallèlement à la collecte des données entourant les 102 cas étudiés, l'équipe de recherche a aussi cueilli des données auprès de plus de 40 personnes aux prises avec des comportements suicidaires. L'analyse de ces données est actuellement en cours et les résultats seront publiés ultérieurement.

Collaborateurs au projet de recherche

Nous remercions toutes les familles endeuillées qui ont accepté de participer à ce projet de recherche. Faisant preuve de beaucoup de générosité, de courage et de patience, ils ont répondu à nos questions avec l'espoir que les récits de leurs propres expériences pourront éviter que d'autres familles aient à vivre le même sort. En leur nom, nous devons maintenant tout mettre en oeuvre afin de diminuer la fréquence de ces tragédies personnelles, familiales et collectives.

Comité de coordination au Nouveau-Brunswick

Nous tenons à souligner le partenariat sans réserve entre le ministère de la Sécurité publique, tout particulièrement le bureau du Coroner en chef et l'équipe des coroners sous la direction de Mme Dianne Kelly et le ministère de la Santé et du Mieux-être, plus spécifiquement la division de la Santé mentale.

- Dianne Kelly, coroner en chef
- Joan Murray, bureau du coroner
- Pat Dickinson, bureau du coroner
- Gina Girard, chercheure
- Jocelyne Daigle, assistante à la coordination
- Suzanne Cormier, soutien administratif
- France Daigle coordonnatrice provinciale en prévention du suicide et coordonnatrice du projet (volet I et II)
- Andrée Guy, directrice des soins aigus pour la division de la Santé mentale
- Margie McKendy, travailleuse sociale en santé mentale, soutien à la coordination
- Dr Christofer Balram, épidémiologiste provincial et directeur du Service provincial d'épidémiologie, Santé et Mieux-être, N.-B.
- Dr Jason Liu, biostatisticien, Service provincial d'épidémiologie, Santé et Mieux-être

Interviewers

Le travail exceptionnel des intervieweurs mérite d'être souligné de manière particulière. Ils ont fait preuve d'altruisme et de compassion en acceptant de collaborer activement au projet de recherche en plus de leur travail quotidien de clinicien dans les centres de santé mentale communautaires.

- Ginette Vautour-Kerwin, Moncton
- France Daigle, Fredericton
- Annie Claveau, Moncton
- Marie Savoie Martin, Moncton
- Julie Belliveau, Moncton
- Lisa Lee, Fredericton
- Sylvie Martin, Grand-Sault
- Carole Plourde, Campbellton
- Richard Ouellette, Edmundston
- Anne Marie Drapeau, Campbellton
- Gaetan Boudreau, Bathurst
- Ramona Gagnon, Péninsule acadienne
- Jeanne Mance Chiasson, Péninsule acadienne
- Margie McKendy, Miramichi
- Greg Zed, Sussex

- Sylvia Richardson, St-Stephen
- Denis Leblanc, Elsipogtog
- Carolyne Milliea, Elsipogtog

Personnes contactées pour le recrutement

- Mado Pelletier, Grand-Sault
- Nancy Jalbert, Edmundston
- Jacques Bard, Edmundston
- Nelson Parent, Campbellton
- Michael Levesque, Campbellton
- Debra Wafer, Campbellton
- Diane Morin, Bathurst
- Colette Robichaud, Bathurst
- Charline McLean, Miramichi
- Diane Cormier, Moncton
- Marthe Leger, Moncton
- James MacMillan, Moncton
- Lorene Johnson, St-John
- Nancy Armstrong, St-Stephen
- Pamela Miller, Sussex
- Elizabeth Campbell, St-Stephen
- Marylin DeMerchant, Fredericton
- Gordon Skead, Fredericton
- Helen Jane Blanchard, Woodstock
- Robin Ward, Fredericton
- Dennis Foran, Fredericton

Membres du panel d'experts sur les services

- Alain Lesage
- Marie-Noëlle Bayle
- Andrée Guy
- Rosanne Landry
- France Daigle
- Monique Séguin

Membres du panel sur les diagnostics et la trajectoire de vie

- Nadia Chawky
- Mélanie Bouchard
- Marilou Parser
- Ariane Bonnet Vinet
- Gustavo Turecki
- Monique Séguin

Groupe McGill d'étude sur le suicide

- Nadia Chawky
 - Nancy Tremblay
 - Marilou Parser
 - Ariane Bonnet Vinet
 - Monique Séguin
- Mélanie Bouchard
Sarah Jane Parent
Julie Lessard
Gustavo Turecki

Principaux messages

Le rappel du contexte

Le ministère de la Santé et du Mieux-être en collaboration avec la Coroner en chef, madame Dianne Kelly, et un groupe de chercheurs associé au Groupe McGill d'étude sur le suicide et le Centre de recherche Fernand-Seguin, incluant Monique Séguin Ph.D., Gustavo Turecki, MD, Ph.D., Alain Lesage MD, ont mené une étude auprès des personnes décédées par suicide. Le but est de déterminer les circonstances, individuelles et sociales, qui ont conduit certains Néo-Brunswickois au suicide afin de pouvoir proposer des stratégies qui permettront d'améliorer les services offerts aux personnes suicidaires et à leur famille.

Les constats

L'examen de 102 cas de décès par suicide survenus sur une période de 14 mois dans la province du Nouveau-Brunswick nous a permis de constater :

- Dans la grande majorité des cas, les personnes qui décèdent par suicide ont une trajectoire de difficultés de longue date qui se situent tout au long de la trajectoire de vie et se constituent d'un cumul de problèmes personnels, familiaux, relationnels, psychologiques, sociaux qui sont persistants. La grande majorité des personnes ont été en contact avec les services spécialisés de santé mentale et toxicomanies, et plus de 50 % étaient en contact avec des services spécialisés de santé au cours de la dernière année.
- La présence de problèmes de toxicomanies, dont la durée est importante, se retrouve chez deux tiers des personnes décédées par suicide ce qui en fait un des éléments le plus prévalent. Malgré des contacts antérieurs avec les services de toxicomanies au cours de la vie, seulement 10 % des personnes était en contact avec ces services dans l'année précédant leur suicide.
- Nous constatons une difficulté importante dans le traitement des personnes présentant des problèmes multiples, lorsqu'il y a combinaison de problèmes comme ceux de la dépression, de toxicomanie et de problématique suicidaire auprès d'un même individu. Les pratiques cliniques doivent se déplacer pour ces personnes, d'une approche de traitement fragmentaire des problèmes uniques et du silo entre les services, vers le traitement coordonné et en continuité des problèmes multiples.
- Les signes de détresse, et de comportements suicidaires sont généralement bien déterminés par la population générale, cependant pour plusieurs, l'étape suivante, soit celle d'amener un proche vers les services n'est pas encore entré dans les pratiques.

Les recommandations

Nous proposons les recommandations suivantes au gouvernement du Nouveau-Brunswick.

Axe de gouvernance :

Développer et convenir dans chaque région d'un protocole de coordination et de prise en charge systématique assurant la participation de tous les intervenants de première et de deuxième ligne qui sont associés à un dossier de services pour les personnes souffrant de toxicomanies, de trouble mental avec ou sans problématique suicidaire afin de les diriger de manière proactive vers les ressources adéquates, les encourager à demeurer en traitement, coordonner le traitement, maintenir un point fixe de responsabilité, assurer un suivi et utiliser une approche d'outreach au besoin. Cet axe passe par l'élaboration d'une politique provinciale de prévention et de traitement des toxicomanies, en lien avec celle pour les troubles mentaux et selon les principes de hiérarchisation des soins et de responsabilité territoriale.

Axe d'intervention :

Améliorer la disponibilité, l'accessibilité et la pertinence des services de traitement pour les personnes toxicomanes et pour les personnes ayant des problèmes multiples de santé mentale, de toxicomanies et de comportements suicidaires.

Axe de prévention :

Implanter des mesures préventives afin de mieux rejoindre et déceler des personnes à risque de suicide, celles présentant des troubles mentaux et de toxicomanies, dans tous les groupes d'âge et leur assurer des services d'intervention. Améliorer la sensibilité des proches, de l'entourage et de la communauté quant à l'importance d'amener une personne présentant des problèmes suicidaires, de trouble mental et de toxicomanies à consulter et à maintenir des contacts avec les services sociaux et de santé.

Axe de recherche évaluative :

Maintenir un protocole d'évaluation tout au long du processus d'implantation afin de rendre compte de la modification des pratiques qui sont proposées ici.

Résumé

Contexte de l'étude

Le décès par suicide est une cause importante de mortalité au Nouveau-Brunswick et touche plus spécifiquement les hommes adultes. Tout en sachant cela, il s'avère important de pouvoir déterminer les facteurs pouvant être associés au suicide. Le ministère de la Santé et du Mieux-être en collaboration avec la Coroner en chef, madame Dianne Kelly, et un groupe de chercheurs associé au Groupe McGill d'étude sur le suicide et le Centre de recherche Fernand-Seguin dont Monique Séguin Ph.D., Gustavo Turecki, MD, Ph.D., Alain Lesage MD, ont mené une étude auprès des personnes décédées par suicide. Le but est de cerner les circonstances, individuelles et sociales, qui ont conduit certains Néo-Brunswickois au suicide afin de pouvoir proposer des stratégies qui permettront d'améliorer les services offerts aux personnes suicidaires et à leur famille.

Les moyens déployés par l'étude étaient de : 1) répertorier le développement des difficultés de santé mentale, placer dans une séquence temporelle l'apparition des premières difficultés et le développement de ceux-ci à travers le temps; 2) répertorier l'accumulation de facteurs de risque psychosociaux et des facteurs associés au développement de l'individu; 3) retracer la trajectoire de recherche de soins et d'utilisation des services de santé; 4) évaluer la réponse aux besoins de services.

Ce que nous avons appris

Sur les 109 décès par suicide déterminés par le coroner au moment de l'étude, l'équipe de recherche a pu étudier 102 cas de décès par suicide survenus sur une période de 14 mois dans la province du Nouveau-Brunswick. Nous constatons :

1. Dans la grande majorité des cas, les personnes qui décèdent par suicide ont une trajectoire de difficultés persistantes et de longue date qui se situent dans le développement de l'individu et se constituent par un cumul de problèmes personnels, familiaux, psychologiques, psychiatriques et sociaux. Ces personnes, en grande majorité, ont été en contact à un moment de leur vie, avec les services spécialisés en santé mentale et toxicomanies. Les différentes trajectoires de vie des personnes décédées suggèrent que des interventions précises et ciblées à des moments différents au cours de leur trajectoire de vie auraient pu être mieux entreprises, y compris dans la dernière année de vie de ces personnes. Les recommandations qui sont formulées au gouvernement du Nouveau-Brunswick reflètent ces différentes interventions ciblées.
2. Chez les personnes qui décèdent par suicide, les problèmes de toxicomanie sont importants. Plus de 60 % des personnes décédées avaient un problème de toxicomanie au moment de leur décès et près de 70 % avaient souffert de ces problèmes au cours de leur vie, ce qui en fait un des facteurs de risque le plus prévalent. Ces personnes étaient aussi affectées d'autres troubles, en particulier la dépression et des difficultés interpersonnelles et sociales. Malgré des contacts antérieurs avec les services de toxicomanies, seulement 10 % des personnes était en contact avec les services de toxicomanies dans l'année précédant leur suicide. Nous insistons donc sur des recommandations en regard de la coordination et la continuité des services spécialisés en santé mentale et toxicomanies, à une plus grande accessibilité aux traitements pour les toxicomanies tant en première que deuxième ligne, et à plus long terme sur l'établissement d'une politique complète en regard des toxicomanies, incluant la prévention, le traitement et la réinsertion, dans un cadre de hiérarchisation des soins.

