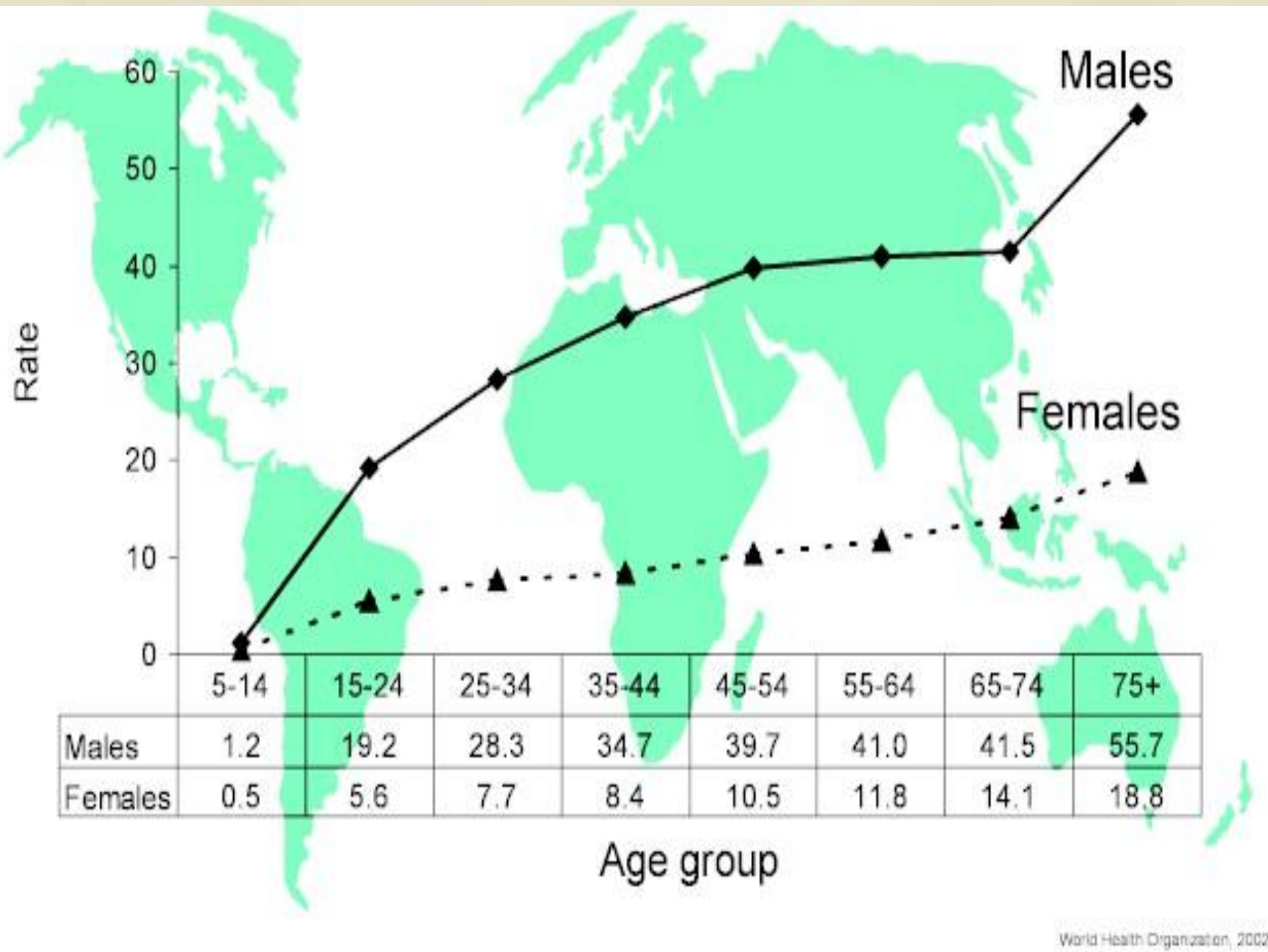
A dried leaf and stem are positioned on the left side of the slide, extending from the top towards the bottom. The leaf is dark brown and curled, while the stem is thin and dark. The background is a light, textured surface with some faint, darker spots.

