

## Suicide et régulation en réseaux

**Luc Desrochers, M.A.**, coordonnateur du Réseau québécois de recherche sur le suicide (RQRS)

**Alain Lesage, M.D., FRCPC**, directeur associé au Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine et codirecteur du RQRS

**Monique Séguin, Ph.D.**, professeure au Département de psychoéducation et psychologie, Université du Québec en Outaouais

### Contexte

Le suicide est un problème de santé publique majeur, mais bon nombre de suicides sont évitables. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime qu'il y aurait un million de suicides dans le monde annuellement (données de 2000), c'est-à-dire qu'un suicide survient toutes les 40 secondes. Ce nombre pourrait atteindre 1,5 million de suicides chaque année d'ici 2020. Au Québec, le nombre de suicides a toutefois diminué de 31 % de 1999 à 2009. Cette baisse succède à une période de hausse générale, de 1981 à 1998, dont le sommet fut atteint en 1999, alors que 1620 suicides ont eu lieu. Les raisons de cette diminution demeurent difficiles à cerner, d'autant plus qu'on constate une certaine stagnation des chiffres depuis l'année 2000 : 1177 suicides en 2006, 1109 en 2007, 1142 en 2008 et 1114 en 2009. Conséquemment, le Québec présente toujours le taux de suicide le plus élevé des provinces canadiennes : 13,5 décès par 100 000 habitants. Notre compréhension du suicide et de ses facteurs a beaucoup progressé depuis une trentaine d'années. Toutefois, le suicide n'en demeure pas moins un phénomène très complexe.

### Certains facteurs de risque sont connus :

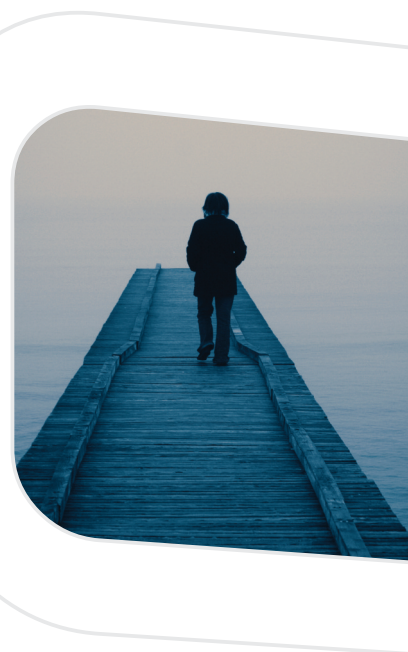
- La présence de troubles mentaux, en particulier les troubles de l'humeur, présents à eux seuls dans 40 à 60 % des cas;
- La présence de certaines dispositions comportementales, comme l'impulsivité et la difficulté à évaluer les risques;
- La présence d'abus de substances et les dépendances, deux facteurs également présents dans 40 à 60 % des cas;
- La présence de troubles de la personnalité;
- Les expériences d'adversité dans l'enfance, y compris les sévices et les agressions sexuelles.

Le Québec a connu une baisse de 25% à 35% du taux de suicide dans certains groupes d'âge parmi les plus affectés. Une telle diminution soulève des questions au sujet des interventions, des stratégies et des politiques de toutes sortes qui ont pu provoquer, ou non, une telle variation au cours d'une décennie.

Le défi consiste donc à développer un ensemble de modes et de lieux d'intervention interconnectés capables d'instruire les diverses populations et, le cas échéant, de soutenir les communautés ou les cohortes à risque de façon appropriée. Une telle régulation en réseaux de l'environnement social et des besoins des personnes suicidaires ou à risque demande une activité intense et méthodique de transfert de connaissances, de concertation et de collaboration.

C'est dans cette optique que le Québec, à l'instar de la Canadian Association for Suicide Prevention (CASP) et de nombreux pays<sup>1</sup>, font la promotion de stratégies de prévention aux multiples facettes : éducation publique, couverture médiatique responsable, programme scolaire de sensibilisation, dépistage et traitement approprié de la dépression, des maladies mentales et des dépendances, accès aux services de santé mentale, protocole d'identification et de recensement des tentatives de suicide, intervention de crise et postintervention, politiques de réduction du chômage, formation des professionnels et réduction de l'accès aux moyens de se suicider.