3. La présence de troubles affectifs, soit la dépression, est observée chez près de 70 % des personnes au moment de leur décès. Le traitement de la dépression demeure une dimension importante et incontournable dans la prévention de décès par suicide, mais il faut sans doute que les traitements soient multidimensionnels pour tenir compte de la complexité des problèmes multiples, pour augmenter l'efficacité aux traitements, améliorer l'observance aux traitements et assurer un suivi post-traitement.
4. En regard des services de santé mentale et de toxicomanies, nous constatons un écueil important dans le traitement des difficultés multiples auprès d'un même individu. Les services spécialisés en santé mentale et toxicomanies fonctionnent trop souvent en silo. Les pratiques cliniques doivent se déplacer, du traitement des problèmes uniques vers le traitement des problèmes multiples avec coordination et continuité entre les programmes de santé mentale et de toxicomanies. Si dans une certaine proportion des cas les services de santé mentale ont tout fait pour venir en aide aux personnes décédées par suicide, dans une proportion importante des cas, les services de santé mentale auraient pu favoriser un accroissement et une collaboration entre les services déjà offerts. En ce sens, les recommandations quant à la coordination et au suivi des dossiers sont une intervention clé en vue de diminuer le nombre de décès par suicide.
5. Enfin, il est intéressant de constater que les signes de détresse et de comportements suicidaires, sont généralement bien déterminés par la population générale, cependant pour plusieurs, l'étape suivante indispensable, soit celle de l'importance à amener un proche vers les services n'est pas encore tout à fait entré dans les pratiques. Nous préconisons que des mesures de prévention visent à augmenter la sensibilité des proches, de l'entourage, des intervenants de services sociaux et de la communauté quant à l'importance d'amener une personne présentant des problèmes suicidaires, des troubles mentaux et de toxicomanies à consulter et à maintenir des contacts avec les services sociaux et de santé.

Les recommandations

Nous proposons les recommandations suivantes au gouvernement du Nouveau-Brunswick.

Axe de gouvernance :

Développer et convenir dans chaque région d'un protocole de coordination et de prise en charge systématique en assurant la participation de tous les intervenants de première et de deuxième ligne qui sont associés à un dossier de services pour les personnes souffrant de toxicomanies, de trouble mental avec ou sans problématique suicidaire afin de les diriger de manière proactive vers les ressources adéquates, les encourager à demeurer en traitement, coordonner le traitement, maintenir un point fixe de responsabilité, assurer un suivi et utiliser une approche d'outreach au besoin. La réalisation des objectifs de cet axe passe par le développement d'une politique provinciale de prévention et de traitement des toxicomanies, en lien avec celle pour les troubles mentaux et selon les principes de hiérarchisation des soins et de responsabilité territoriale.

Axe d'intervention :

Améliorer la disponibilité, l'accessibilité et la pertinence des services de traitement pour les personnes toxicomanes et pour les personnes ayant des problèmes multiples de santé mentale, de toxicomanies et de comportements suicidaires.

Axe de prévention :

Implanter des mesures préventives afin de mieux rejoindre et déceler et des personnes à risque de suicide, celles présentant des troubles mentaux et de toxicomanies, dans tous les groupes d'âge et leur assurer des services d'intervention. Améliorer la sensibilité des proches, de l'entourage et de la communauté quant à l'importance d'amener une personne présentant des problèmes suicidaires, de trouble mental et toxicomanies à consulter et à maintenir des contacts avec les services sociaux et de santé.

Axe de recherche évaluative :

Maintenir un protocole d'évaluation tout au long du processus d'implantation afin de rendre compte de la modification des pratiques qui sont proposées ici.

Les effets positifs attendus

Nous croyons que la mise en place de ces recommandations pourra modifier certaines trajectoires de vie en favorisant la rencontre plus précoce et plus adéquate avec les services professionnels. Une proportion importante des personnes décédées par suicide étaient en contact avec les services professionnels spécialisés de santé mentale dans l'année précédant leur décès (53 %). Cependant dans le mois précédant leur suicide, il semble que ces mêmes personnes aient perdu les liens et les contacts qu'ils avaient avec les services professionnels en particulier ceux de toxicomanies. Ce décrochage lié à un manque de relance, et de coordination des services entre eux, fait en sorte que plusieurs personnes perdent le soutien dont ils ont absolument besoin lors des périodes critiques. Nous croyons que l'amélioration de la coordination entre les services, l'augmentation des activités d'outreach et la formation des intervenants spécialisés en santé mentale et toxicomanies à ces nouvelles pratiques permettront d'introduire des services plus tôt dans la trajectoire de vie des personnes en détresse et pourront éviter des glissements vers le décrochage et ainsi modifier l'issue de certaines trajectoires de vie.

L'importance de mettre en place des mesures pour diminuer le taux de toxicomanies et d'augmenter l'accessibilité aux services de traitement et de réinsertion s'avère une mesure incontournable. Le taux de toxicomanie chez les personnes décédées par suicide est très important et dépasse le taux généralement attribuable aux toxicomanies dans les études de ce type. Même si le taux d'alcoolisme et de toxicomanies ne semble pas plus élevé au Nouveau-Brunswick qu'ailleurs au Canada (Tjepkema, 2004), ces problèmes demeurent largement sous-traités, plus encore que les autres troubles mentaux comme la dépression auxquels ils sont également associés. Néanmoins, augmenter l'accès au traitement aux services de première ligne, et à long terme développer une politique cadre de prévention, de traitement et de réinsertion des toxicomanies, en tenant compte de la politique cadre en santé mentale, lancer une campagne de sensibilisation sur plusieurs années s'adressant au grand public sur le repérage et le traitement ou la gestion des toxicomanies pourrait s'avérer une stratégie prometteuse en regard de la prévention du suicide.

Ce projet d'étude présente une des plus importantes initiatives de prévention du suicide au Nouveau-Brunswick. Pensons à toutes les familles endeuillées qui ont généreusement participé à cette étude. Pensons à tous les cliniciens qui ont collaboré à cette étude, par souci d'empathie, en plus de leurs tâches professionnelles courantes. Pensons à toutes les personnes qui ont été mobilisées par cette étude. On peut espérer qu'une fois mobilisés dans des activités de prévention du suicide, les individus et leur communauté pourront imaginer les mots, les gestes, les attitudes pour déceler les personnes vulnérables en détresse suicidaire et les aider à ne pas employer cette voie. On peut croire

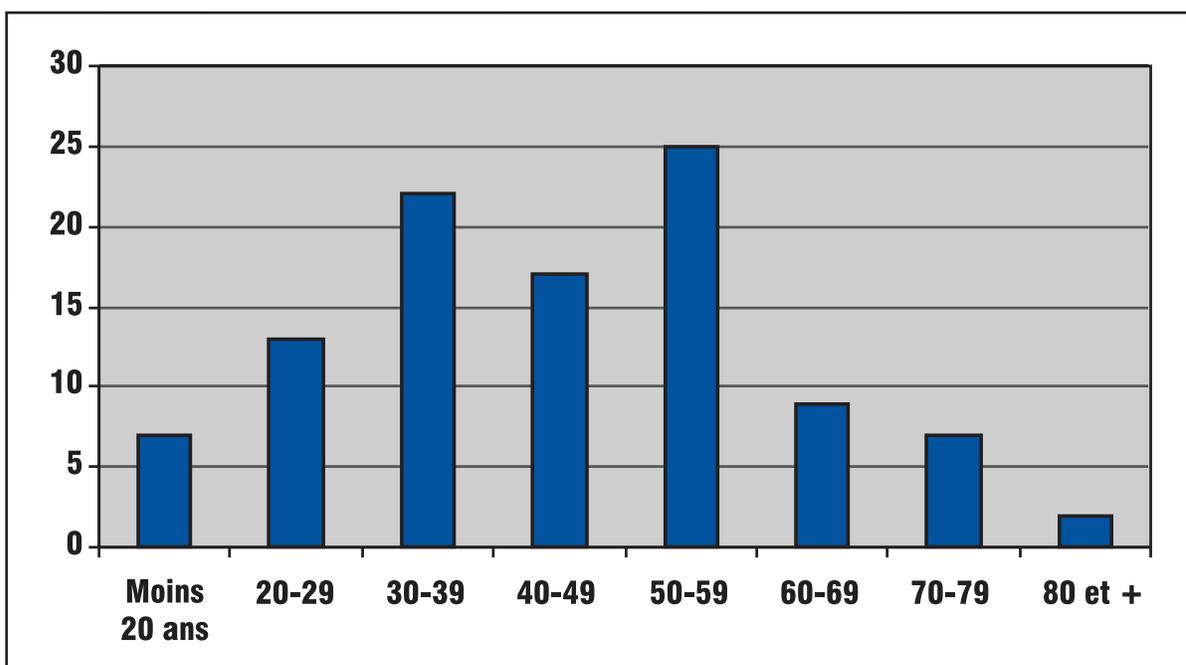
aussi que les autorités politiques exigeront que des actions socio-politiques soient posées pour augmenter les facteurs de protection des individus vulnérables lorsqu'ils auront à faire face à l'inévitable adversité et enfin on peut aussi espérer que l'on appuiera les actions que suggère cette recherche au cours des prochaines décennies. Ce projet représente aussi une amélioration raisonnable à la dernière et seule enquête de ce type menée en Finlande il y a plus d'une décennie : elle propulse le Nouveau-Brunswick à l'avant-scène internationale dans son expertise sur le suicide et dans la quête de toujours mieux comprendre et agir relativement à ce problème complexe.

Rapport global

Statistiques sur le suicide au Nouveau-Brunswick

Le rapport annuel du Coroner en chef du Nouveau-Brunswick rapporte 94 décès à la suite d'un suicide pour l'année financière 2001-2002, soit un taux d'incidence de 12,4 par 100 000 habitants. L'analyse des données nous permet de faire les constats suivants. Le suicide touche plus particulièrement les hommes (75,6 %) que les femmes (24,4 %). Le graphique 1 suivant représente l'âge des personnes décédées par suicide au sujet desquelles cette étude a été réalisée. Les décès par suicide touchent particulièrement la population du groupe d'âge de 30 à 60 ans, même si les jeunes et les personnes âgées ne sont pas épargnés.