**Adversité, santé mentale et souffrances multiples:
Les trajectoires de vie**

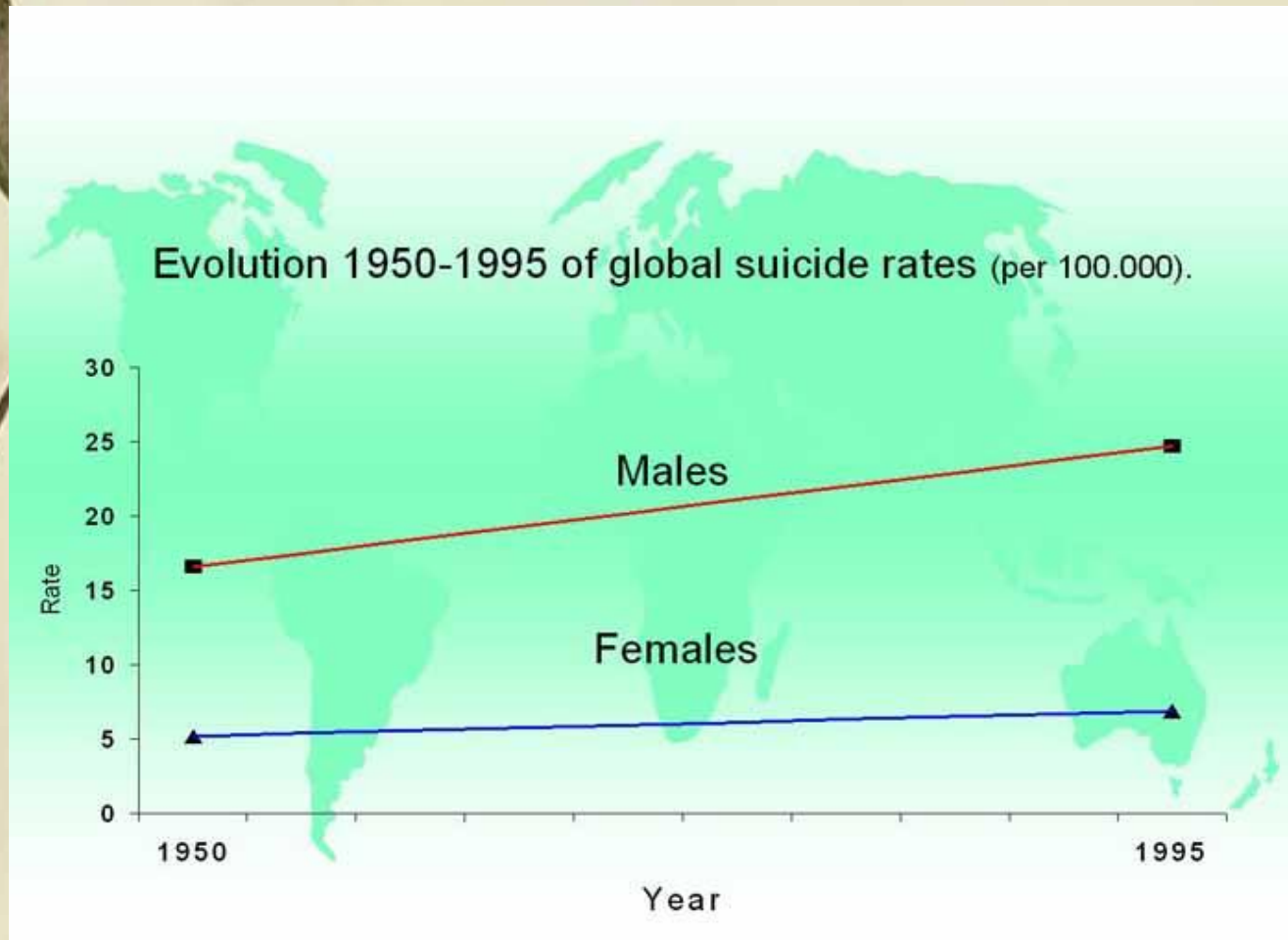
Monique Séguin Ph.D.

**Université du Québec en Outaouais
Groupe McGill d'études sur le suicide
Hôpital Douglas, Université McGill
Centre de recherche Fernand-Seguin,
Hôpital Louis-H. Lafontaine**

Distribution du taux de suicide (par 100,000 habitants), Selon le sexe et l'âge 1998



Évolution des taux de suicide entre 1950-1995 (par 100,000 habitants)