Il est difficile, toutefois, d'identifier les éléments de la stratégie québécoise qui ont pu concourir le plus notablement à la baisse du taux de suicide des années 2000. À ce sujet, une étude menée au Nouveau-Brunswick<sup>2</sup> fournit peut-être quelques pistes. Après une revue systématique de tous les cas de suicides survenus dans cette province, deux profils ont pu être circonscrits. Le premier groupe présentait des histoires de vie aux difficultés nombreuses et persistantes, jumelées à d'importantes complications



Le Québec présente toujours le taux de suicide le plus élevé des provinces canadiennes

psychopathologiques (dépression, troubles de la personnalité, dépendances et toxicomanie). Le second groupe présentait aussi des problèmes de santé mentale et de dépendances, mais sans réelle prise de conscience des risques par les individus eux-mêmes ou par leur entourage, sans dépistage par les services de première ligne, et sans traitement ou soutien approprié par des professionnels spécialisés. Le premier groupe aurait donc bénéficié d'une meilleure coordination entre les services sociaux et ceux de santé<sup>3</sup> (un exercice souvent difficile), tandis que le second appelait des campagnes publiques d'éducation en santé mentale et en détection de signes de détresse.

L'identification des stratégies d'intervention les plus efficaces, ainsi que la mesure et le terrain de leur efficacité respective au Québec, mériteraient que quelques voies soient examinées en priorité :

- Quelle part de cette baisse serait attribuable aux programmes d'éducation générale ou ciblée, tels que les programmes Sentinelles ou Solidaires pour la vie/Partners for Life, ce dernier ayant rejoint pas moins de 700 000 adolescents et adolescentes du Québec depuis l'année 2000<sup>1</sup>?
- Quelle part attribuer à l'implantation en 2000 d'un protocole de collaboration entre les centres psychosociaux pour jeunes et les services médicaux et pédopsychiatriques du Québec<sup>4</sup>?
- La prescription d'antidépresseurs aux adolescents du Québec a-t-elle été semblable à celle observée dans le reste du Canada à la suite des mises en garde de Santé Canada<sup>5</sup>?
- Y aurait-il eu une hausse des traitements pour dépendances durant cette période et, si oui, auprès de quelles clientèles? Pour quels types de dépendances?
- De même, y aurait-il eu une hausse des traitements de la dépression chez les adultes?
- À quel point les équipes de liaison spécialisée en dépendances à l'urgence ont-elles été mises en action depuis 2003<sup>6</sup>?

## Conclusion

Aucune de ces interventions n'expliquera, à elle seule, la baisse du taux de suicide observée au Québec. Toutefois, un examen rigoureux des lieux, des moments, des degrés et de la durée d'implantation de ces interventions pourrait nous éclairer à bien des égards. Dans cette optique, une étude en cours portant sur la modélisation des coûts et des bénéfices des stratégies populationnelles de prévention du suicide vise le développement d'indicateurs susceptibles de générer des données probantes<sup>ii</sup>.

## Bibliographie

1. Links PS. (2011). The role of physicians in advocating for a national strategy for suicide prevention. *CMAJ*, 183(17), 1987-1990.
2. Lesage A., Séguin M., Guy A., Daigle F., Bayle MN., Chawky N., Tremblay N., & Turecki G. (2008). Systematic services audit of consecutive suicides in New Brunswick: the case for coordinating specialist mental health and addiction services. *Can J Psychiatry*, 53(10), 671-678.
3. Leutz WN. (1999). Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly*, 77: 77-110.
4. Renaud J., Marquette C (2002). Position clinique des pédopsychiatres du Québec sur la prévention, l'évaluation et l'intervention auprès des enfants et des adolescents présentant des comportements suicidaires, *Le médecin du Québec*, 37(5), 87-93.
5. Katz LY., Kozyrskyj AL., Prior HJ., Enns MW., Cox BJ., & Sareen J. (2008). Effect of regulatory warnings on antidepressant prescription rates, use of health services and outcomes among children, adolescents and young adults. *CMAJ*, 178(8), 1005-1011. Erratum in: *CMAJ*. 2008 May 20;178(11), 1466.
6. Ministère de la santé et des services sociaux (2008). *Guide d'implantation des équipes de liaison des dépendances à l'urgence*. Québec, MSSS.

i Pour de l'information sur le programme, visitez <http://www.fmm-mif.ca/fr/p/aider-une-personne/nos-programmes-daide/pour-les-jeunes>

ii L'étude, financée par le FRQS, est menée par Maria Helena Vasiliadis (U. de Sherbrooke), A. Lesage (CR Fernand-Séguin), M. Séguin (UQO) et E. Latimer (Centre de recherche de l'hôpital Douglas).