Graphique 1 - Distribution en fonction de l'âge, des personnes ciblées par cette étude



Toujours selon les données 2000-2001 du Rapport du Coroner, le taux de suicide varie avec un taux selon les circonscriptions judiciaires, par exemple, Campbellton enregistrait le taux le plus élevé de décès par suicide avec un taux de 29 par 100 000 habitants, suivi de Bathurst 25,4 et Edmundston 21,8. Durant la période de l'étude 2002-2003, le taux de suicide pour la partie nord de la province (selon les territoires des régions régionales Edmundston, Campbellton, et Bathurst) est de 20,38 par 100 000 habitants (44 suicides) alors que le taux pour le sud de la province (selon les territoires des régions régionales Moncton, Saint John et Fredericton) est de 12,15 par 100 000 habitants (65 suicides).

Les moyens les plus fréquemment utilisés sont la pendaison (39 %), l'utilisation d'arme à feu ou d'arme blanche (34 %) et l'intoxication médicamenteuse ou par gaz carbonique (19 %). Les sauts et les noyades comptent pour 10 % des autres décès.

Le taux national, selon les dernières données disponibles de Statistique Canada (1999), est de 13,4 par 100 000 habitants. Depuis les dix dernières années, le taux du suicide du Nouveau-Brunswick

gravite de façon constante autour du taux national, tantôt légèrement supérieur, mais plus fréquemment légèrement inférieur, ce qui donne une moyenne de 100 décès par suicide par année. Comparativement aux quatre provinces de l'Atlantique, le Nouveau-Brunswick enregistre un taux de suicide par 100 000 habitants légèrement plus élevé pour les années 1993 à 1998 et pour 1999 le même taux que celui de la Nouvelle-Écosse.

Le contexte et les raisons qui ont motivé la réalisation de cette étude

Au Nouveau-Brunswick, outre les données sociodémographiques et épidémiologiques sur les décès par suicide, il n'y a pas de données scientifiques sur les trajectoires de vie et l'utilisation des services par les personnes décédées par suicide. Les administrateurs de la santé au Nouveau-Brunswick qui doivent mettre en place des mesures préventives en matière de suicide ne peuvent se baser que sur des résultats d'études obtenus en dehors de la province. Pour les mêmes raisons, les administrateurs ne sauraient affirmer avec certitude que les activités implantées en prévention du suicide atteignent leurs objectifs et le but du programme provincial.

Au Nouveau-Brunswick, chaque année en moyenne 100 personnes décèdent par suicide et environ 800 personnes sont hospitalisées¹ après avoir fait une tentative de suicide. Mais il faut tenir compte en fait d'un plus grand nombre de victimes, c'est-à-dire les familles, les proches et l'entourage. Ces personnes doivent faire face à cet événement tragique, reconstruire leur vie et tenter de donner un sens à cette tragédie.

L'initiative lancée par ce projet de recherche place maintenant le Nouveau-Brunswick dans un rôle d'expertise, car elle devient la seule province canadienne à avoir étudié systématiquement tous les décès par suicide au cours d'une année. Cette expertise pourra servir autant aux cliniciens dans leur pratique quotidienne qu'aux administrateurs dans la planification des services de soins et qu'aux chercheurs dans l'avancement des connaissances sur le suicide.

Les objectifs de l'étude

L'étude consistait à retracer les événements et les circonstances; le cumul de difficultés qui ont jalonné la vie des personnes suicidaires, selon les perspectives différentes : 1) retracer la progression des problèmes de santé mentale (placer dans une séquence temporelle l'apparition des premiers problèmes et leur aggravation dans le temps); 2) étudier l'accumulation de facteurs de risque psychosociaux et de facteurs de protection; 3) décrire la recherche d'aide et le recours aux services de santé; 4) évaluer l'adéquation de la réponse aux besoins de services par les intervenants, par les programmes et par le système de santé et de services sociaux du Nouveau-Brunswick.

Information générale sur l'étude

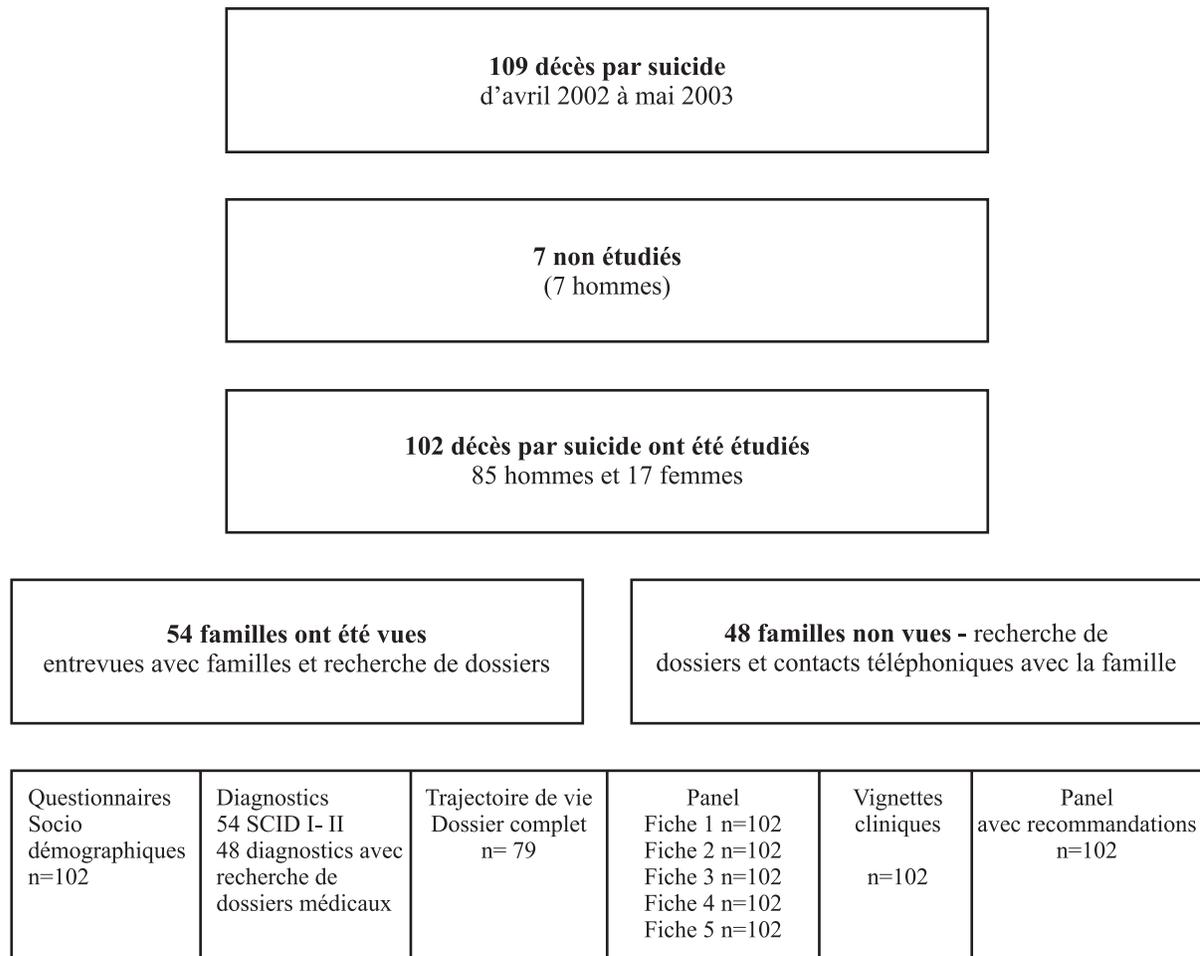
Nous avons répertorié 109 décès par suicide s'échelonnant d'avril 2002 à mai 2003, sur le territoire du Nouveau-Brunswick. Lors de ce premier constat réalisé par le Bureau du Coroner, sept cas de décès n'ont pu être étudiés pour plusieurs raisons; soit qu'il y avait des considérations judiciaires qui empêchaient l'enquête, soit qu'il fut impossible de trouver un répondant puisque la personne décédée était complètement désaffiliée socialement, ou soit la famille contestait la pertinence de l'étude. Les sept décès non traités étaient tous des suicides réalisés par des hommes adultes âgés de 27 à 59 ans.

¹ Ministère de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick, Statistiques de l'état civil : rapport interne, 1999.

À la suite d'un premier contact avec les familles, 102 d'entre elles ont donné leur accord pour que notre équipe de recherche puisse étudier les différents facteurs ayant pu contribuer à ces événements ainsi que pour recueillir des informations sur les services reçus par les personnes décédées par suicide. En fonction du niveau de participation de la famille dans cette étude, cette enquête a pris deux formes.

Pour la première, 54 familles ont été rencontrées afin de mener auprès d'elles différentes entrevues pour recueillir des informations sur l'évolution de la santé mentale de la personne décédée par suicide tout au long de sa vie et jusqu'au passage à l'acte (principaux instruments de mesure : SCID I-II, calendrier de vie), de même que pour cerner les événements significatifs de sa trajectoire de vie et la recherche de services. De façon complémentaire, une recherche dans les dossiers médicaux a été effectuée avec l'autorisation de la famille pour étayer l'information recueillie et déterminer les ressources qui ont été utilisées par la personne décédée. L'organigramme suivant résume la manière dont les dossiers ont été traités.

**Tableau 1 -
Organigramme des dossiers à l'étude**



Pour la deuxième forme d'enquête, la recherche d'informations dans les dossiers a été entreprise, mais le lien avec les 48 autres familles ne voulant pas de rencontre s'est traduit par divers contacts téléphoniques. Néanmoins, dans tous les cas, des questionnaires se référant aux caractéristiques socio-démographiques de la personne décédée ont été remplis par les familles et des vignettes résumant les informations recueillies sur l'histoire de vie et l'utilisation des services ont été

élaborées. Ces vignettes ont ensuite été soumises à un panel d'experts afin de valider les diagnostics présents dans l'histoire de vie, déterminer quelles interventions auraient été requises, les options de création de structures et services ainsi que pour déterminer le niveau de prévention du passage à l'acte. On notera que la plupart des tableaux donnent le nombre de personnes et non les pourcentages - puisque le groupe est de 102, alors le nombre de personnes est à peu près le pourcentage.

Le recrutement des familles des personnes décédées par suicide

Au cours de la période d'étude, d'avril 2002 à mai 2003, la coroner en chef nous a signalé 109 décès par suicide. Les modalités du recrutement ont été développées en collaboration avec le coroner en chef du Nouveau-Brunswick. Une lettre expliquant l'étude était acheminée aux familles par le bureau du coroner. Un professionnel, travaillant au bureau du coroner, faisait un suivi téléphonique auprès des familles après réception de la lettre. Lorsque les familles acceptaient de participer à l'étude, leurs noms et numéros de téléphone étaient transmis à l'équipe de recherche.