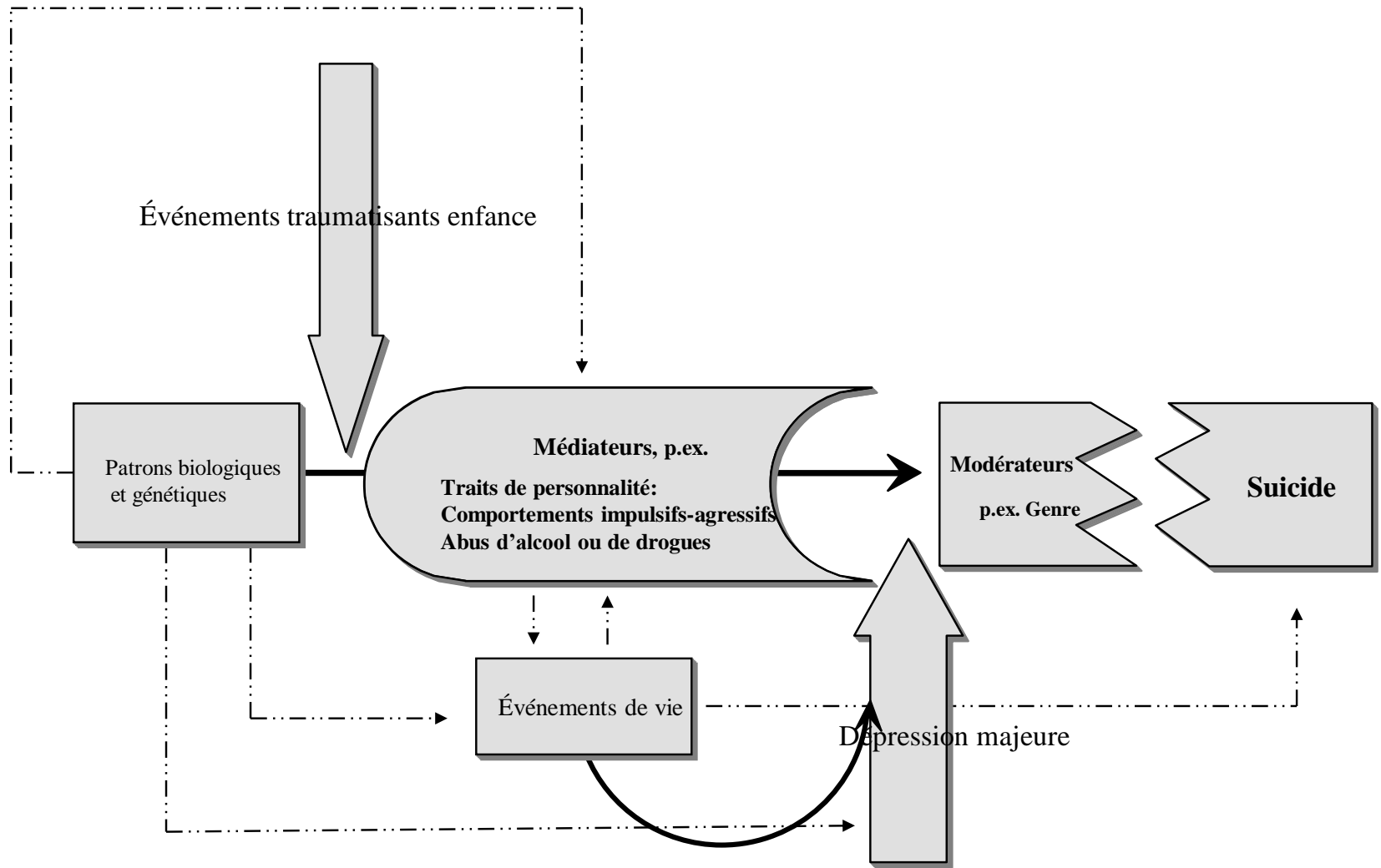
Repérer, identifier, cibler

- Une des activités importantes de prévention du suicide est le repérage et l'identification –précoce – des personnes ayant des comportements suicidaires

Repérer, identifier, cibler

Qui et quand?

- Les taux de suicide augmentent et la liste des facteurs de risque s'allongent :
 - problème de santé mentale (trouble affectifs, dépendance drogues, alcool, trouble de schizophrénie),
 - antécédent familiaux de santé mentale,
 - tentative de suicide antérieurs (TS multiples)
 - faible estime de soi, inhabilité à la résolution de problème,
 - relation amoureuses et familiales conflictuelles,
 - isolement social,
 - la perte d'un être cher



Lien entre trauma antérieur et psychopathologie

- Les traumatismes vécus dans l'enfance sont associés au développement du trouble de personnalité limite ou alors, augmentent les dysfonctions, les gestes impulsifs et suicidaires
- Les traumatismes, particulièrement les agressions physiques et sexuels, de surcroît se produisant dans l'enfance, pourront conduire au développement de risque suicidaire accrue, mitigé ou pas par la présence de troubles dépressifs ou anxieux

Mécanismes complexes

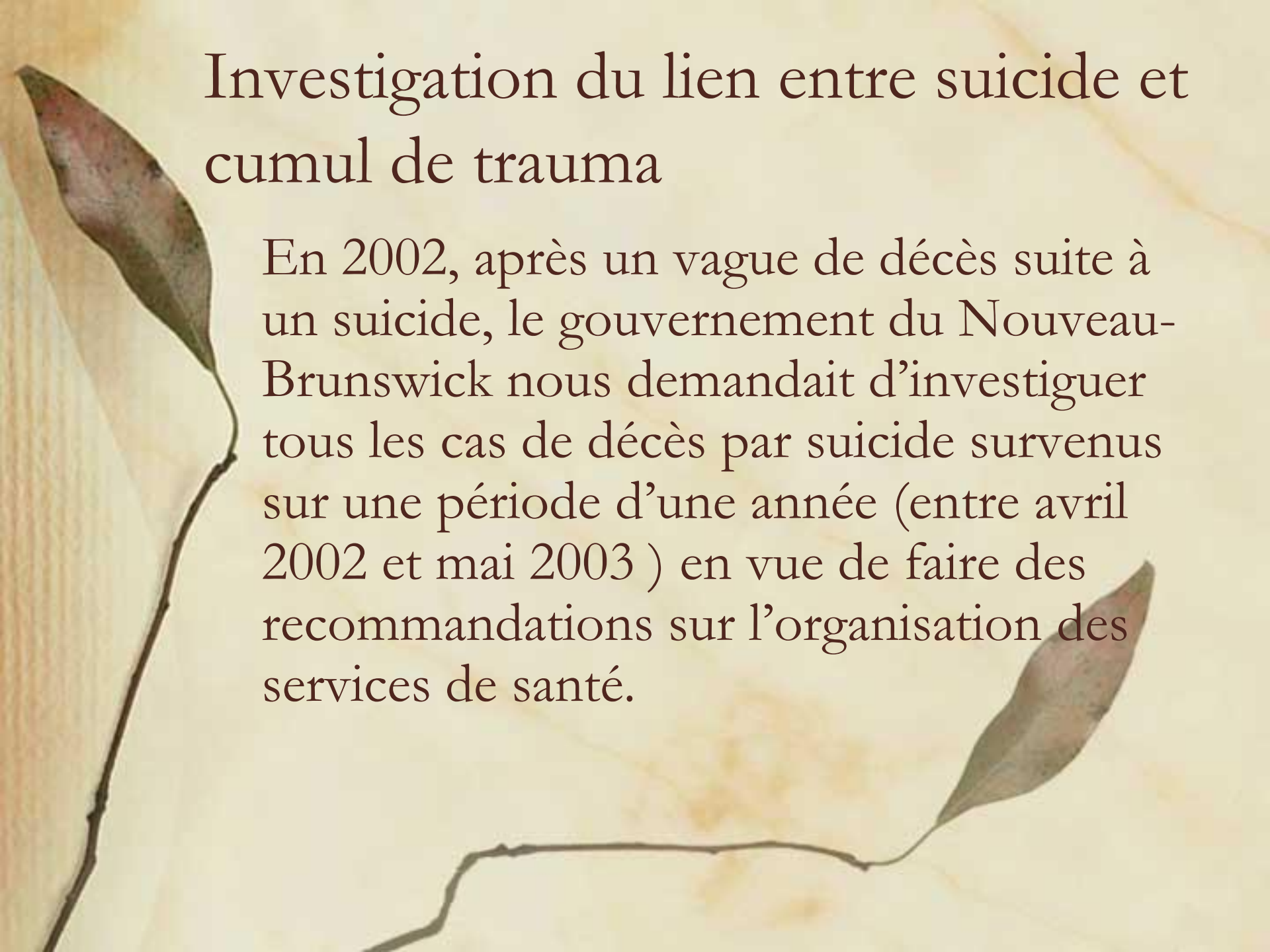
- À l'analyse de ces facteurs de risque, nous observons que les bases de difficultés sont souvent jetées dès l'enfance et les comportements suicidaires qui apparaissent à un moment ou un autre dans la vie prennent souvent appui sur un enchaînement de mécanismes complexes qui fournissent des indications quant aux résultats futurs.