Les personnes responsables de coordonner le projet de recherche, qui travaillaient en étroite collaboration avec le bureau du coroner, appelaient les familles pour leur exposer le but et les objectifs de la recherche et solliciter leur collaboration. Selon notre expérience, ce premier contact téléphonique permettait de donner du soutien aux personnes qui en exprimaient le besoin dans l'immédiat. L'étude leur était décrite en détail et leur collaboration était sollicitée.

Si la famille acceptait de participer à l'étude, alors nous recherchions la personne qui connaissait le mieux l'individu décédé ou celle qui était désignée par la famille. Cette personne était ensuite contactée par les interviewers pour convenir d'un rendez-vous afin de réaliser les entrevues de recherche. Le programme d'entrevues a commencé seulement trois mois après le décès afin de permettre aux personnes endeuillées de vivre une période de retrait qui leur permettait d'entamer leur deuil. Aucune entrevue n'a été entreprise sans le consentement écrit des répondants endeuillés. Deux à trois entrevues ont été réalisées avec chaque répondant. Dans certains cas, le nombre d'entrevues pouvait aller jusqu'à cinq. Après chaque entrevue, les interviewers faisaient systématiquement une relance téléphonique aux familles et fixaient un autre rendez-vous pour compléter le recueil des données.

Calculant les heures associées au recrutement, aux entrevues face à face, aux relances lors de soutien téléphonique et à la rédaction de la vignette clinique, nous estimons à 30 heures en moyenne, le temps qui aura été consacré au recueil des données pour décrire la trajectoire de vie (vignette clinique) de chaque personne décédée par suicide.

Le recueil de données

Les participants ont été vus en moyenne deux fois et chaque rencontre a duré environ trois heures, selon la capacité du participant. Chaque entretien a été enregistré pour assurer une vérification ultérieure de la consistance des entrevues. Lors de cette période, les participants devaient répondre à une série de questions semi normalisées. Cette entrevue clinique d'une durée de trois heures se déroulait étonnamment rapidement. Les participants appréciaient la durée et comme l'entrevue se déroulait sur un mode de la conversation, la longueur de l'entrevue a rarement posé un problème. Les questionnaires suivants ont été administrés aux participants :

Une entrevue pour déterminer les diagnostics post-mortem

Dans le cadre de ces entrevues, les chercheurs ont administré des questionnaires SCID auprès d'un

membre de la famille connaissant bien la personne décédée en vue de déterminer s'il y avait présence, chez la personne décédée, d'une psychopathologie sur l'axe I (p.ex. dépression, toxicomanies) ou II (p. ex. troubles de la personnalité) (Brent et coll., 1989; Lesage et coll., 1994; Turecki et coll., 2001).

Une entrevue pour retracer la trajectoire de vie

Dans le contexte d'une entrevue semi normalisée le participant décrivait le parcours de vie de la personne décédée par suicide afin de documenter les moments d'apparition des difficultés personnelles, familiales, sociales ou autres événements d'adversité. Ensuite, on demandait aux participants de décrire la recherche d'aide et le recours aux services de santé effectués par la personne décédée (Caspi et coll., 1996; Bifulco, 1996).

L'étude des dossiers des usagers

L'étude des dossiers des usagers a servi à documenter systématiquement les demandes de services et les réponses données aux participants de l'étude.

Un panel d'évaluateurs sur l'adéquation des services reçus

Un panel composé de chercheurs, de professionnels, de représentants des proches et de décideurs a été constitué pour évaluer l'adéquation des services reçus par la personne décédée et dans quelle mesure les décès par suicide auraient pu être prévus. L'analyse du panel amenait à décrire les besoins *d'actions individuelles* pouvant être portées tant par les proches que par les intervenants des services sociaux et de santé. Les actions à *l'échelle locale* étaient celles pouvant être dispensées par des réseaux locaux de soins de première ligne et de services de deuxième ligne spécialisés de même que par les organismes de la communauté. Ensuite, sur la base de l'ensemble des évaluations faites par les membres du panel, les actions requises à *l'échelle provinciale* étaient décrites. Le panel s'appuyait sur les informations amassées au moyen de l'étude des dossiers médicaux d'une part et d'autre part des entrevues menées avec les proches ou avec les intervenants des services sociaux et de santé du système public et privé qui ont pu intervenir. Le cadre de référence a été celui de Kovess et coll. (2001), l'expérience avec les outils valides d'évaluation des besoins individuels en santé mentale (Kovess et coll., 2001). Il a fallu créer cinq fiches d'analyse des besoins pour tenir compte des réalités des personnes décédées par suicide et des niveaux de besoins individuels et systémiques.

Les agents de recherche ont rédigé une histoire de cas décrivant les difficultés de santé mentale ainsi que l'ensemble de la trajectoire de vie de la personne; à cette histoire, ils ont ajouté toute l'information obtenue sur l'utilisation des services par la personne au cours de sa vie, en particulier les services de santé mentale avec une attention particulière sur ceux reçus dans l'année précédant le décès par suicide. Cette section était présentée sous la forme d'un texte décrivant non seulement les interventions mais, également l'information disponible quant à l'impact de celle-ci et la satisfaction de la personne. Ces informations ont été recueillies au moyen de témoignage des proches et de la consultation des dossiers.

Sur la base de ces informations, le panel franchissait cinq étapes retracées par les cinq fiches d'analyse.

I. Services reçus à vie, dans la dernière année et le dernier mois avant le décès : au niveau des services médicaux de 1^{re} ligne ;des services psychosociaux de première ligne ; des services spécialisés de deuxième ligne en santé mentale et toxicomanies; des organismes sans but lucratif de la communauté.

II. Les problématiques médico-psycho-sociales de la personne dans la dernière année et les interventions reçues des différents services de 1^{re} et 2^e ligne, des proches, de l'école, des services policiers ou judiciaires, et des organismes sans but lucratif de la communauté.

III. Le scénario idéal de soins que la personne aurait dû recevoir dans la dernière année et le détail des problématiques médico-psycho-sociales ainsi que des interventions qui auraient dû être posées idéalement. Cette fiche recueille les besoins.

IV. Les interventions qui auraient dû être posées et qui n'étaient pas disponibles à l'échelle locale, au niveau des programmes, entre les services régionaux et à l'échelle provinciale pour soutenir les interventions individuelles déterminées dans le scénario idéal décrit dans la fiche III. Ces services non disponibles étaient déclinés par types de besoins, par exemple en regard de la formation, des psychothérapies, de la médication, de la coordination, de la gouvernance, du financement, etc.

V. Le panel établissait enfin, sur la base de toutes les informations incluses dans ces fiches précédentes, si le suicide aurait pu être prévenu, le classant en une des cinq catégories décrites comme suit :

1. **Suicide totalement imprévisible.** Une personne sans antécédents de problèmes émotionnels qui se suicide à la suite d'une déception amoureuse, mais sans en avoir parlé à quiconque et sans laisser les signes d'une détresse anormale ou hors de l'ordinaire à quiconque.
2. **Suicide pour lequel il n'existait aucun moyen raisonnable connu de contrer les facteurs de risque.** Par exemple, une personne souffrant d'un trouble de personnalité limite avec problèmes graves de toxicomanie et de dépression et qui malgré les efforts raisonnables d'équipes spécialisées en psychiatrie n'ont pas réussi à apporter soulagement. La personne est connue de l'équipe comme présentant un risque à moyen terme de suicide.
3. **Suicide qui aurait pu être prévenu avec un accroissement des mesures déjà entreprises dont on pouvait un peu difficilement prévoir qu'elles étaient requises.** Par exemple un patient hospitalisé en psychiatrie ou jeune en centre jeunesse présentant des difficultés émotionnelles et un certain risque suicidaire pour lesquels des mesures de traitement et de surveillance avaient été entreprises mais, cohérentes avec le risque suicidaire alors établi mais évidemment insuffisant compte tenu de l'issue. Ou encore, une personne jugée à risque dans son milieu, ayant entrepris une thérapeutique potentiellement efficace, avec un risque suicidaire reconnu mais ouvertement sous-estimé compte tenu de l'issue.
4. **Suicide potentiellement évité si des mesures avaient été prises compte tenu du risque possible.** La personne présentait plus d'un facteur pouvant contribuer au risque de suicide et des interventions ont pu être entreprises, mais partiellement et ne s'adressant pas nécessairement à tous les facteurs pertinents où une intervention aurait aidé.
5. Le suicide aurait **facilement pu être prévenu**, car il existait des interventions potentiellement efficaces que, si elles avaient été mises en place adéquatement, auraient très certainement modifié les conditions prédisposant au suicide. Par exemple, une personne présentant une dépression majeure claire pour la première fois et qui est suivie par un médecin de famille qui reconnaît mal l'état dépressif et le traite avec un médicament inapproprié ou à dose totalement insuffisante.

L'ensemble des résultats obtenus par le panel était ensuite analysé par les membres de l'équipe de recherche afin d'établir à l'aide d'analyses transversales les actions qui devraient être proposées à l'échelle provinciale compte tenu de l'ampleur des lacunes notées dans les actions individuelles et locales : ce sont les recommandations qui apparaissent dans les résumés de ce rapport et qui sont détaillées plus loin.

Résultats

Description socio-démographique

L'échantillon regroupe 85 hommes et 17 femmes qui sont majoritairement de race blanche, (95 %). La plupart des personnes décédées par suicide (63 %) étaient âgées de 30 à 59 ans et 41 % des personnes décédées par suicide étaient en couple, tandis que 37 % étaient séparés, divorcés ou veufs et 22 % étaient célibataires.

Les personnes décédées par suicide avaient un niveau de scolarité moins élevé, c'est-à-dire 37 % des gens n'ont pas obtenu un diplôme d'études secondaires ou l'équivalent, 17 % ont obtenu ce type de diplôme alors que seulement 10 % ont fait des études postsecondaires. Toutefois, le niveau de scolarité atteint pour plusieurs personnes (soit 36 %) demeure inconnu. Nous savons que plus de la moitié des individus n'occupaient pas d'emploi au moment du décès et que près de 19 % étaient reconnus invalides.

Profil psychopathologique

La présence de problèmes de santé mentale semble être une caractéristique constante chez les personnes qui sont décédées par suicide, comme on le voit au tableau 2. En effet, 97 % des personnes présentaient un trouble de santé mentale et 75 % auraient deux ou plusieurs troubles de santé mentale. On constate aussi qu'au-delà des six derniers mois, à vie comme indiqué au tableau 2, les troubles mentaux et de toxicomanies étaient autant présents, signalant le caractère de longue durée de ces troubles chez ces personnes.

Chez les personnes décédées par suicide, 55 % présentaient à la fois un trouble de dépendance et un autre trouble; 56 % des personnes présentaient un trouble de l'humeur et un autre trouble soit toxicomanie ou trouble de personnalité; parmi celles où un seul trouble a été cerné, c'était la dépression dans 17 % des cas, la toxicomanie dans 7 % des cas (voir tableau 3).