Les trajectoires menant au suicide ?

- Quel est le poids de ces facteurs de risque, ont-ils tous les même effets?
- Existe-t-il une ou plusieurs trajectoires menant au suicide?



Investigation du lien entre suicide et cumul de trauma

En 2002, après un vague de décès suite à un suicide, le gouvernement du Nouveau-Brunswick nous demandait d'investiguer tous les cas de décès par suicide survenus sur une période d'une année (entre avril 2002 et mai 2003) en vue de faire des recommandations sur l'organisation des services de santé.

Canada et Nouveau-Brunswick



Population, superficie & taux de suicide

- Superficie du Nouveau-Brunswick
km carrés 72,908
- Population du Nouveau-Brunswick- 2004 751,400 habitants
- Population autochtone 16,990 habitants

- Taux de décès par suicide

Année Nb.	Total	Hommes	Femmes	Total
• 2000	113	92	21	14.9
• 2001	94	75	19	12.4
• 2002	97	82	15	12.8
• Notre étude				
• 2002-2003	109	85	17	14.0



Étude au Nouveau-Brunswick



Objectifs

- 1. Retracer la progression des problèmes de santé mentale (placer dans une séquence temporelle l'apparition des difficultés et leurs aggravation dans le temps)
- 2. Refaire la trajectoire de vie et identifier l'accumulation de facteurs de risque et de protection au cours de la vie
- 3. Décrire la recherche d'aide et le recours aux services de santé

Organigramme des dossiers à l'étude

**109 décès par suicide
d'avril 2002 à mai 2003**

7 non investigués

**102 décès par suicide auront été investigués
85 hommes et 17 femmes**

54 familles ont été vues
entrevues avec la famille et recherche de
dossiers

48 familles non vues
recherche de dossiers et contacts
téléphoniques avec la famille

Socio-démo n=102 Questionnaires	Diagnostics 54 SCID I- II 48 diagnostics avec recherche de dossiers médicaux	Trajectoires de vie complètes n= 79	Vignettes cliniques n=102	Panel pour les services n= 102	Panel et recommandations n=102
---------------------------------------	---	--	---------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

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

N=102	Nombre réel de personnes	%
Trouble de l'humeur	69	69
Trouble d'abus ou de dépendance	61	61
Trouble anxieux	22	22
Psychose et autres symptômes associés	7	7
Trouble de personnalité	52	52
Aucun trouble	9	9
Un trouble unique	18	18
Co-morbidité (deux et plus)	75	75
Total ayant au moins un diagnostic	93	93

Par habitant, la consommation d'alcool chez les adultes (>=15 ans) en 2003

	Litres d'alcool pur
Canada ¹	7,8
Australie ²	9,0
France ³	11,4
États-Unis ⁴	8,6

- ¹Source: Organisation Mondiale de la Santé. *Core Health Indicators: Per capita recorded alcohol consumption (litres of pure alcohol) among adults (>=15 years), Canada (2003)*, WHOSIS (base de données). http://www.who.int/whosis/database/core/core_select_process.cfm?countries=can&indicators=AlcoholConsumption&indicators=TobaccoUseAdultMale&indicators=TobaccoUseAdultFemale (site consulté le 8 septembre 2008)
- ¹Source: Organisation Mondiale de la Santé. *Core Health Indicators: Per capita recorded alcohol consumption (litres of pure alcohol) among adults (>=15 years), Australia (2003)*, WHOSIS (base de données). http://www.who.int/whosis/database/core/core_select_process.cfm?countries=aus&indicators=AlcoholConsumption&indicators=TobaccoUseAdultMale&indicators=TobaccoUseAdultFemale (site consulté le 8 septembre 2008)
- ¹Source: Organisation Mondiale de la Santé. *Core Health Indicators: Per capita recorded alcohol consumption (litres of pure alcohol) among adults (>=15 years), France (2003)*, WHOSIS (base de données). http://www.who.int/whosis/database/core/core_select_process.cfm?countries=fra&indicators=AlcoholConsumption&indicators=TobaccoUseAdultMale&indicators=TobaccoUseAdultFemale (site consulté le 8 septembre 2008)
- ¹Source: Organisation Mondiale de la Santé. *Core Health Indicators: Per capita recorded alcohol consumption (litres of pure alcohol) among adults (>=15 years), USA (2003)*, WHOSIS (base de données). http://www.who.int/whosis/database/core/core_select_process.cfm?countries=usa&indicators=AlcoholConsumption&indicators=TobaccoUseAdultMale&indicators=TobaccoUseAdultFemale (site consulté le 8 septembre 2008)

Combinaison des troubles sur l'axe I et II

Combinaisons de difficultés	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	17
• TOX	7
• ANX	1
• PSY	1
• AUCUN	6