Tableau 2
Nombre de personnes ayant un trouble sur l'axe I et II

N=102	Derniers 6 mois N ^{bre} de personnes	À vie N ^{bre} de personnes
Trouble de l'humeur	69	56
Trouble d'abus ou de dépendance	61	68
Trouble anxieux	22	17
Psychose et autres symptômes associés	7	6
Trouble de personnalité	52	52
Aucun trouble	9	10
Un trouble unique	18	18
Co-morbidité (deux et plus)	75	74
Total ayant au moins un diagnostic	97	92

En tenant compte des différents types de difficultés, les données recueillies révèlent que les troubles d'abus ou de dépendances sont très répandus parmi les personnes décédées par suicide, soit 61 % d'entre elles, ce qui en fait un facteur de risque majeur associé au suicide et un des taux les plus élevés que nous ayons rencontrés dans ce type d'étude. En ordre de prévalences décroissantes parmi les dépendances, les problèmes de dépendance à l'alcool, de dépendance aux drogues, d'abus d'alcool, d'abus de drogue et ensuite, dans une moindre mesure, de jeu pathologique (5 %) étaient les plus courants. En se référant aux prévalences à vie, ce sont les dépendances et l'abus d'alcool qui prédominent.

Pour ce qui est des autres troubles présents au moment du suicide, les troubles de l'humeur se retrouvent chez presque 70 % des personnes décédées. Parmi ces troubles, ce sont la dépression majeure et subséquemment la dépression non spécifiée qui s'imposent. Quant à la prévalence à vie, la dépression majeure demeure importante suivie de la dysthymie. Enfin, des troubles anxieux ont également été diagnostiqués parmi 22 personnes dans les six derniers mois de leur vie.

Les troubles de personnalité sont également présents chez 52 % des personnes décédées par suicide. À ce niveau, ce sont les troubles de personnalité limite (*borderline*) et antisociale, ou des troubles non spécifiés de la personnalité ayant de fortes caractéristiques de ces deux troubles qui sont clairement mis en lumière.

Tableau 3
Combinaison des troubles sur l'Axe I et II

Combinaison de difficultés actuelles	n
DEP, TOX, ANX, PER	5
DEP, TOX, PSY, PER	2
DEP, TOX, PER	24
DEP, ANX, PER	5
TOX, ANX, PER	1
DEP, PER, PSY	1
DEP, TOX, ANX	1
DEP, TOX	11
TOX, PER	7
DEP, PER	6
TOX, ANX	3
TOX, PSY	1
ANX, PSY	1
DEP, PSY	1
ANX, PER	1
DEP	9
TOX	7
ANX	1
PSY	1
AUCUN	9

Légende

DEP : Troubles de l'humeur

ANX : Troubles de l'anxiété

PER : Trouble de la personnalité

TOX : Dépendance et abus de substances

PSY : Psychose et autres symptômes associés

En résumé, nous observons un cumul de problèmes de santé mentale et de toxicomanies chez les individus décédés par suicide. Ces problèmes ne sont pas récents et prennent racine dans le parcours de vie des individus. Les interventions et les plans de traitement ne peuvent donc pas reposer sur des interventions qui visent des problèmes uniques. Les interventions doivent tenir compte de la complexité et de la multitude des difficultés et il est essentiel qu'il y ait un virage vers des interventions multiples qui font nécessairement appel à une coordination, un suivi de la part de l'équipe soignante et d'un engagement au traitement du patient. Favoriser cet engagement au traitement est aussi la tâche de l'équipe soignante.

Événements précipitants et trajectoires de vie

Si nous observons un cumul de problèmes de santé mentale chez les individus décédés par suicide, la prévalence à vie nous indique que ces problèmes ne sont pas récents. Les données sur les événements précipitants et les trajectoires de vie vont étayer la manière dont les événements récents trouvent écho dans les problèmes personnels, familiaux, psychologiques et sociaux de longue date et souvent persistants tout au long de la vie.

D'une part, cette recherche a pu cerner les événements principaux associés au décès par suicide (voir le tableau 4). Nous pouvons relever pour la moitié des individus un événement souvent relié à une perte importante, qui a contribué à créer « la goutte qui a fait déborder le vase ». Des ruptures amoureuses, des difficultés de couple, des pertes importantes et variées, des difficultés scolaires, professionnelles ou financières et autres situations traumatisantes (ex. : agression, crainte de maladie grave) sont parmi les événements qui sont associés au passage à l'acte suicidaire. Soulignons que parmi les autres types d'événements, les pertes d'autonomie physique et la perte de liberté actuelle ou potentielle (ex. : crainte d'emprisonnement) sont des événements qui figurent parmi les derniers éléments de la vie des personnes décédées. Pour d'autres, ce sont les événements associés à des difficultés de santé mentale qui priment, dont la détérioration de l'état dépressif, une période d'alcoolémie sévère, un état psychotique qui s'intensifie. Ces aggravations se sont traduites par des facteurs précipitants du suicide.

Tableau 4
Événement principal associé au suicide

N=102	Nombre
Aggravation des difficultés de santé mentale/toxicomanies	49
Ruptures amoureuses	13
Difficultés de couple	8
Pertes	12
Difficultés scolaires/professionnelles/financières	9
Autres types d'événements	10
Aucun événement identifié	1
TOTAL	102

Enfin, il est rare qu'aucun de ces événements ne fasse pas partie des derniers moments de vie des personnes décédées, nous n'avons noté qu'une seule exception.

D'autre part, cette étude nous a permis de retracer les trajectoires de vie des personnes décédées. Cette approche, qui utilise un calendrier de vie, retrace en regard de douze sphères de développement les différents événements qui ont jalonné la vie des individus : endroit de résidence, relation parents-enfants, vie affective et vie de couple, vie familiale, épisodes de difficultés personnelles, vie académique et professionnelle, vie sociale, pertes/séparation/départ, autres éléments d'adversité, facteur de protection, recherche de service et prise de médicaments. Nous tentions de déterminer si ces événements ont pu se produire de manière situationnelle ou permanente dans la vie de la personne décédée, nous en notions la durée, l'intensité et la fréquence.

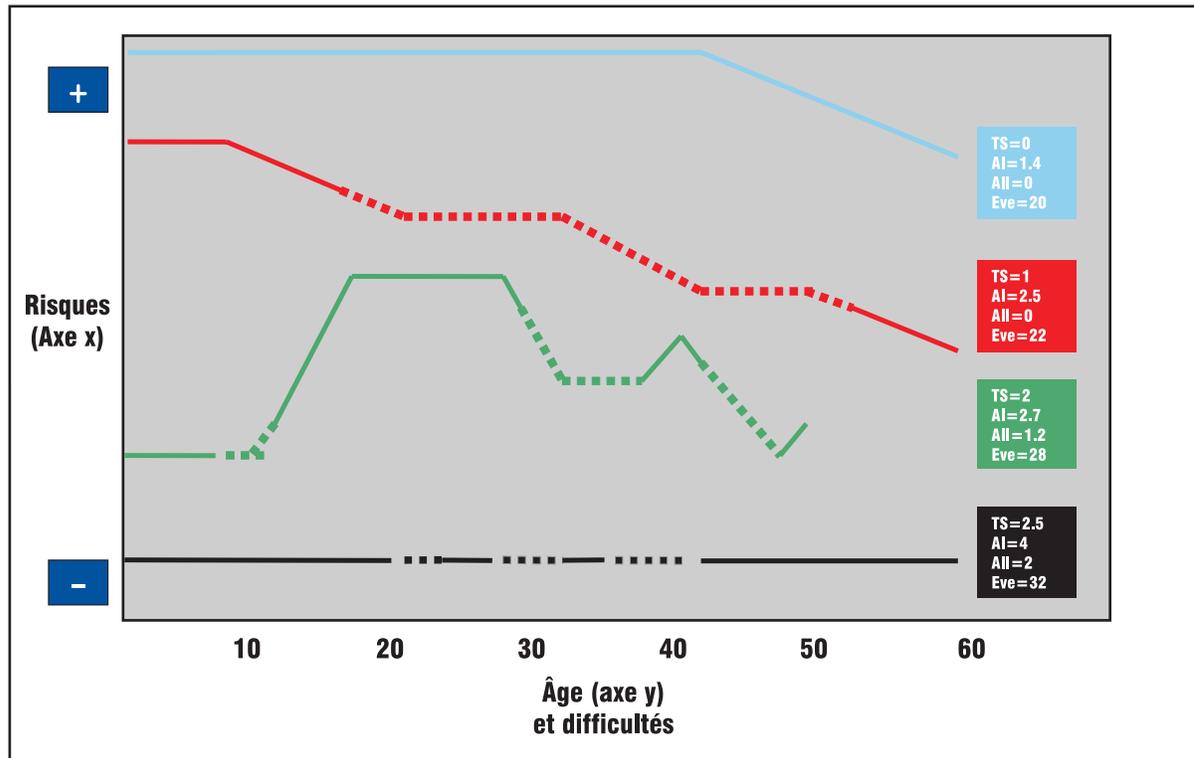
Cette analyse reposait sur le rappel des événements tel que décrit par les proches, sur les écrits, les rapports médicaux, psychosociaux, les agendas personnels, etc. À la suite de ce recueil de données chaque trajectoire de vie fut analysée individuellement. En panel d'expert, nous accordions une cote de risque pour chaque période de cinq années de vie. Cette cote de risque d'un à six permettait d'établir le degré de risque dans le développement de l'individu, selon la grille suivante.

**Tableau 5 -
Cote de risque**

Évaluation globale	Cotation	Risques	Protection
Faible	6	Peu de difficultés	Présence de protection
	5	Quelques facteurs de risque -Sur une courte période de temps -Affectant seulement une/deux sphères	
Modérée	4	Plusieurs facteurs de risque -Sur une courte période de temps -Affectant plusieurs sphères	Plus ou moins de protection
	3	Plusieurs facteurs de risque -Sur une longue période de temps -Affectant plusieurs sphères	
Sévère	2	Multiplés facteurs de risque/chaque sphère -Sur une longue période de temps -Touchant presque toutes les sphères	Peu ou pas de protection
	1	Multiplés facteurs de risque/chaque sphère -Sur une très longue période de temps -Englobant toutes les sphères	

La compilation de tous ces facteurs par tranche de cinq années et l'attribution d'une cote précise de risque en fonction de la sévérité des difficultés, représentent, selon le jugement clinique d'experts, le fardeau encouru pour la personne. Ce sont les cotes de risque qui forment la courbe de ces trajectoires, telle qu'illustrée par le graphique 2.

Graphique 2 - Trajectoire de vie



L'abscisse correspond à la trajectoire selon l'âge au moment de la sévérité des difficultés alors que l'ordonnée illustre la valeur du risque, le signe de moins (-) correspond à une cote risque sévère, le signe (+) correspond à une cote de risque faible. De cette analyse, quatre profils ont émergé dans lesquels des distinctions apparaissent quant à l'âge moyen au moment du suicide, de la moyenne des tentatives de suicide et des difficultés de santé mentale ou toxicomanies (l'axe I) et de trouble de personnalité (l'axe II). (Voir le tableau 6).