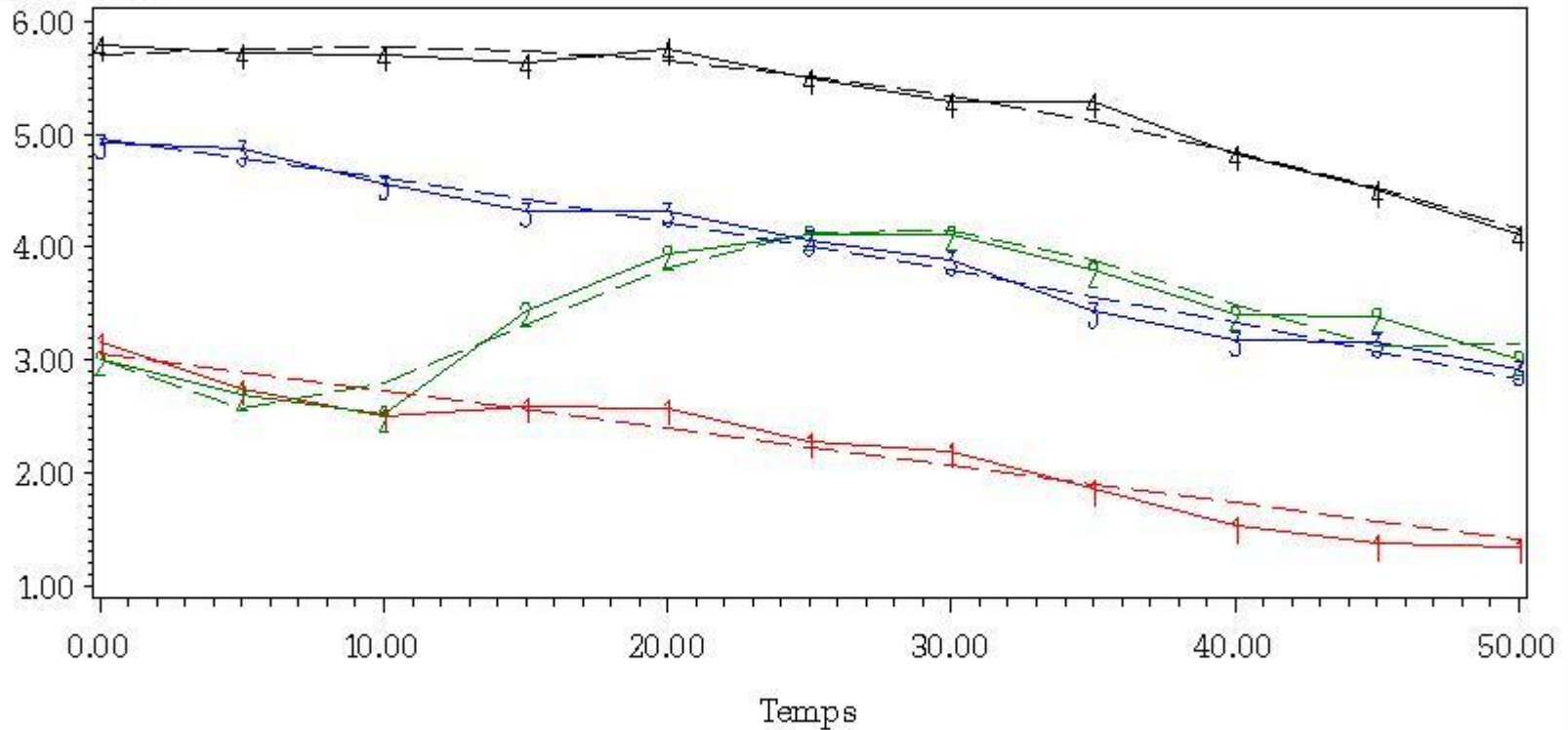
Trajectoires de vie

Facteurs de risque de suicide

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	
Modéré	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	Multiple facteurs de risque/chaque sphère -Sur une longue période de temps -Touchant presque toutes les sphères	Peu ou pas de protection
	1	Multiple facteurs de risque/chaque sphère -Sur une très longue période de temps -Englobant toutes les sphères	Aucune protection

Deces par suicide

Cote de risque



Group Percents

1111 .

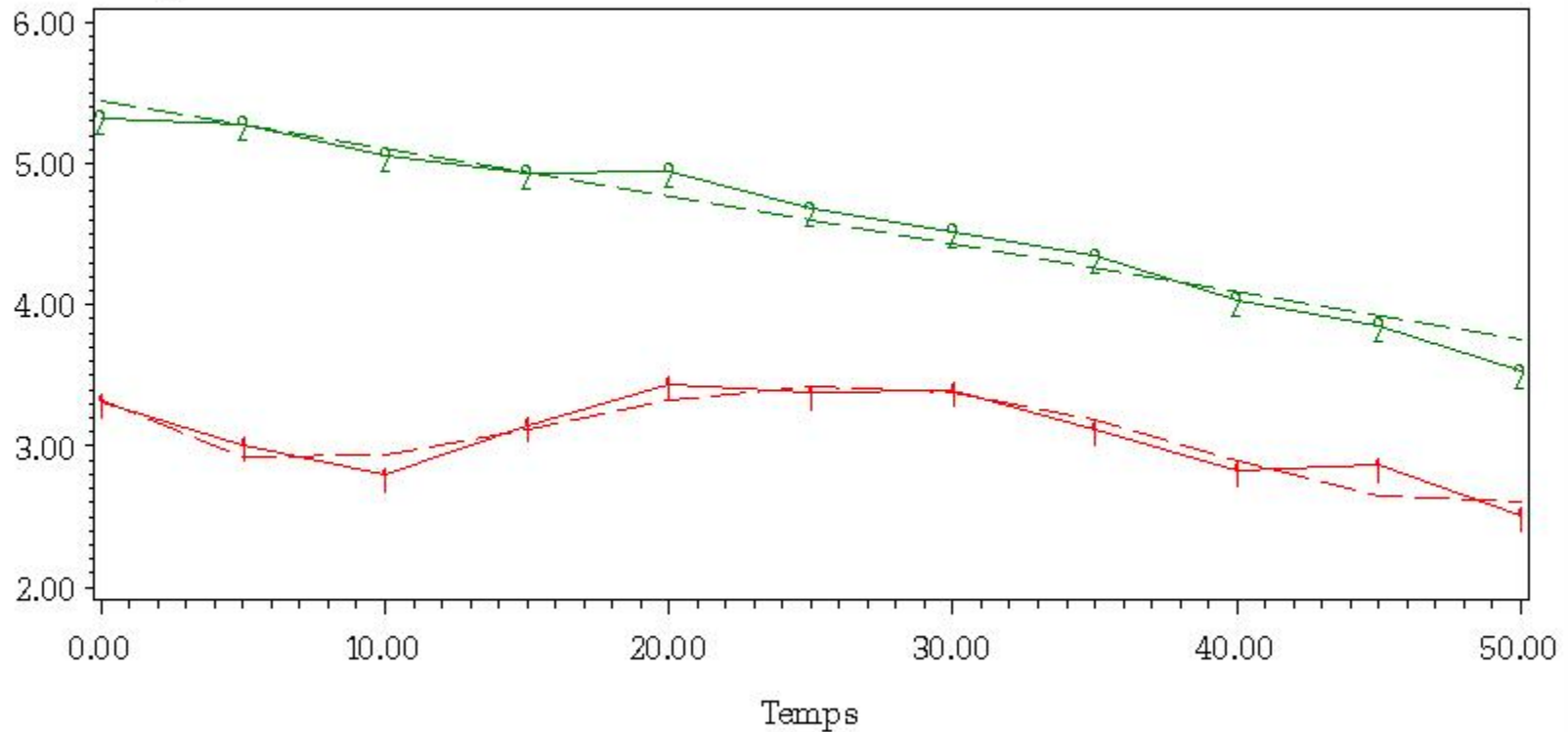
2222 .