Tableau 6
Distribution de problème de psychopathologie et de tentative de suicide en fonction des trajectoires de vie

TRAJECTOIRE	Âge moyen	Moyenne de TS	Moyenne de DX Axe I	Moyenne de DX Axe II
4	52	0,03	1,4	0,6
3	41	0,60	2,5	0,6
2	51	2,00	2,7	1,2
1	38	2,50	4,0	1,8

(Nota : DX signifie diagnostic)

La première trajectoire I, qui correspond à l'expérience de 15 % des personnes décédées, dans laquelle, dès le commencement, la vie a présenté plusieurs éléments d'adversité dont la négligence, la maltraitance, les conflits familiaux majeurs, les abus physiques et sexuels, qui se sont cumulés au fur et à mesure du développement de l'individu. L'ampleur d'événements de risque en bas âge s'associe à des conflits familiaux importants, des difficultés scolaires, des comportements de consommation très précoce, etc. C'est comme si l'individu était pris très tôt dans un parcours de problèmes d'où il lui devenait de plus en plus difficile d'en modifier la trajectoire. Ainsi, ce cumul de difficultés d'adversité perdure tout au long de la vie. Dans la trajectoire I, nous observons un nombre plus important de tentatives de suicide et de psychopathologie de l'axe I et de l'axe II. C'est aussi à travers ces trajectoires de vie que les individus se sont suicidés, en moyenne, le plus tôt (38 ans). Ces trajectoires illustrent l'importance d'intervenir tôt dans les trajectoires de vie des familles vulnérables et à risque et d'intervenir sur les déterminants précoces de la santé.

La deuxième trajectoire, qui correspond à l'expérience de 24 % des personnes décédées regroupe les individus pour qui la vie a été difficile dès le départ, mais dont le contexte s'est amélioré au début de l'âge adulte. Il semble que la vie de l'individu s'améliore lorsqu'il quitte le milieu familial, pour se retrouver dans un contexte d'autonomie et de liberté relative. Cette période correspond à une diminution des facteurs de risque et une augmentation des facteurs de protection. Cependant, il semble que l'apparition d'événements d'adversité après cette période positive concorde avec l'augmentation des difficultés familiales, la présence de conflits maritaux, et des difficultés dans l'éducation des enfants. Nous observons également le cumul de conflits professionnels de toute sorte, des difficultés associées à la consommation d'alcool et de drogue et les états dépressifs. Ces événements se cumulent avant le passage à l'acte. C'est comme si une certaine vulnérabilité, particulièrement au niveau de la personnalité, se soit maintenue chez ces individus pendant tout ce temps et que les difficultés personnelles, psychologiques et psychiatriques les rattrapent en milieu de vie et provoquent un effritement relationnel et un cumul de difficultés avant le passage à l'acte. Ce sont d'ailleurs ces personnes, correspondant à la trajectoire II, à la suite de ceux faisant partie de la première trajectoire de vie, qui ont commis le plus grand nombre de tentatives de suicide (TS) et qui présentent des taux de psychopathologies de l'axe I et II relativement élevés.

La troisième trajectoire, qui correspond à l'expérience de 43 % des personnes décédées, se caractérise par une linéarité descendante durant laquelle il semble que la vie ait bien commencé et qui se caractérise, au départ, par un minimum de facteurs de risque et de nombreux facteurs de protection. Au cours du développement, des éléments d'adversité sont progressivement apparus et le contexte de vie s'est dégradé, sans jamais atteindre un niveau marqué de facteurs de risque. Les individus qui ont ce type de trajectoire présentent un plus grand nombre de psychopathologies de type clinique (axe I), plus spécifiquement des toxicomanies (alcool et drogues) et des troubles affectifs (dépression). Ces problèmes ont pu commencer tôt dans la vie et avoir été présents pendant des dizaines d'années à des intensités différentes. Ce qui caractérise le plus les individus de cette trajectoire c'est l'effritement relationnel et affectif qui prend une dimension importante lorsque l'on ajoute le poids des difficultés provoqué par une longue période d'alcoolisme et de dépression. En général, ces personnes ont fait peu de tentatives de suicide au cours de leur vie et le suicide apparaît souvent dans un contexte de séparation, de perte affective importante et de cascades d'événements négatifs. Particulièrement dans le cas de cette trajectoire, les politiques sociétales qui viseraient une diminution et un traitement précoce des toxicomanies et de la dépression, prennent une dimension importante.

Ce sont les suicides de la quatrième trajectoire, qui correspond à l'expérience de 17 % des personnes décédées, qui suscitent le plus d'incompréhension, en raison de la quasi absence de facteurs de risque et d'éléments d'adversité connus. Si les suicides survenus dans les trajectoires 1 ou 2 ou même 3 cumulent de nombreux facteurs de risque, les suicides de la quatrième trajectoire sont ceux qui demeurent les plus difficiles à prévoir. Mentionnons que ce sont les individus de cette trajectoire qui se sont suicidés le plus tardivement, en moyenne à 52 ans. Ces décès apparaissent souvent lors d'une situation de perte importante, souvent lorsqu'il y a une dimension humiliation ou de perte publique réelle ou perçue.

En résumé, ces trajectoires montrent d'abord qu'il n'y a pas un seul profil de personnes décédées par suicide et que les troubles mentaux clairement cernés précédemment ne surviennent généralement pas dans un vacuum, mais au contraire se manifestent plus particulièrement chez des personnes ayant souvent connu des trajectoires personnelles, familiales, psychologiques et sociales difficiles depuis l'enfance. D'autres encore se dégradent après une amélioration, ou encore certaines trajectoires peuvent être associées à une lente chute accompagnée et amplifiée par les troubles mentaux. Ces effritements ont en commun des situations de dépendances aux substances, associées aux échecs des tentatives personnelles pour y remédier, qui augmente le sentiment de perte d'estime de soi, de désespoir avant la cascade finale où tous ces éléments deviennent indissociables et intolérables pour la personne vulnérable. Chacune de ces quatre trajectoires -types fait appel à des événements plus distants, au-delà de la dernière année, et des situations plus récentes, dans la dernière année.

Ces trajectoires permettent de mieux comprendre les sous-groupes différents de personnes décédées par suicide. Il sera peut-être plus facile d'y greffer des facteurs de risque distincts et ainsi mieux évaluer et mieux saisir l'importance relative des différents facteurs de risque dans chacune de ces trajectoires. Chacune d'entre elles peut faire appel à des mesures spécifiques, qui peuvent s'adresser à des périodes différentes dans le temps. Par exemple la mise en place de mesures qui peuvent être plus proximales du moment critique et qui permettraient une accessibilité accrue quant aux traitements coordonnés des toxicomanies et troubles mentaux. D'autres mesures qui visent ces mêmes problématiques pourraient aussi être mises en place à une période plus en aval et qui ciblent les difficultés émergentes de toxicomanies ou de dépression et qui pourraient être atténuées par des interventions efficaces. D'autres mesures pourraient être mises en place encore plus tôt afin d'éviter le développement de ce type de comportements, des mesures de promotion de la santé mentale par l'augmentation de la résilience des enfants et adolescents et du soutien social, en passant par des campagnes préventives pour contrer la toxicomanie et agir sur les déterminants de la santé.

L'établissement des mesures proximales, dans la dernière année, va reposer en plus sur l'analyse de l'utilisation des services et sur un panel d'experts qui va statuer sur leur adéquation dans la dernière année.

Utilisation des services publics, privés et communautaires

Au cours de leur vie, presque toutes les personnes décédées par suicide auront contacté les services spécialisés en santé mentale et toxicomanies, et les services médicaux de première ligne; plus de la moitié aura consulté les services psychosociaux de première ligne et le tiers des services bénévoles. Ce qui frappe dans la dernière année précédant le suicide, c'est une forte tendance à avoir recours aux services spécialisés privés ou publics suivis de près par des services de première ligne médicale. En ce qui a trait au service reçu au cours du dernier mois de vie, les services spécialisés privés ou publics demeurent relativement utilisés (pour 34,3 % des personnes), ce sont les intervenants des

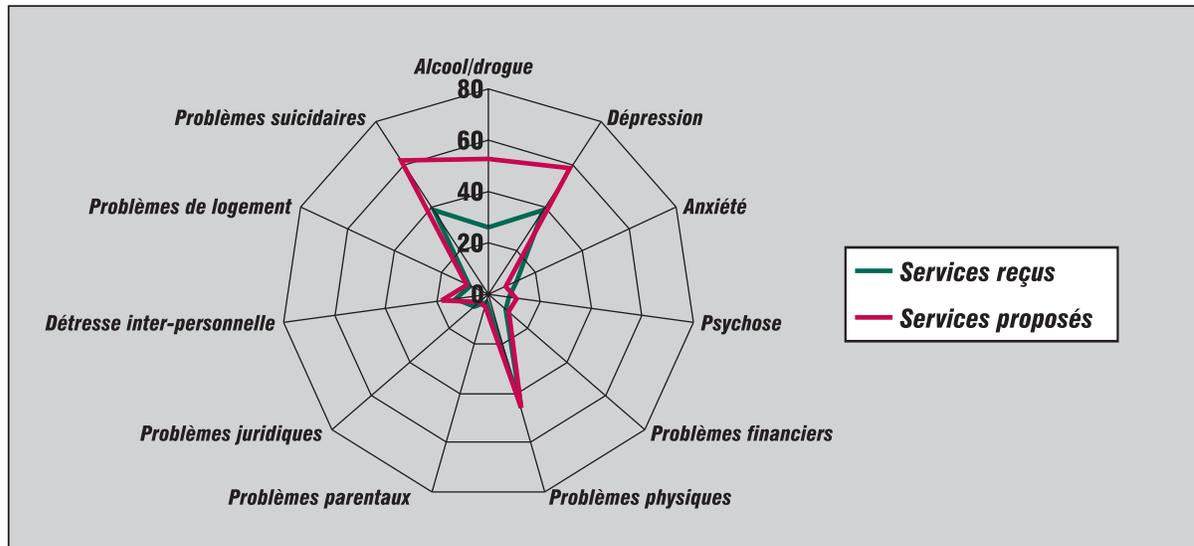
Centres de santé mentale soit les psychologues, travailleur social, infirmière qui sont le plus consultés (18 %; dernière année, 26 %) suivi des médecins psychiatres (12 %; dernière année 32 %), des urgences (8 %; dernière année, 24 %) qui sont le plus consultés le mois avant le décès; toutefois, les services de toxicomanies avaient été moins utilisés, seulement 3 % le dernier mois et dans la dernière année, 4 %. Il faut noter le suivi par les services professionnels de la santé et des services sociaux de première ligne, qui sont consultés par 18,6 % des personnes dans le dernier mois, et les services de la première ligne médicale dont les généralistes sont consultés dans une proportion de 17,6 %. Parmi les services de première ligne nous avons noté que les personnes décédées par suicide ont côtoyé les services policiers respectivement de 4 % et 9 % dans le dernier mois ou la dernière année (17 % à vie). On note que les services bénévoles ou sans but lucratif sont beaucoup moins utilisés que les autres services par les personnes décédées par suicide (8 %). Les services utilisés sont les Alcooliques anonymes et le clergé qui sont consultés dans une proportion plus importante, alors que les lignes d'écoute ont été peu utilisées (1 % dans le mois précédant et 2 % dans l'année précédant le décès) par les personnes décédées par suicide.

**Tableau 7 -
Tableau synthèse des services reçus mois, année et à vie**

	Mois	Année	Vie	Total
Services médicaux				
<i>N^{bre} de personnes ayant consulté au moins un service</i>	18	50	83	88
%	17,6	49,0	81,4	86,3
Professionnels de la santé et des services sociaux et intervenants de première ligne (infirmières, travailleurs sociaux, professionnels du milieu scolaire, policiers)				
<i>N^{bre} de personnes ayant consulté au moins un service</i>	19	34	45	58
%	18,6	33,3	44,1	56,9
Services spécialisés privés ou publics en santé mentale				
<i>N^{bre} de personnes ayant consulté au moins un service</i>	35	54	86	93
%	34,3	52,9	84,3	91,2
Services bénévoles ou sans but lucratif (lignes d'écoute et d'entraide, clergé, Alcooliques anonymes, toxicomanes anonymes, etc.)				
<i>N^{bre} de personnes ayant consulté au moins un service</i>	8	16	28	35
%	7,8	15,7	27,7	34,3
<i>N^{bre} de personnes ayant consulté au moins un service parmi tous</i>	52	78	97	99
Total %	51,0	76,5	95,1	97,1

En comparant les services reçus par les personnes décédées par suicide et ceux qu'elles auraient dû se voir proposer selon les jugements d'un panel d'experts, nous arrivons à plusieurs résultats préoccupants. Nous avons opposé la situation observée et celle idéalement requise, et nous avons répertorié et analysé en distinguant les problématiques d'une part et les interventions thérapeutiques reçues ou requises d'autre part des différents types de services de 1^{re}, 2^e ligne ; médical, psychosociale, spécialisée, communautaire, les proches, l'école et le système judiciaire.

Graphique 3 - Synthèse des interventions reçues et requises



Au graphique 3, on remarque que ce sont les problèmes associés aux traitements de l'alcool/drogue où l'on observe le plus grand écart, suivi de près des problèmes associés aux traitements des problèmes suicidaires et de la dépression. Ce sont particulièrement les personnes souffrant de ces difficultés combinées qui reçoivent le moins souvent des interventions adéquates et pour lesquelles la prise en charge devrait être multidisciplinaire. D'ailleurs, on note au niveau de ces lacunes une surreprésentation des problèmes psychologiques comparativement aux problèmes financiers, physiques, d'habitation, juridiques et autres. De plus, lorsque les personnes cumulent les difficultés, l'offre des services multidisciplinaire ne suit pas (surtout pour celles faisant face à deux, trois ou quatre difficultés) et ce, particulièrement pour les personnes cumulant des problèmes d'alcool/drogue, des problèmes suicidaires et des problèmes physiques ou encore les individus ayant une double problématique associée à l'alcool/drogue et aux problèmes physiques, et dans une moindre mesure, des problèmes suicidaires et des problèmes physiques.

D'autre part, si nous regardons d'un peu plus près au tableau 8, les interventions reçues par les personnes décédées par suicide comparativement à celles qui auraient dû être offertes, il est possible de cerner des lacunes au niveau des interventions relativement aux demandes d'aide, d'évaluation et de suivi de cas : les écarts sont majeurs concernant l'aiguillage entre les services et l'évaluation. La médication psychiatrique reçue n'était pas nécessairement adéquate pour certains alors que d'autres personnes auraient nécessité une médication. Les écarts en regard de la gestion des cas par les services sont majeurs et auraient requis un milieu plus encadré pour une période de temps (hospitalisation, centre de désintoxication) ainsi qu'un suivi de cas avec un intervenant-pivot bien défini et une relance et même une approche d'outreach à domicile si nécessaire. Les écarts sont aussi grands pour les interventions psychothérapeutiques individuelles ou de groupe pour les

toxicomanies, le traitement de la dépression ou les troubles anxieux. Les personnes souffrent aussi de conditions physiques requérant un suivi médical dans la moitié des cas, les besoins étaient toutefois mieux comblés à ce niveau.

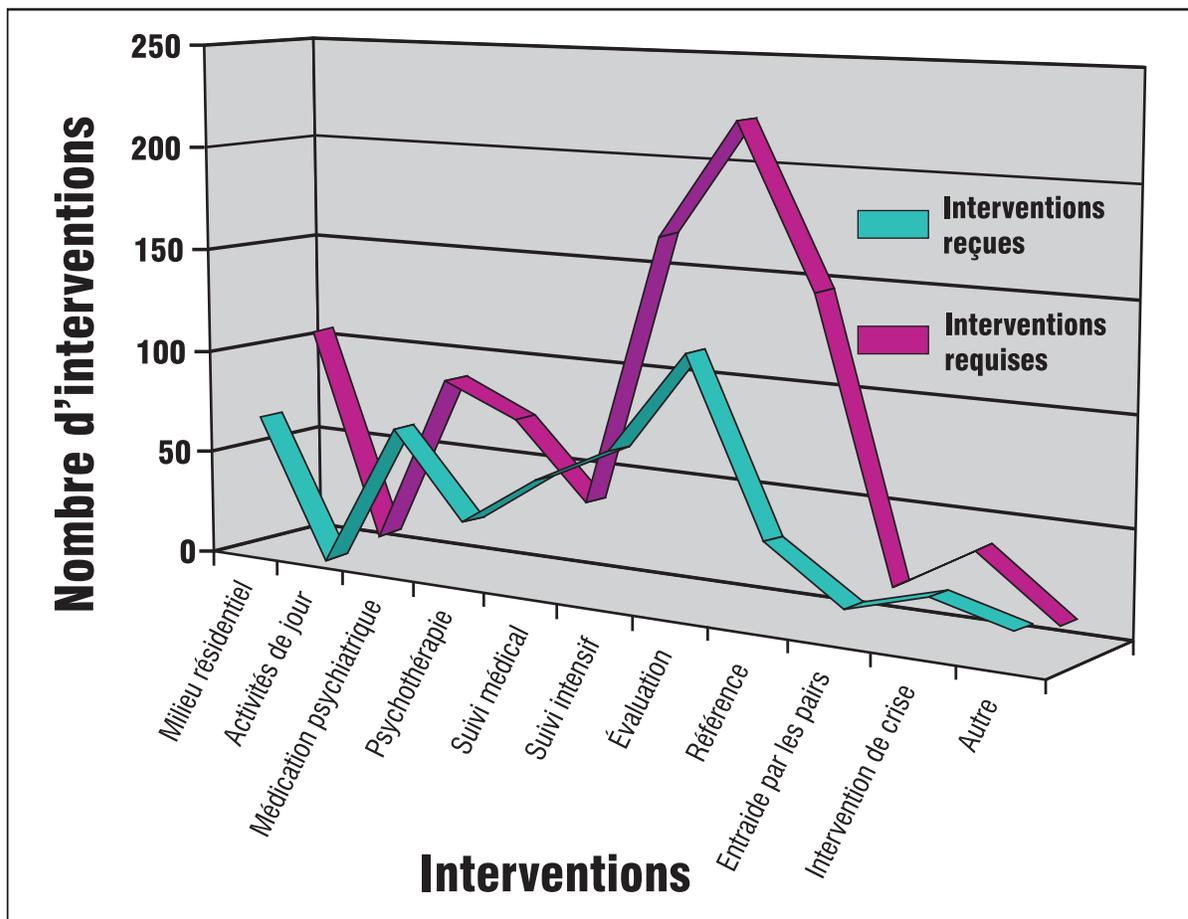
Tableau 8
Écart entre les interventions reçues et requises

	Interventions reçues	Interventions requises
Médication psychiatrique	51	65
Évaluation	50	86
Milieu résidentiel/hospitalisation/désintox	38	70
Suivi médical pour condition physique	35	44
Suivi de cas	34	71
Référence	27	69
Psychothérapie	19	48
Intervention de crise	18	24
Entraide par les pairs	13	12
Autre	9	10
Activités de jour	1	4

Les types et niveaux de services requis pour livrer les interventions requises cernées précédemment, et leur combinaison, sont illustrés par un tableau en ruban plus bas. On constate un écart important entre les services reçus et les services requis quant à 1) l'évaluation et la médication psychiatrique, 2) l'offre d'un service d'accueil tel qu'une hospitalisation, une place en centre de désintoxication ou un milieu résidentiel, 3) un suivi intensif avec outreach, 4) aiguillage à un autre service, 5) et l'offre de psychothérapies. Ici, remarquons que c'est d'une combinaison d'actions et de secteurs qui est nécessaire plutôt qu'une action d'un seul secteur de services qui est requise.

La réponse aux difficultés cernées doit passer par des interventions efficaces et adéquates et celles-ci doivent être rendues par les services de santé et de services sociaux. Nous avons tenté de projeter les besoins de services en fonction des besoins individuels déterminés dans l'analyse des cas, et aussi de cerner à partir de chaque cas, les lacunes systémiques dans l'organisation locale et régionale, et même celles qui exigeraient des actions de niveau provincial. Nous avons tenté, dans nos recommandations, de demeurer le plus près possible de chaque cas et de ne pas tenter de régler tous les problèmes systémiques.

Graphique 4
Écart entre les interventions reçues et requises



L'analyse des actions et des services offerts dans différents secteurs nous a permis d'établir les lacunes dans les actions et dans le fonctionnement relevant du niveau local, régional et provincial. Le tableau 9 en résume les résultats. Il émerge d'abord des besoins de formation qui doivent être offerts à l'ensemble des intervenants en particulier et dans un deuxième temps au grand public. La responsabilité de cette recommandation se situe au niveau provincial, mais doit être livrée régionalement voire localement aux différents intervenants. Les besoins en formation des intervenants incluaient un meilleur repérage, traitement, gestion, suivi et aiguillage pour la dépression, les toxicomanies et les comportements suicidaires en première ligne. Une formation quant aux meilleures pratiques avec les clientèles ayant des problèmes multiples pour les intervenants de deuxième ligne en santé mentale et toxicomanies. Et enfin, quant à la population générale, il semble que les signes de détresse soient assez bien reconnus mais les membres de la communauté ne sont pas tout à fait à l'aise d'amener de manière directive une personne suicidaire, souffrant de dépression ou de toxicomanies vers les services sociaux et de santé. Une campagne promotionnelle qui cible le comportement pourrait être bénéfique.