3333 .

4444 .

Deces par suicide

Cote de risque



Group Percents

+++ .

???.


Différences entre les personnes de type trajectoire I et de type trajectoire II

- TABLEAU

N=79	Type I %	Type II %	p	Direction
Hommes	83%	80%	--	Égal
Présence d'abus ou de dépendance	87%	59%	.01*	Trajectoire I
Présence abus et violence/enfance	80%	20%	.00*	Trajectoire I
Problème de négligence/conflits/discipline	80%	53%	.016*	Trajectoire I
Réaction émotionnelles (Buss & Durkee)	15%	62%	.05*	Trajectoire II
Impulsivité (BIS)	61%	48%	.4	Trajectoire I
Agressivité enfant (Brown & Goodwin)	42%	15%	.102	Trajectoire I
Agressivité adolescence (Brown & G)	59%	18%	.02*	Trajectoire I
Agressivité adulte (Brown & Goodwin)	62%	30%	.08	Trajectoire I

- * p. \geq .05 Chi-carré


Présence de traumatismes physiques et sexuels



	Trajectoires				
	I	II	III	IV	T
0-10 ans					
• Violence physique et sexuel	70%	82%	17%	0%	37%
11-20 ans					
• Violence physique et sexuel	46%	76%	28%	0%	37%
21 ans et plus					
• Violence physique et sexuel	0%	0%	3%	0%	1,3%



Recherche de services



Évaluation des services reçus et non comblés

Fiche I - Services de santé contactés
(à vie, dernière année, dernier mois)

Fiche II- Interventions reçues en fonction du
problème et de l'acteur

Fiche III- Besoins d'intervention dans la
dernière année

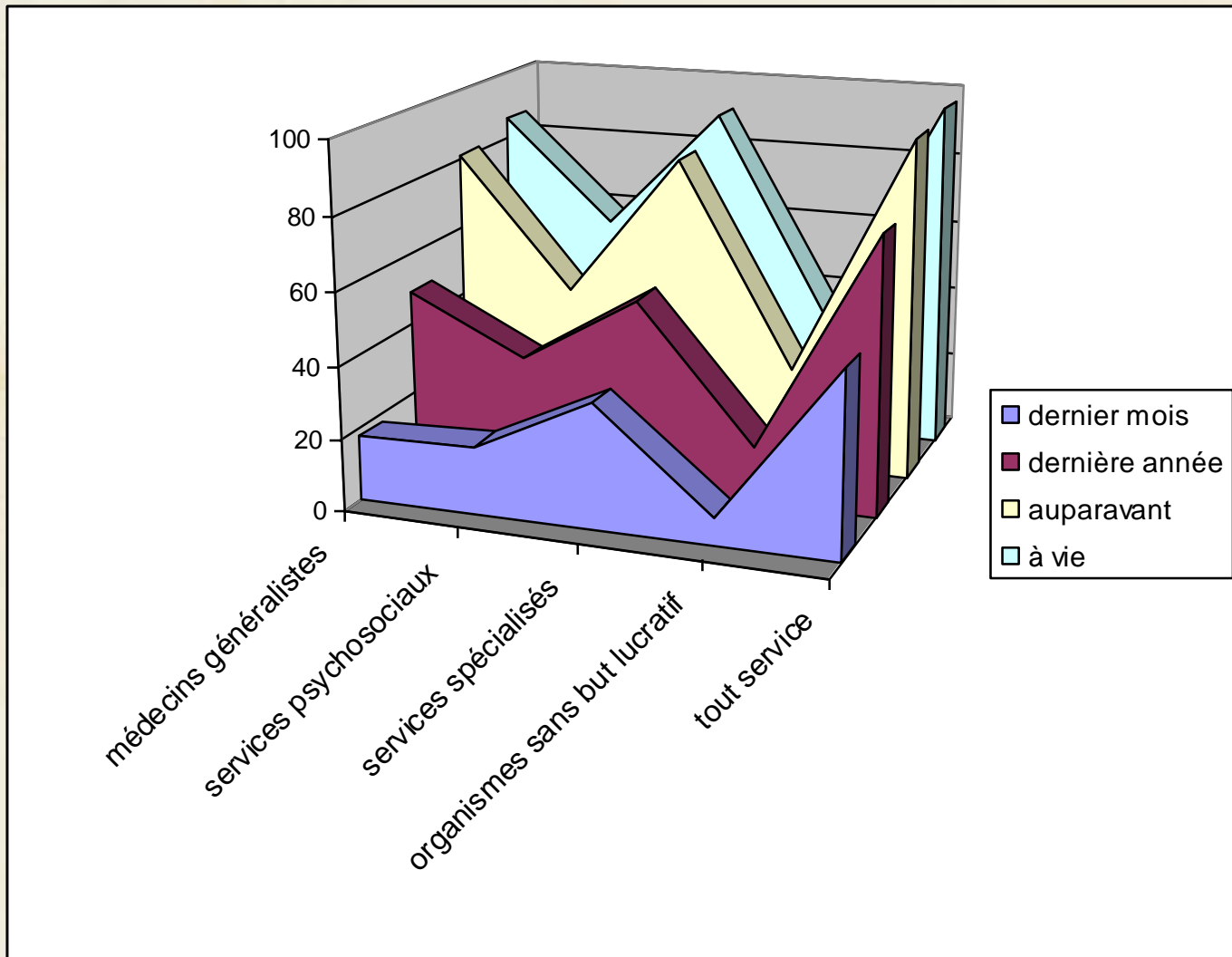
Fiche IV- Besoins et situations locales non
comblées à la lumière du cas
étudié

Fiche V- Prévention du suicide (niveau de
prévisibilité)

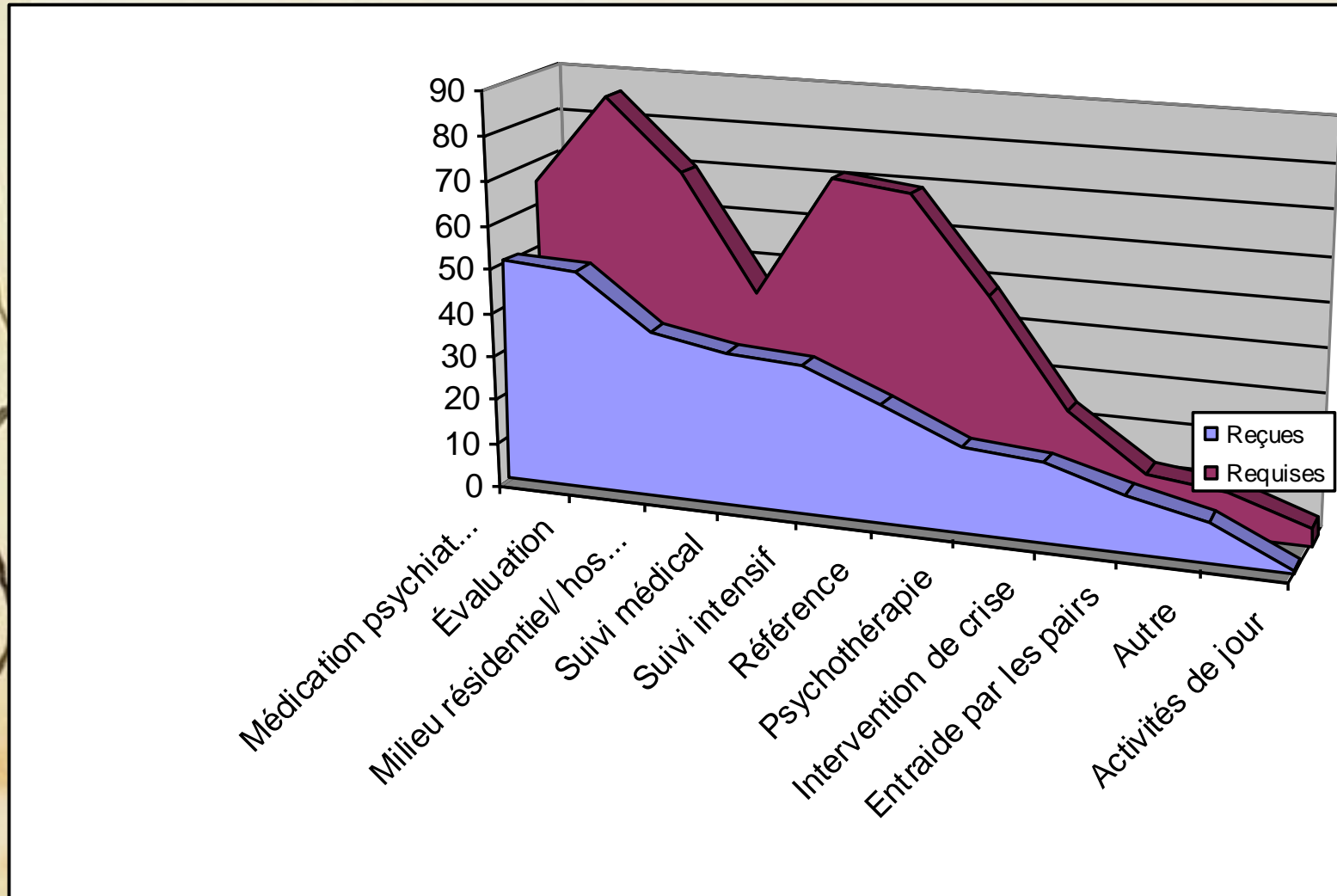
Tableau synthèse des services reçus mois, année, et vie