Les besoins systémiques indiqués au tableau 9 et dont certains sont les plus marquants, sont cernés dans près de 40 % des cas, et se centrent à l'échelle locale et régionale autour d'un besoin de coordination et de continuité entre les services spécialisés de santé mentale et toxicomanies. Cette coordination doit se réaliser entre les services spécialisés, mais aussi dans les situations de crises

suicidaires ou de toxicomanies, avec les services psychosociaux de première ligne, les services médicaux de 1^{re} ligne, les urgences et les services policiers pour les personnes présentant des problématiques complexes, de co-morbidité particulièrement, toxicomanies et troubles mentaux. De nombreuses difficultés furent déterminées en regard du manque de coordination et de suivi entre les différents services. Les difficultés s’associent souvent au glissement et à la faillite d’attribuer le point fixe de responsabilité (un intervenant pivot) dans les équipes de soins. Si bien qu’il manque de continuité entre les différents services, de suivi auprès du patient et de sa famille, et de coordination des services en fonction de la séquence dans laquelle les différents services seront proposés aux patients. Ce manque de coordination s’associe à un désengagement des patients. Parallèlement, le manque de politique d’outreach n’incite pas les intervenants à poursuivre le travail en vue de réintégrer un patient dans les traitements. Ces besoins de coordination et de continuité nous ont amenés à suggérer à l’échelle provinciale dans plus de 27 % des cas, des recommandations pour palier à des lacunes de gouvernance. Il s’agit de politiques visant à assurer la participation conjointe des services spécialisés de santé mentale et de toxicomanies, mais aussi des services psychosociaux et médicaux de première ligne et des systèmes judiciaires, des services policiers pour l’établissement d’une série de protocoles régionaux et locaux pour assurer la coordination, la continuité, l’établissement de points fixes de responsabilités, par la présence d’intervenant pivot, l’établissement de hiérarchisation des actions, des traitements, des références, du suivi de cas et d’outreach si nécessaire pour les personnes affectées d’une combinaison de troubles mentaux avec ou sans une problématique suicidaire. Le caractère pro-actif et la coordination dans les cas à problématiques cliniques et sociales complexes vont particulièrement interpeller les pratiques souvent en silos entre les types de services et devoir être renforcés par la formation des intervenants comme indiqué précédemment.

Tableau 9
Principales lacunes locales, régionales et provinciales émergeant des 102 cas de suicide.

Besoins	N ^{bre} de cas pour lesquels ce besoin a été cerné	Objet de l’intervention
Formation	49	Dépression- risque suicidaire et importance de consulter
Coordination	8	Continuité des soins et suivi des patients
	33	Coordination des dossiers avec problèmes multiples
Gouvernance	7	Services d’approche proactifs avec suivi intensif dans la communauté
	6	Sentinelles/services d’approche pour intervention et suivi des personnes toxicomanes
	14	Protocole de traitement pour problèmes multiples (alcool-dépression-suicide-santé)
Financement	6	
Aucune recommandation. Tout avait été fait		28 dossiers
Dossiers sur lesquels le panel ne s’est pas prononcé		5 dossiers

Enfin, une dernière remarque, et c'est là une limite de l'étude, qui fait émerger les besoins de la base, tout en n'ayant pas procédé à une étude aussi systématique des enjeux systémiques- nous avons indiqué des enjeux de financement dans six occasions où cette raison avait été donnée pour l'absence d'un programme (p. ex. un programme de suivi intensif en équipe; un programme d'hôpital de jour) - mais notre approche ne nous permet pas d'évaluer ce que les recommandations majeures découlant des constats précédents signifieraient en matière de financement supplémentaire ou surtout de réaménagement de services dans le contexte de la transformation des services de santé et des services sociaux au Nouveau-Brunswick.

Il faut aussi noter que dans 28 % des cas, rien de plus ou de moins ne pouvait être fait, par les services sociaux et de santé.

Dans un dernier temps, appuyée par l'ensemble des informations précédentes, l'équipe de recherche a estimé un niveau de prévisibilité et de prévention possible pour chacun de ces dossiers. Les cotes de prévisibilité mettent en évidence que près de 22 % des suicides pouvaient difficilement être prévenus (cotes 1 et 2), que 63 % présentaient des éléments qui indiquaient qu'ils pouvaient être prévenus (cotes 3 et 4) et 12 % des suicides auraient pu être évités (cote 5).

Les lacunes quant aux services se situent surtout auprès des personnes dont le suicide présentait des problèmes multiples et dont les interventions auraient dû prévoir : des actions de références vers d'autres services, des actions d'évaluation plus poussées, des actions de suivi intensif et enfin des services en milieu résidentiel dont une hospitalisation en psychiatrie ou en centre de toxicomanie.

Les recommandations

Les chercheurs arrivent aux recommandations suivantes à la suite d'un cycle de discussion avec les membres du panel qui ont considéré l'ensemble des résultats qui ont été présentés dans ce rapport.

Axe de gouvernance :

D'élaborer et convenir dans chaque région de protocoles de coordination et de prise en charge systématique en assurant la participation de tous les intervenants de première et de deuxième ligne qui sont associés à un dossier de services pour les personnes souffrant de toxicomanies, de trouble mental avec ou sans problématique suicidaire afin de les diriger de manière proactive vers les ressources adéquates, les encourager à demeurer en traitement, coordonner le traitement, maintenir un point fixe de responsabilité, assurer un suivi et utiliser une approche d'outreach au besoin. La réalisation des objectifs de cet axe passe par l'élaboration d'une politique provinciale de prévention et de traitement des toxicomanies, en lien avec celle pour les troubles mentaux et selon les principes de hiérarchisation des soins et de responsabilité territoriale.

Axe d'intervention :

Améliorer la disponibilité, l'accessibilité et la pertinence des services de traitement pour les personnes ayant des problèmes multiples de santé mentale, de toxicomanies et de comportements suicidaires.

Axe de prévention :

Implanter des mesures préventives afin de mieux rejoindre, et déterminer les personnes à risque de suicide, celles présentant des troubles mentaux et de toxicomanies, dans tous les groupes d'âge et d'intervenir auprès d'elles. Améliorer la sensibilité des proches, de l'entourage et de la communauté quant à l'importance d'amener une personne présentant des problèmes suicidaires, de trouble mental et toxicomanies à consulter et à maintenir des contacts avec les services sociaux et de santé.

Axe de recherche évaluative :

Maintenir un protocole d'évaluation tout au long du processus d'implantation afin de rendre compte de la modification des pratiques qui sont proposées ici.

Ces recommandations s'appuient sur une série de constats émergeant de l'analyse des problèmes de santé mentale, des trajectoires de vie, de la synthèse des services reçus et des services qui auraient été requis. Soulignons en particulier :

- Pour appuyer les recommandations de coordination et de continuité entre les services de santé mentale et toxicomanies, nous constatons que dans plus des deux tiers des cas des problèmes d'alcoolisme ou d'abus de drogues ont été cernés, dans près de la moitié des cas, la dépression. Malgré des contacts antérieurs avec les services de toxicomanies, un désengagement tel que seulement 10 % était en contact avec ces services dans l'année précédant leur suicide. Des interventions en centre de désintoxication, du counselling, des psychothérapies précises combinées souvent à un traitement de la dépression ont été déterminés parmi les besoins non comblés.

- Pour appuyer les recommandations en regard de la coordination des directives provinciales inter- ministérielles pour une coordination et un outreach des services. Dans près de 10 % des cas une intervention policière s’est produite dans la dernière année et dans près de 20 % des cas une intervention policière s’est produite au cours de la vie pour des problèmes explicites de toxicomanies, de dépression ou de problématique suicidaire. Ces besoins de coordination et de continuité dans plus de 27 % des cas nous ont amenés à formuler, à l’échelle provinciale, des recommandations pour palier à des lacunes de gouvernance. Il s’agit de politiques visant à assurer la participation conjointe des services spécialisés de santé mentale et de toxicomanies, mais aussi des services psychosociaux et médicaux de première ligne et les systèmes judiciaires, les services policiers pour l’établissement d’une série de protocoles régionaux et locaux pour assurer la coordination, la continuité, l’établissement de points fixes de responsabilités, par la présence d’intervenant pivot, l’établissement de hiérarchisation des actions, des traitements, des références, du suivi de cas et d’outreach si nécessaire pour les personnes affectées par une combinaison de troubles mentaux avec ou sans une problématique suicidaire
- Pour appuyer les recommandations quant à la formation de tous les intervenants afin d’augmenter la capacité de repérage, de traitement et de suivi des problèmes de dépression, de toxicomanies, des troubles mentaux et des problématiques suicidaires. Une meilleure formation permettrait la mise en place de thérapies potentiellement plus efficaces dans le traitement de la dépression, par les médecins généralistes seuls ou en collaboration avec les services de deuxième ligne en santé mentale ou toxicomanies.
- Pour appuyer la prévention par le traitement précoce des problèmes de toxicomanies et de troubles mentaux, notons que les problèmes de dépendances ont été cernés dans plus des deux tiers des décès par suicide et si en proximité du suicide des actions plus concertées entre les services spécialisés de santé mentale et toxicomanies et l’accessibilité aux services de toxicomanies sont de mise, les trajectoires de vie de ces personnes montrent que ces problèmes de dépendance auraient pu être traités plus tôt. Par ailleurs, les enquêtes de population indiquent que la majorité des personnes souffrant de dépendances ne reçoivent pas de traitement. Ces considérations nous amènent à recommander d’une part l’accroissement des services de traitement des toxicomanies spécialisés et de première ligne, mais aussi une politique plus globale, pour développer la prévention et l’intervention précoce en précisant la hiérarchisation des soins et la formation requise du public et des intervenants.

Références

- Brent DA, Johnson BA, Perper J, Connolly J, Bridge J, Bartle S, Rather C. (1994). Personality disorder, personality traits, impulsive violence, and completed suicide in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33:1080-6
- Kovess, V., et al. (2001). Planification et évaluation des besoins en santé mentale, Paris, Médecine : Sciences Flammarion, page 22-25.
- Lesage AD, Boyer R, Grunberg F, Vanier C, Morissette R, Menard-Buteau C, Loyer M (1994) Suicide and Mental Disorders: A Case-Control Study of Young Men. *American Journal of Psychiatry* 151:1063-1068
- Proulx, F., Lesage, A.D., Grunberg, F. One hundred in-patient suicides, *British Journal of Psychiatry*, n° 171 (1997), p.247-250.
- Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, Flory M (1996) Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 53:339-48
- Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB (1992) The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Arch Gen Psychiatry* 49:624-9
- Thornicroft, G., Tansella, M., (eds). *The Mental Health Matrix. A Manual to Improve Services*, Cambridge, University Press, 1999, 314 p.
- Turecki G, Zhu J, Tzenova J, Lesage A, Seguin M, Tousignant M, Vanier C, et al (2001) TPH and suicidal behavior: A study in suicide completers. *Molecular Psychiatry* 6:98-102