	Mois	Année	Vie	Total
Services médicaux				
N ^{bre} de personnes ayant consulté au moins un service	18	50	83	88
%	17,6	49,0	81,4	86,3
Professionnel de la santé et services sociaux et intervenants de première ligne (infirmière, travailleur sociaux, travailleur en milieu scolaire, policiers)				
N ^{bre} de personnes ayant consulté au moins un service	19	34	45	58
%	18,6	33,3	44,1	56,9
Services spécialisés privés ou publics en santé mentale				
N ^{bre} de personnes ayant consulté au moins un service	35	54	86	93
%	34,3	52,9	84,3	91,2
Services bénévoles ou sans buts lucratifs				
N ^{bre} de personnes ayant consulté au moins un service	8	16	28	35
%	7,8	15,7	27,7	34,3
TOTAL	51,0%	76,5%	95,1%	97,1%

Utilisation des services- 102 cas de suicide au Nouveau-Brunswick, 2002-2003



Écart entre les interventions reçues et celles idéalement requises



Fiche 4


Synthèse des besoins et situations locales non comblées

Besoins	Responsabilité	Nombre de cas où ce besoin a été cerné	Objet de l'intervention	Acteurs
Formation	Tous	49	Dépression- risque suicidaire et importance de consulter	Tous
Intervention de crise		2	Création de services de crise	SPS
Traitement	Création de services	5	Psychothérapie, lits de crise, service gériatrique	SPS-SSP-SST
Coordination	M-SPS-POL-SST	8	Continuité des soins et suivi	PA-ET-SSP
	SSP	33	Coordination des dossiers avec problèmes de co-morbidité	Med-SST
Gouvernance	Policiers/ministère de la Justice SSA-SPS	7	Services proactifs d'outreach avec suivi intensif dans la communauté	Med-B-P-PA-
	SST	6	Sentinelles/Outreach pour intervention et suivi des difficultés de toxicomanie	M-SS-PA-ET-P-SSP
	SPS	14	Protocole de traitement pour problème de co-morbidité (alcool-dépression-suicide-santé)	M-SST-SPS
Financement		6	Accessibilité plus rapide vers des SST Développement de programme PACT Création de services de counseling et de psychothérapie par les SPS de 1 ^{ère} ligne Création de services de gériatrie pour personnes en perte d'autonomie Développement de guides de meilleures pratiques pour la prise en charge de patients présentant de troubles de co-morbidités.	
Aucune recommandation	28 dossiers			
Dossiers sur lesquels le panel ne s'est pas prononcé	5 dossiers			

The background of the slide is a light-colored, marbled paper with subtle, wavy patterns in shades of cream and pale yellow. On the left side, a dark, thin branch extends vertically, with a single, dried, brownish leaf attached. A second, similar branch extends horizontally across the bottom of the slide, also with a single dried leaf. The overall aesthetic is minimalist and naturalistic.

Constats

CASP-AQPS Québec 27 octobre 2008



Deux grandes catégories de trajectoires

- Nos résultats indiquent deux grandes trajectoires chez les personnes décédées par suicide.
- Une première trajectoire se situe dans le sillage de difficultés du développement et indique un parcours dont le fardeau d'adversité précoce et important.
- Une deuxième trajectoire, s'explique mieux à travers des difficultés d'adaptation (de coping) inefficaces face au stress de la vie.

Constats

- 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 les plus prévalants.
- On constate une exposition précoce à des événements traumatiques, particulièrement pour certains sous groupes d'individus
- La présence de problèmes de santé mentale surtout des troubles concomitants se retrouvent de manière plus importantes auprès de certains sous groupes, particulièrement ceux qui ont été exposés de manière précoce à des situations traumatogènes



Regards sur les mesures spécifiques


- Ces trajectoires peuvent permettre 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.

Mise en place de mesures

- Par exemple la mise en place de mesures qui peuvent être **plus proximale** 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 cible 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, **intervenir sur les déterminants de la santé** par 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.

Remerciements

- **Nous remercions toutes les familles qui ont, avec beaucoup de générosité, participé à ces études et tous les cliniciens qui ont collaboré au-delà de leurs tâches professionnelles régulières.**



Collaborateurs au Nouveau-Brunswick

- **Interviewers**

- Ginette Vautour-Kerwin, Moncton
- Annie Claveau, Moncton
- Marie Savoie Martin, Moncton
- Julie Belliveau, Moncton
- Lisa Lee, Fredericton
- Sylvie Matin, Grand-Sault
- Carol Plourde, Campbellton
- Richard Ouellette, Edmundston
- Anne Marie Drapeau, Campbellton
- Gaetan Boudreau, Bathurst
- Ramona Gagnon, Peninsule Acadienne
- Jeanne Mance Chiasson, Peninsule Acadienne
- Margie McKendy, Miramichi
- Greg Zed, Sussex
- Sylvia Richardson, St-Stephen
- Denis Leblanc, Elsipogtog
- France Daigle, Fredericton
- Carlyne Milliea, Elsipogtog

- **Personnes contactes pour 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
- Marilyn DeMerchant, Fredericton
- Gordon Skead, Fredericton
- Helen Jane Blanchard, Woodstock
- Robin Ward, Fredericton
- Dennis Foran, Fredericton

Collaborateurs

Équipe au Nouveau-Brunswick

- Diane Kelly coroner en chef
- Joan Murray, Bureau du coroner
- Pat Dickinson, Bureau du coroner
- France Daigle coordonnatrice provinciale de la prévention du suicide
- Andrée Guy, directrice soins aigus /Division de la Santé mentale
- Margie McKendy, travailleuse sociale, Santé mentale
- Jocelyne Daigle, chargée de projet
- Gina Girard, coordonnatrice
- Suzanne Cormier, soutien administratif
- Dr Christofer Balram, Service d'épidémiologie
- Dr Jason Liu, Service d'épidémiologie

Membres du panel des services

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

Groupe McGill d'étude sur le suicide

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

